НОВИЦКИЙ И.Я.



ПСИХКОД
и
ПСИХПАСПОРТ

ОНТОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

Игорь Новицкий

Психкод и психпаспорт: онтология психической системы

«Автор»
2026

Новицкий И. Я.

Психкод и психпаспорт: онтология психической системы /
И. Я. Новицкий — «Автор», 2026

Книга «Психкод и психпаспорт» формирует концептуальную и инженерную основу для системного описания психической деятельности. В ней предлагаются два взаимосвязанных инструмента: психкод как формальный язык структурирования психических процессов и психпаспорт как модель их индивидуальной конфигурации. Эти понятия вводятся для преодоления разрыва между феноменологической психиатрией и требованиями современной науки к измеримости, воспроизводимости и цифровой интерпретируемости данных о человеке.Работа ориентирована на профессиональное сообщество психиатров, клинических психологов, нейроучёных, специалистов по медицинскому ИИ и цифровому здравоохранению. Книга демонстрирует, каким образом психпаспорт позволяет фиксировать уровневую организацию психики, динамику её связей и точки уязвимости, а психкод — формализовать эти структуры для клинического анализа, терапии и цифровых моделей.

© Новицкий И. Я., 2026
© Автор, 2026

Содержание

ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА 5
ВВЕДЕНИЕ 7
ЧАСТЬ I. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И ОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ 9
Глава 1. Проблема формализации психики в современной психиатрии 9
1.1. Почему психиатрия остаётся «донаучной» 9
1.2. Субъективность клинического знания 12
1.3. Ограничения МКБ-10 / МКБ-11 15
1.4. Проблема несопоставимости диагнозов и пациентов 18
Глава 2. Психическая система как необходимое основание психкода 22
2.1. Краткое резюме концепции психической системы 22
2.2. Уровни, связи, интеграция 24
2.3. Почему код невозможен без онтологии 27
2.4. Психкод как производная системной модели 30
Глава 3. От феномена к идентификатору 34
3.1. Феномен → симптом → структура → код 34
3.2. Проблема «потери человека» в классификациях 37
3.3. Уникальность личности как научная категория 41
Глава 4. Принципы формализации психической реальности 45
4.1. Принцип системности 45
4.2. Принцип иерархии 48
4.3. Принцип динамичности 50
4.4. Принцип клинической валидности 52
4.5. Принцип этической ограниченности 54
Глава 5. Определение психкода 58
5.1. Психкод как научный объект 58
5.2. Отличие от диагноза, профиля, шкал 61
5.3. Психкод и медицинская идентичность 64
Глава 6. Элементарные единицы психкода 69
6.1. Уровень психической системы 69
6.2. Подсистема 73
6.3. Функциональный модуль 77
6.4. Тип связи 81
6.5. Тип нарушения 85
Конец ознакомительного фрагмента. 90

Игорь Новицкий
Психкод и психпаспорт: онтология психической системы

ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА

Психиатрия как клиническая и научная дисциплина на протяжении более чем столетия развивается в парадоксальном положении. С одной стороны, она располагает чрезвычайно богатым клиническим материалом, обширными описаниями психопатологических феноменов, сложными классификациями расстройств и разветвлённой системой терапевтических подходов. С другой стороны, несмотря на формальную стандартизацию диагностики и накопление эмпирических данных, психиатрия до настоящего времени не выработала собственного строгого формального языка, сопоставимого по точности и воспроизводимости с языком других медицинских дисциплин. Это противоречие становится особенно заметным в эпоху цифровой медицины, искусственного интеллекта и системного анализа, когда отсутствие формализации превращается из методологической особенности в серьёзное ограничение развития.

Необходимость формального языка в психиатрии вытекает не из стремления к абстрактной математизации или технологической моде, а из самой природы предмета исследования. Психика представляет собой сложную, многоуровневую и динамическую реальность, включающую субъективный опыт, поведение, биографию, когнитивные и аффективные процессы, личностную организацию и сознание. До сих пор эта реальность описывается преимущественно с помощью естественного языка, насыщенного клиническими метафорами, исторически сложившимися терминами и феноменологическими описаниями. Такой язык оказывается достаточным для индивидуальной клинической работы, но недостаточным для сопоставления данных, построения моделей, инструментальной диагностики и применения алгоритмических методов анализа.

Описательная и феноменологическая психиатрия сыграли фундаментальную роль в становлении дисциплины. Работы Э. Крепелина, К. Ясперса, Э. Блейлера и их последователей заложили основы клинического мышления, позволили выделить психопатологические синдромы, описать субъективный опыт пациента и сформировать язык клинического понимания. Однако сама логика феноменологического подхода предполагает приоритет описания над формализацией, уникальности над сопоставимостью, клинической интуиции над алгоритмом. В результате психиатрия исторически развивалась как дисциплина, в которой знание передаётся не столько через формальные модели, сколько через школу, опыт и личную клиническую культуру врача.

В условиях современной медицины такие ограничения становятся всё более очевидными. Международные классификации болезней, включая МКБ 10/11, обеспечивают унификацию диагнозов, но не решают проблему индивидуальной идентификации психической организации человека. Диагноз фиксирует принадлежность пациента к определённой нозологической категории, но не отражает структурных особенностей его психической системы, её уязвимостей, компенсаторных механизмов и динамики. В этом смысле диагноз является необходимым, но принципиально недостаточным инструментом научного и клинического познания.

Личный клинический и научный путь автора к идеям психкода и психпаспорта формировался на пересечении практической психиатрии, экспертной деятельности и многолетнего

анализа методологических оснований дисциплины. Работа с психическим статусом показала, что актуальное состояние психики всегда носит системный характер и не сводится к сумме отдельных симптомов. Исследование анамнеза жизни и заболевания выявило, что психическая организация имеет собственную историю, внутреннюю логику развития и точки уязвимости, которые невозможно описать исключительно через нозологические рубрики. Разработка концепции психической системы стала попыткой придать этим наблюдениям онтологическую строгость и теоретическую завершённость.

Настоящая монография является логическим продолжением этого пути. В ней предпринимается попытка перейти от описания психики к её формализации, от феноменов — к структурам, от клинического языка — к системному коду. Психкод и психпаспорт рассматриваются не как вспомогательные инструменты или технические нововведения, а как необходимый этап развития психиатрии в направлении точной, воспроизводимой и персонализированной науки о психике.

ВВЕДЕНИЕ

Современная медицина сталкивается с глубоким кризисом идентификации личности, который особенно остро проявляется в области психиатрии. В соматических дисциплинах идентификация пациента осуществляется через относительно устойчивые параметры: анатомические структуры, биохимические показатели, генетические маркеры, визуализируемые изменения органов и тканей. В психиатрии же объектом диагностики является психическая реальность, лишённая прямой материальной локализации и обладающая выраженной индивидуальной вариативностью. В результате личность пациента оказывается представленной в медицинском знании фрагментарно — через симптомы, синдромы и диагнозы, не образующие целостного образа психической организации.

Ключевым методологическим разрывом современной психиатрии является отождествление диагноза с человеком. Диагностическая формула, основанная на критериях МКБ-10 или МКБ-11, становится основным идентификатором пациента в медицинской системе, подменяя собой его индивидуальную психическую структуру. Между тем диагноз отражает лишь определённый срез патологического состояния, зафиксированный в конкретный момент времени и в рамках определённой классификационной логики. Он не описывает личность, не отражает её системной организации и не может служить универсальным языком для понимания психической индивидуальности.

Исторически психиатрия развивалась как дисциплина классификации болезней, а не идентификации психических систем. Основной задачей становилось распределение клинических случаев по нозологическим рубрикам, что было оправдано на этапе становления науки и соответствовало уровню развития медицинского знания конца XIX — начала XX века. Однако в условиях усложнения клинической практики, роста коморбидности, появления смешанных и атипичных форм расстройств, а также развития персонализированной медицины становится очевидным, что классификация болезней не может заменить идентификацию психической системы конкретного человека.

Переход от классификации заболеваний к идентификации психической системы требует принципиально иного подхода. Он предполагает признание психики не просто совокупностью функций или процессов, а целостной системой, обладающей уровнями, связями, интегративными механизмами и собственной динамикой. Именно такая модель была разработана в предыдущей монографии, посвящённой психической системе, где психика была определена как автономное системное образование, не сводимое ни к нейронным процессам, ни к феноменологическому описанию. Однако признание психики системой само по себе ещё не решает задачи её фиксации, сравнения и анализа в клинической практике.

Цель настоящей монографии заключается в разработке формального языка психиатрии, основанного на понятиях психкода и психпаспорта. Психкод рассматривается как структурированное, системное представление психической организации личности, позволяющее зафиксировать её уровни, связи, нарушения и динамику в воспроизводимой форме. Психпаспорт, в свою очередь, представляет собой клинико-системный документ, интегрирующий психкод, данные психического статуса и анамнеза, а также прогностические и терапевтические параметры. Вместе эти понятия образуют основу для новой модели персонализированной психиатрии.

Задачи монографии включают методологическое обоснование необходимости формализации психики, определение структуры и элементов психкода, разработку архитектуры психпаспорта, анализ их соотношения с существующими диагностическими системами, а также рассмотрение этических, правовых и технологических ограничений психпаспортизации. Осо-

бое внимание уделяется возможности использования психкода и психпаспорта в цифровой психиатрии и системах искусственного интеллекта, при сохранении клинической и гуманистической направленности дисциплины.

Настоящая работа занимает особое место в системе предыдущих исследований автора. Если монография, посвящённая психическому статусу, была направлена на анализ актуального состояния психики, а работа об анамнезе жизни и заболевания — на исследование её исторической динамики, то концепция психической системы обеспечила онтологическое основание для целостного понимания психической реальности. «Психкод и психпаспорт» логически завершают этот цикл, переводя онтологию психики в формализованный язык, пригодный для научного анализа, клинической практики и будущего развития психиатрии.

ЧАСТЬ I. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И ОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ

Глава 1. Проблема формализации психики в современной психиатрии

1.1. Почему психиатрия остаётся «донаучной»

Вопрос о научном статусе психиатрии на протяжении всего её существования сопровождается скрытым напряжением между клинической практикой и требованиями строгой науки. Психиатрия, бесспорно, является медицинской дисциплиной, обладающей собственной областью знаний, клиническими методами, диагностическими системами и терапевтическими подходами. Однако при сопоставлении её методологического аппарата с критериями научности, принятыми в естественных и биомедицинских науках, обнаруживается фундаментальное расхождение, которое и лежит в основе устойчивого представления о психиатрии как о «недостаточно формализованной» или «донаучной» дисциплине.

Термин «донаучная» в данном контексте не означает отрицание научного характера психиатрии как таковой. Он используется в строгом эпистемологическом смысле, обозначая стадию развития науки, на которой отсутствует формализованный объект исследования, единый язык описания и воспроизводимые модели, позволяющие переходить от наблюдения к объяснению и прогнозированию. В истории науки подобные этапы были характерны для многих дисциплин до формирования их теоретического ядра. Так, медицина до появления анатомии, физиологии и патологии представляла собой совокупность эмпирических наблюдений и лечебных практик, не объединённых общей теоретической системой. Аналогичным образом психиатрия, несмотря на высокий уровень клинического опыта, до настоящего времени не располагает формальной моделью психики как объекта науки.

Одним из ключевых критериев научности является наличие чётко определённого объекта исследования, обладающего онтологической устойчивостью. В физике таким объектом являются материальные тела и поля, в биологии — живые системы, в физиологии — функциональные системы организма. В психиатрии же объект исследования традиционно определяется через феномены психической жизни: переживания, мысли, эмоции, поведение, субъективный опыт. Эти феномены описываются, классифицируются и интерпретируются, но сама психика как целостный объект долгое время не рассматривалась в качестве самостоятельной системы с собственной структурой, уровнями и законами функционирования. В результате психиатрия оказалась дисциплиной, изучающей проявления, но не имеющей формализованного представления о том, что именно проявляется.

Исторически становление психиатрии происходило в рамках клинико-описательной парадигмы. Работы Э. Крепелина заложили основы нозологического подхода, позволив систематизировать психические расстройства на основании течения и исходов [1]. Однако даже в этой, по-своему революционной, модели объектом классификации стали болезни, а не психика. Психиатрия получила систему заболеваний, но не получила систему психической организации, нарушение которой эти заболевания отражают. Этот методологический разрыв определил дальнейшее развитие дисциплины: психиатрия стала наукой о болезнях без строгой науки о психике.

Феноменологическая психиатрия, связанная, прежде всего с именем К. Ясперса, предприняла попытку углубить понимание психической реальности, сместив акцент с внешних проявлений на субъективный опыт пациента [2]. Феноменологический метод позволил описывать структуру переживаний, внутреннюю логику психопатологических состояний и способы существования человека в болезни. Однако при всей своей методологической значимости феноменология принципиально отказывалась от формализации. Понимание, по Ясперсу, не может быть сведено к объяснению, а субъективный опыт не поддаётся редукции к объективным моделям. Тем самым феноменологическая психиатрия, углубляя клиническое знание, одновременно закрепляла его нефомализуемый характер.

Таким образом, к середине XX века в психиатрии сложилась парадоксальная ситуация. С одной стороны, дисциплина обладала богатым клиническим материалом, сложной диагностической номенклатурой и развитым языком описания психопатологии. С другой стороны, отсутствовала теория психики как целостного объекта, сопоставимая по строгости с теориями, лежащими в основе других медицинских наук. Психиатрия оперировала симптомами, синдромами и диагнозами, не имея формального представления о системе, в которой эти элементы возникают и взаимодействуют.

Попытки придать психиатрии более строгий научный статус в конце XX — начале XXI века были связаны с развитием нейронаук и биологической психиатрии. Исследования нейронных коррелятов психических функций, нейромедиаторных систем и генетических факторов создали иллюзию скорого решения проблемы научности психиатрии. Однако редукция психических расстройств к биологическим механизмам не привела к созданию формальной модели психики. Напротив, она выявила новое методологическое противоречие: нейробиологические данные не могут быть напрямую соотнесены с клиническими феноменами без промежуточной теоретической конструкции, описывающей психику как уровень организации, отличный от нейронного.

Современные международные классификации, такие как МКБ 10/11, представляют собой компромисс между клинической практикой и научными требованиями. Они стандартизируют диагностику, но не формируют теоретическую модель психики. Диагностические критерии описывают наблюдаемые признаки и субъективные жалобы, но не объясняют, какие элементы психической организации нарушены и каким образом эти нарушения связаны между собой. В результате психиатрия остаётся дисциплиной, в которой описание доминирует над объяснением, а классификация — над моделированием.

Таким образом, психиатрия остаётся «донаучной» не потому, что ей недостаёт эмпирических данных или клинического опыта, а потому, что она до сих пор не располагает формализованным объектом исследования. Отсутствие онтологии психики делает невозможным создание строгого языка, воспроизводимых моделей и инструментальных методов анализа. До тех пор, пока психика не будет представлена как система, обладающая структурой, уровнями и законами функционирования, психиатрия будет вынуждена опираться на описательные и феноменологические методы, неизбежно сохраняющие высокий уровень субъективности.

Именно это обстоятельство определяет необходимость перехода от описательной психиатрии к системной, а от феноменологического языка — к формализованному языку психкода. Такой переход не отменяет клинического понимания и гуманистической традиции психиатрии, но создаёт теоретическую основу для её дальнейшего научного развития.

Для более точного понимания статуса психиатрии необходимо обратиться к общим критериям научности, сформированным в философии и методологии науки. К числу таких критериев традиционно относят наличие формализованного объекта исследования, устойчивого понятийного аппарата, воспроизводимых методов, возможности построения моделей и осуществления прогноза [3]. Наука в строгом смысле начинается не с накопления эмпирических

фактов, а с появления теоретического языка, позволяющего описывать реальность независимо от индивидуального наблюдателя.

История развития естественных наук демонстрирует, что этап описательной аккумуляции фактов неизбежно предшествует этапу теоретической формализации. До создания клеточной теории биология оставалась совокупностью натуралистических наблюдений, до формирования физиологии — медицина была эмпирическим искусством, а до введения периодической системы элементов химия не обладала предсказательной силой. Во всех этих случаях ключевым моментом перехода к научной зрелости становилось появление структурной модели объекта, позволявшей упорядочить наблюдаемые явления и вывести их из ограниченного эмпирического контекста.

Психиатрия, несмотря на длительную историю, остаётся на аналогичном описательном этапе. Накоплены тысячи клинических описаний, разработаны диагностические критерии, созданы классификационные системы, однако отсутствует формализованная модель психики как целостного объекта. Клиническое знание продолжает передаваться преимущественно через язык описаний, метафор и примеров, что сближает психиатрию с гуманитарными дисциплинами и одновременно затрудняет её интеграцию в поле строгих наук.

Особую роль в этом контексте играет проблема языка. Язык психиатрии исторически формировался как клинический и феноменологический, ориентированный на описание субъективного опыта. Этот язык обладает высокой выразительностью и клинической чувствительностью, но плохо поддаётся формализации. Одни и те же термины могут использоваться в различных значениях, а границы между понятиями остаются размытыми. В результате клиническое мышление психиатра неизбежно приобретает интерпретативный характер, что ограничивает воспроизводимость и сопоставимость знания.

Следствием этого является невозможность построения строгих моделей психической патологии. В отличие от соматических дисциплин, где патологический процесс может быть представлен в виде причинно-следственной цепи, психиатрия оперирует многофакторными и слабо формализуемыми конструкциями. Даже такие фундаментальные понятия, как «расстройство личности», «шизофрения» или «аффективное расстройство», обозначают не структурно определённые объекты, а клинические конвенции, сформированные на основе статистической повторяемости симптомов. Эти конвенции удобны для практики, но не создают теоретического основания для науки.

Важно подчеркнуть, что «донаучный» статус психиатрии не является следствием её «молодости» или недостатка данных. Напротив, психиатрия располагает одним из самых богатых массивов клинической информации среди медицинских дисциплин. Проблема заключается в отсутствии инструмента, способного превратить этот массив в структурированное знание. Без формализованного объекта психика остаётся «ускользающей» реальностью, которую невозможно полностью охватить ни феноменологией, ни биологическим редукционизмом.

В этом смысле попытки «сделать психиатрию наукой» исключительно за счёт нейробиологии или генетики оказываются методологически недостаточными. Биологические корреляты психических процессов не тождественны самой психике и не заменяют необходимости её теоретического описания как особого уровня организации. Аналогично, расширение диагностических классификаций и уточнение критериев МКБ не решают проблему формализации, поскольку они по-прежнему остаются инструментами классификации болезней, а не моделирования психической системы.

Таким образом, психиатрия остаётся «донаучной» в том смысле, что её объект — психика человека до сих пор не получил строгого системного описания, сопоставимого с объектами других наук. Это состояние нельзя рассматривать как окончательное или неизбежное. Напротив, оно указывает на точку возможного перехода дисциплины к новому этапу развития.

Такой переход требует не отказа от клинической традиции, а её теоретического переосмысления и формализации.

Именно в этом контексте возникает необходимость психкода как формального языка описания психической системы и психпаспорта как инструмента идентификации личности в клиническом и социальном пространстве. Формализация психики не означает утрату её субъективной глубины, но создаёт условия для превращения психиатрии из описательной дисциплины в науку, обладающую собственным онтологическим основанием, строгим языком и возможностью интеграции с современными технологиями анализа и моделирования.

Список литературы

[1] Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. М.: Государственное издательство, 1927. – 512 с.

[2] Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997. – 1056 с.

[3] Кун Т. Структура научных революций. М.: АСТ, 2003. – 605 с.

1.2. Субъективность клинического знания

Субъективность клинического знания в психиатрии является не частным методическим недостатком, а системной характеристикой дисциплины, определяющей как её сильные стороны, так и фундаментальные ограничения. В отличие от большинства медицинских специальностей, где клиническое решение опирается на совокупность объективных данных — лабораторных показателей, визуализации, морфологических изменений, психиатрия строит своё знание преимущественно на интерпретации психических феноменов, доступных лишь опосредованному наблюдению. Это обстоятельство формирует особый тип медицинского знания, в котором роль субъекта познания врача становится принципиально значимой.

Исторически субъективность психиатрического знания была осознана и концептуализирована ещё на ранних этапах развития дисциплины. Уже в классических работах по общей психопатологии подчёркивалось, что психиатр имеет дело не с «вещами», а с переживаниями, смыслами и формами сознания, которые не могут быть непосредственно измерены или зафиксированы вне акта клинического понимания. Клиническое интервью, наблюдение за поведением, анализ речи и эмоциональных реакций пациента всегда предполагают интерпретацию, а значит участие субъективного опыта врача в формировании диагностического заключения [1].

Феноменологическая психиатрия не только признала эту особенность, но и возвела её в методологический принцип. Понимание (Verstehen) было противопоставлено объяснению (Erklären) как специфический способ постижения психической реальности. Психиатр, согласно этой традиции, должен не столько регистрировать симптомы, сколько реконструировать внутренний мир пациента, его способ переживания себя и окружающего мира. Такой подход позволил существенно углубить клиническое знание, однако одновременно закрепил его принципиальную нефомализуемость. Субъективность здесь рассматривалась не как проблема, а как необходимое условие подлинного психиатрического познания.

В клинической практике субъективность проявляется на всех уровнях диагностического процесса. Уже на этапе сбора жалоб психиатр сталкивается с необходимостью интерпретации языка пациента, который редко совпадает с профессиональным языком психопатологии. Описание переживаний неизбежно носит метафорический, фрагментарный и контекстуально обусловленный характер. Врач переводит этот первичный нарратив в клинические категории, осуществляя тем самым акт интерпретации, в котором личный опыт, профессиональная подготовка и теоретическая ориентация играют решающую роль.

Аналогичным образом субъективность сохраняется и при оценке психического статуса. Такие характеристики, как «эмоциональная уплощённость», «нарушение мышления», «бредовые идеи» или «снижение критики», не имеют строгих количественных границ. Их выявление и квалификация зависят от клинического контекста, культурных факторов и индивидуального восприятия врача. Даже при использовании стандартизированных диагностических критериев остаётся значительное пространство для интерпретации, что приводит к вариабельности клинических заключений между разными специалистами.

Субъективность клинического знания усиливается отсутствием универсального теоретического основания, которое позволило бы связать наблюдаемые феномены в единую модель психической организации. В условиях, когда психика не представлена как система с чётко определёнными уровнями и связями, каждый симптом интерпретируется в значительной степени автономно, а его значение определяется контекстом конкретной клинической школы или диагностической традиции. Это приводит к тому, что одно и то же клиническое явление может получать различную интерпретацию в зависимости от теоретических предпосылок врача.

Попытки преодолеть субъективность за счёт стандартизации клинического знания предпринимались неоднократно. Разработка диагностических интервью, психометрических шкал и операциональных критериев была направлена на снижение влияния индивидуального клинического суждения. Однако эти меры, несмотря на их практическую ценность, не устранили проблему на принципиальном уровне. Стандартизированные инструменты сами по себе требуют интерпретации, а их применение неизбежно встраивается в субъективный контекст клинического мышления [2].

Более того, чрезмерная ориентация на стандартизацию порождает риск редукции психической реальности. Сложные, многомерные феномены психической жизни нередко сводятся к суммарным баллам шкал или формальному соответствию диагностическим критериям. В таких случаях субъективность не исчезает, а лишь маскируется под видимость объективности, что может приводить к утрате клинической чувствительности и индивидуального подхода к пациенту.

Таким образом, субъективность клинического знания в психиатрии не является случайным или устранимым дефектом. Она вытекает из самой природы психического как объекта исследования и из исторически сложившейся методологии дисциплины. Вместе с тем признание неизбежности субъективности не означает отказа от стремления к научной строгости. Напротив, оно подчёркивает необходимость поиска таких форм описания и моделирования психики, которые позволили бы интегрировать субъективное клиническое понимание в более широкую, формализованную систему знания.

Именно в этом контексте возникает задача разработки психкода как языка, способного связать индивидуальное клиническое наблюдение с формальной моделью психической системы. Психкод не устраняет субъективность клинического опыта, но создаёт рамку, в которой субъективные данные могут быть структурированы, сопоставлены и включены в воспроизводимое научное описание. Переход от чисто описательного знания к системной формализации открывает возможность преодоления разрыва между клинической интуицией и требованиями строгой науки, не разрушая при этом гуманистическое ядро психиатрии.

Субъективность клинического знания в психиатрии приобретает особую выраженность в контексте существования различных клинических школ и теоретических направлений. Каждая из них формирует собственный язык описания психических расстройств, систему приоритетов и интерпретационных рамок. Так, нозологическая традиция, восходящая к Крепелину, ориентирована на выявление устойчивых клинико-динамических синдромов и их исходов, тогда как психодинамические и экзистенциальные подходы акцентируют внимание на внутреннем опыте пациента, структуре личности и символическом содержании симптомов [3]. Эти

различия не являются лишь вопросом терминологии; они отражают различные способы концептуализации психической реальности.

В результате один и тот же клинический материал может быть интерпретирован принципиально по-разному. Пациент с расстройством мышления, аффективной нестабильностью и нарушением социальной адаптации может рассматриваться как носитель эндогенного психотического процесса, как личность с глубинным личностным конфликтом или как субъект, переживающий экзистенциальный кризис. Каждая из этих интерпретаций будет опираться на собственные диагностические критерии, и предлагать различные терапевтические стратегии. Отсутствие формализованной модели психической системы не позволяет однозначно сопоставить эти интерпретации и определить их место в едином научном поле.

Язык психиатрии в этом контексте выступает не только средством описания, но и фактором формирования клинического мышления. Термины психопатологии, будучи исторически и культурно обусловленными, нередко обладают высокой семантической нагрузкой и допускают различные толкования. Понятия «депрессия», «тревога», «психоз» или «расстройство личности» используются как в научном, так и в обыденном дискурсе, что усиливает размытость их значений. Клиническое знание оказывается вплетённым в языковые практики, которые трудно стандартизировать без утраты смысловой глубины [4].

Проблема межврачебной вариабельности диагностических решений является прямым следствием субъективности клинического знания. Многочисленные исследования показывают, что согласованность диагнозов между различными специалистами, даже при использовании единых классификационных систем, остаётся ограниченной. Различия проявляются не только в выборе диагностической рубрики, но и в оценке тяжести состояния, ведущих синдромов и прогноза. Эти расхождения затрудняют проведение клинических исследований, сравнение результатов терапии и разработку унифицированных клинических рекомендаций.

Особенно остро проблема субъективности проявляется в ситуациях, требующих высокой степени воспроизводимости и ответственности, таких как судебно-психиатрическая экспертиза или принятие решений о длительном лечении. В этих случаях интерпретационный характер клинического знания становится источником профессиональных и этических рисков. Отсутствие формализованных критериев, позволяющих однозначно связать наблюдаемые феномены с определённой структурой психической организации, делает экспертные заключения уязвимыми для критики и пересмотра.

Важно отметить, что субъективность клинического знания не может быть полностью устранена без утраты самой специфики психиатрии как науки о человеке. Психическая реальность по своей природе включает субъективное измерение, и любая попытка его полного исключения приведёт к редукционизму и обеднению клинического понимания. Однако признание неизбежности субъективности не означает отказа от научной систематизации. Напротив, оно требует создания таких формальных структур, которые позволили бы интегрировать субъективные данные в воспроизводимую и сопоставимую модель.

Именно здесь становится очевидной необходимость системной формализации психики. Формализация не предполагает механического перевода субъективного опыта в количественные показатели. Речь идёт о создании языка, который позволил бы описывать структуру психической системы, её уровни, связи и динамику, сохраняя при этом клиническое содержание наблюдений. Такой язык должен быть достаточно строгим, чтобы обеспечить сопоставимость данных, и достаточно гибким, чтобы учитывать индивидуальные особенности личности.

Психкод в этом смысле выступает как промежуточное звено между клиническим пониманием и научной формализацией. Он позволяет фиксировать субъективные клинические наблюдения в структурированном виде, связывая их с определёнными элементами психической системы. Психпаспорт, в свою очередь, интегрирует эти данные в целостный профиль личности, обеспечивая преемственность клинического знания во времени и между различ-

ными специалистами. Таким образом, субъективность клинического знания не устраняется, а включается в более широкую научную рамку, что открывает перспективу дальнейшего развития психиатрии как формализованной науки о психике.

Список литературы

[1] Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997. – 1056 с.

[2] Новицкий И.Я. Психический статус. Научно-практическое руководство по исследованию психического состояния. М., 2025. – 252 с.

[3] Крепелин Э. Психиатрия: учебник для врачей и студентов. М.: Государственное издательство, 1924. – 840 с.

[4] Фуко М. История безумия в классическую эпоху. СПб.: Университетская книга, 1997. – 640 с.

1.3. Ограничения МКБ-10 / МКБ-11

Международные классификации болезней, включая МКБ-10 и её последующую редакцию МКБ-11, занимают центральное место в современной психиатрической практике. Они выполняют функцию универсального языка, обеспечивающего стандартизацию диагностики, сопоставимость клинических данных и юридическую определённость медицинских решений. Однако при всей своей значимости данные классификационные системы обладают принципиальными методологическими ограничениями, которые становятся особенно очевидными в контексте задачи формализации психики как целостной системы.

Прежде всего, необходимо подчеркнуть, что МКБ по своей природе является классификацией заболеваний, а не теорией психики. Её основная цель заключается в систематизации клинических состояний на основании диагностических критериев, пригодных для статистического учёта, эпидемиологических исследований и организации медицинской помощи. Эта задача изначально не предполагала создания онтологической модели психической реальности. В результате психические расстройства в МКБ представлены как дискретные нозологические единицы, каждая из которых определяется через совокупность симптомов и признаков, а не через нарушение определённых элементов психической системы.

В МКБ-10 доминирует категориальный подход, при котором диагноз устанавливается при наличии определённого набора критериев. Такой подход обеспечивает относительную простоту применения и формальную однозначность, однако он плохо отражает сложность и континуальность психических явлений. Психические состояния редко укладываются в жёсткие диагностические границы; между нормой и патологией, а также между различными нозологическими категориями существует широкий спектр переходных и смешанных форм. Категориальная логика классификации вынужденно игнорирует эту непрерывность, что приводит к схематизации клинической реальности [1].

Разработка МКБ-11 была направлена на частичное преодоление указанных ограничений. В новой редакции были предприняты попытки интеграции дименсиональных подходов, уточнения диагностических критериев и учёта культурных факторов. Тем не менее, базовая логика классификации осталась неизменной. МКБ-11 по-прежнему оперирует нозологическими категориями, которые не выводятся из формализованной модели психики, а представляют собой результат экспертного консенсуса и статистической агрегации клинических наблюдений [2].

Одним из ключевых ограничений МКБ 10/11 является их симптомоцентричность. Диагностические критерии строятся вокруг перечней симптомов, выраженность и сочетание которых определяют принадлежность пациента к той или иной диагностической рубрике. При этом остаётся неясным, какие именно элементы психической организации лежат в основе наблюда-

емых симптомов и каким образом они взаимосвязаны. Симптомы рассматриваются как первичные диагностические признаки, тогда как их системная обусловленность остаётся за пределами классификации.

Такой подход неизбежно приводит к фрагментации психической реальности. Психические функции, личностные особенности, динамика развития и компенсаторные механизмы оказываются разнесёнными по различным диагностическим рубрикам или вовсе не получают адекватного отражения. В результате клиническая картина пациента распадается на набор симптомов, которые трудно интегрировать в целостное представление о психической системе личности. Диагноз фиксирует наличие расстройства, но не описывает структуру психики, в рамках которой это расстройство возникает и развивается.

Ещё одним существенным ограничением является статичность диагностических формул. Несмотря на наличие спецификаторов течения и степени тяжести, диагноз в МКБ отражает состояние психики в определённый временной момент. Он плохо приспособлен для описания динамических процессов, фазовых переходов, компенсированных состояний и индивидуальных траекторий заболевания. Это особенно проблематично в клинической практике, где психические расстройства часто носят хронический, рецидивирующий или волнообразный характер [3].

Кроме того, МКБ 10/11 не обеспечивают адекватного инструментария для описания коморбидности. Современная психиатрия всё чаще сталкивается с пациентами, у которых одновременно присутствуют признаки нескольких расстройств, не укладывающиеся в рамки одной диагностической категории. Формальное присвоение нескольких диагнозов лишь усугубляет проблему, поскольку не объясняет, каким образом эти расстройства соотносятся друг с другом в структуре психической организации и какие элементы системы являются ключевыми в патогенезе.

Важным методологическим аспектом является и то, что классификационные рубрики МКБ не предназначены для индивидуальной идентификации личности. Диагноз выполняет функцию медицинского ярлыка, необходимого для коммуникации и учёта, но не может служить инструментом описания уникальности психической структуры конкретного человека. Два пациента с одинаковым диагнозом могут существенно различаться по уровню функционирования, личностной организации, адаптационным ресурсам и прогнозу, однако эти различия не находят отражения в классификационной системе.

Таким образом, МКБ 10/11 представляют собой необходимый, но принципиально ограниченный инструмент современной психиатрии. Их использование оправдано в рамках задач классификации и стандартизации, однако они не могут служить основанием для формализации психики как системы. Эти ограничения не являются дефектом классификаций как таковых, а отражают границы той методологической парадигмы, в рамках которой они были созданы.

Именно осознание этих границ подводит к необходимости выхода за рамки чисто нозологического подхода и разработки таких формальных моделей, которые позволили бы описывать психическую реальность не только через симптомы и диагнозы, но и через структуру, уровни и динамику психической системы личности.

Существенным методологическим ограничением международных классификаций является их консенсусный характер. Диагностические категории и критерии МКБ формируются в результате экспертных соглашений, основанных на анализе накопленных клинических данных, статистической повторяемости симптомов и практических потребностей здравоохранения. Такой подход обеспечивает функциональную применимость классификации, но одновременно лишает её статуса теоретической модели психической реальности. Консенсус, даже достигнутый на международном уровне, не эквивалентен научному объяснению и не заменяет онтологического основания.

Проблема валидности диагностических категорий в МКБ неоднократно становилась предметом научной дискуссии. Валидность в данном контексте предполагает соответствие диагностической категории реально существующему объекту — устойчивому психическому состоянию или процессу с определённой структурой и закономерностями. Однако большинство психиатрических диагнозов в МКБ не обладают чётко очерченными границами и не выводятся из формальной модели психики. Они представляют собой операциональные конструкции, полезные для клинической практики, но слабо связанные с теоретическим пониманием психической организации [4].

Особенно показательной является ситуация с расстройствами, характеризующимися высокой гетерогенностью клинических проявлений. В рамках одной диагностической рубрики могут объединяться пациенты с принципиально различными психическими структурами, уровнями функционирования и прогнозом. Формально они принадлежат к одной нозологической категории, однако с точки зрения психической системы могут представлять собой качественно различные типы организации. МКБ не предоставляет инструментов для выявления и описания этих различий, что ограничивает её аналитическую и прогностическую ценность.

Культурная и контекстуальная обусловленность диагностических критериев также представляет собой важное ограничение. Несмотря на усилия по учёту культурных факторов, предпринимаемые в МКБ-11, сами критерии остаются в значительной степени продуктом определённой медицинской и культурной традиции. Проявления психических расстройств, способы их описания и социальные интерпретации существенно варьируют в зависимости от культурного контекста, что затрудняет универсальное применение классификационных рубрик [5]. В результате диагноз нередко отражает не только психическое состояние пациента, но и культурные нормы, в рамках которых осуществляется клиническая оценка.

Ещё одной принципиальной проблемой является неспособность МКБ служить инструментом идентификации личности. Диагноз по своей природе является обобщающей категорией, предназначенной для группировки случаев, а не для описания уникальности конкретного человека. Он фиксирует принадлежность к классу заболеваний, но не отражает индивидуальную конфигурацию психической системы, её сильные и уязвимые стороны, компенсаторные механизмы и динамику изменений. В этом смысле диагноз выполняет функцию ярлыка, необходимого для медицинской коммуникации, но недостаточного для понимания личности.

Невозможность идентификации личности через диагноз особенно очевидна в условиях длительного наблюдения и терапии. По мере изменения клинической картины диагноз может уточняться, дополняться или изменяться, однако эти трансформации не отражают целостной динамики психической системы. Пациент оказывается представленным в медицинской документации как последовательность диагностических формул, не связанных между собой в единую структурную модель. Это затрудняет преемственность лечения и снижает качество клинического мышления.

Таким образом, ограничения МКБ 10/11 носят не технический, а принципиальный характер. Они вытекают из самой логики классификационного подхода, ориентированного на систематизацию болезней, а не на моделирование психической реальности. МКБ остаётся незаменимым инструментом для решения практических задач здравоохранения, однако её использование в качестве основы для научного понимания психики и идентификации личности неизбежно приводит к методологическим тупикам.

Осознание этих ограничений не предполагает отказа от классификаций, но требует их дополнения принципиально иным уровнем описания. Такой уровень должен быть направлен не на категоризацию симптомов, а на формализацию психической системы личности. Именно здесь возникает необходимость психкода как языка структурного описания психики и психпаспорта как интегративного клинико-системного документа. Переход от диагностики заболе-

вания к идентификации психической системы представляет собой логический шаг, вытекающий из анализа ограничений существующих классификационных моделей.

Список литературы

[1] МКБ-10: Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике. - СПб.: «Адис», 1994. 304 с.

[2] МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация. М.: «КДУ», «Университетская книга». 2021. 432с.

[3] Новицкий И.Я. Анамнез жизни и заболевания в психиатрии: методология, клинико-диагностический анализ. М., 2025. – 318 с.

[4] Kendell R., Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. American Journal of Psychiatry. 2003;160(1):4–12.

[5] Kleinman A. Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience. New York: Free Press, 1988. – 256 p.

1.4. Проблема несопоставимости диагнозов и пациентов

Одним из наиболее серьёзных и наименее осмысленных методологических последствий отсутствия формализованной модели психики является проблема несопоставимости диагнозов и пациентов. Эта проблема проявляется как в повседневной клинической практике, так и в научных исследованиях, экспертной деятельности и организации системы психиатрической помощи. Речь идёт не о частных расхождениях в диагностике, а о фундаментальной невозможности соотнести диагностическую категорию с конкретной психической организацией личности.

В современной психиатрии диагноз выполняет функцию классификационного маркера, позволяющего отнести пациента к определённой нозологической группе. Однако эта функция не тождественна задаче идентификации пациента как носителя уникальной психической системы. Диагностическая формула фиксирует наличие определённого расстройства, но не отражает того, каким образом организована психика конкретного человека, какие уровни и связи вовлечены в патологический процесс и какие компенсаторные механизмы при этом задействованы. В результате диагноз и пациент оказываются связанными лишь формально, без глубинного структурного соответствия.

Несопоставимость особенно отчётливо проявляется при сравнении пациентов с одинаковыми диагнозами. Клинический опыт показывает, что два человека, формально соответствующие одной и той же диагностической рубрике МКБ-10 или МКБ-11, могут принципиально различаться по личностной структуре, уровню психического функционирования, социальному адаптационному потенциалу и прогнозу. У одного пациента диагноз отражает тяжёлое дезинтегративное расстройство психической системы, у другого — относительно поверхностное и компенсированное нарушение, не затрагивающее ядро личности. Тем не менее, на уровне классификации эти различия остаются невидимыми.

Эта несопоставимость усугубляется тем, что психиатрическая диагностика традиционно ориентирована на выявление патологических феноменов, а не на описание структуры нормы и индивидуальных различий. В результате диагностический язык оказывается асимметричным: он подробно описывает отклонения, но почти не фиксирует особенности сохранных и компенсаторных аспектов психической системы. Пациент представлен через дефициты, тогда как его ресурсы, устойчивые элементы личности и адаптационные стратегии остаются вне формаль-

ного описания. Это делает невозможным сопоставление пациентов по параметрам, имеющим клиническое и прогностическое значение.

Проблема несопоставимости проявляется и в динамическом измерении. В процессе наблюдения и лечения диагноз пациента может изменяться, уточняться или дополняться. Эти изменения фиксируются в медицинской документации как последовательность диагностических формул, каждая из которых отражает определённый этап клинического состояния. Однако между этими формулами отсутствует структурная связь, позволяющая проследить эволюцию психической системы во времени. Пациент оказывается представленным как набор разрозненных диагностических состояний, а не как целостная система, проходящая через определённые фазы развития и трансформации.

Несопоставимость диагнозов и пациентов особенно проблематична в условиях междисциплинарного взаимодействия. Психиатр, психотерапевт, клинический психолог и социальный работник нередко используют разные модели описания психического состояния одного и того же человека. При отсутствии общего формального языка эти описания трудно интегрировать. Диагноз, будучи центральным элементом психиатрического дискурса, не обеспечивает такого языка, поскольку он не содержит информации о структуре психической системы и потому не может служить универсальной точкой сопоставления.

В научных исследованиях проблема несопоставимости приводит к снижению валидности выводов. Группы пациентов, сформированные на основании одинаковых диагнозов, оказываются гетерогенными по своим психическим характеристикам. Это затрудняет интерпретацию результатов клинических испытаний, исследований эффективности терапии и нейробиологических коррелятов психических расстройств. Различия между пациентами, имеющие принципиальное значение, нивелируются на уровне диагностической классификации, что приводит к противоречивым и трудно воспроизводимым данным.

Особую остроту проблема приобретает в экспертной практике, где требуется не просто установить диагноз, но и дать оценку психического состояния личности в контексте её ответственности, способности к осознанию и управлению своими действиями. Диагностическая категория сама по себе не позволяет ответить на эти вопросы, поскольку она не отражает индивидуальную структуру психической системы и степень её интеграции. В результате экспертное заключение вынуждено выходить за рамки диагноза, опираясь на описательные и интерпретативные конструкции, что вновь возвращает субъективность в центр процесса.

Таким образом, несопоставимость диагнозов и пациентов является прямым следствием отсутствия формализованного представления психики как системы. Диагноз выполняет функцию классификации, но не идентификации; он группирует случаи, но не описывает уникальность. До тех пор, пока психиатрия будет опираться исключительно на нозологические категории, проблема сопоставимости останется нерешённой, независимо от степени детализации диагностических критериев.

Именно эта методологическая ситуация подводит к необходимости создания инструмента, который позволял бы соотносить диагноз с конкретной психической системой личности. Такой инструмент должен фиксировать структуру психики, её уровни, связи и динамику, обеспечивая возможность сопоставления пациентов не только по наличию расстройства, но и по типу психической организации. В следующих разделах будет показано, что психкод и психпаспорт призваны решить эту задачу, создавая основу для перехода от классификации заболеваний к идентификации личности.

Практические последствия несопоставимости диагнозов и пациентов наиболее наглядно проявляются в клиническом принятии решений. Терапевтические рекомендации, построенные преимущественно на основании нозологической принадлежности, нередко оказываются недостаточно чувствительными к индивидуальным особенностям психической организации. Одинаковый диагноз может предполагать схожие схемы фармакотерапии или психотерапии,

однако клинический ответ на лечение существенно различается в зависимости от уровня интеграции психической системы, наличия компенсаторных механизмов и структуры личности. В отсутствие формализованного описания этих параметров врач вынужден полагаться на клиническую интуицию, что усиливает вариабельность результатов лечения.

Несопоставимость также осложняет преемственность медицинской помощи. При смене лечащего врача или переводе пациента между учреждениями медицинская информация, как правило, передаётся в виде диагностических формул и кратких описаний состояния. Эти данные не содержат структурного представления психической системы и потому не позволяют новому специалисту быстро и адекватно реконструировать клиническую картину. Пациент оказывается «перечитываемым» заново, а накопленный клинический опыт — фрагментированным. Такая ситуация особенно неблагоприятна при длительном наблюдении пациентов с хроническими психическими расстройствами.

В научной психиатрии несопоставимость диагнозов и пациентов приводит к систематическим искажениям исследовательских данных. Формирование выборок на основании диагностических критериев МКБ создаёт группы с высокой внутренней гетерогенностью, что снижает статистическую мощность исследований и затрудняет выявление закономерностей. Результаты клинических испытаний и нейробиологических исследований часто оказываются трудно воспроизводимыми именно потому, что под одной диагностической рубрикой скрываются различные типы психической организации. Без инструмента, позволяющего стратифицировать пациентов по структурным параметрам психики, научные выводы неизбежно остаются обобщёнными и противоречивыми.

В экспертной и судебно-психиатрической практике проблема несопоставимости приобретает дополнительное значение. Экспертное заключение требует не только констатации наличия психического расстройства, но и оценки степени сохранности психической регуляции, критичности, способности к целеполаганию и контролю поведения. Диагноз сам по себе не содержит этих характеристик и потому не может служить достаточным основанием для экспертных выводов. Эксперт вынужден выходить за рамки нозологии, опираясь на описательные и интерпретативные конструкции, что снижает воспроизводимость и прозрачность экспертных решений.

Социальные последствия несопоставимости диагнозов и пациентов проявляются в стигматизации и упрощённом восприятии психических расстройств. Диагностическая категория нередко начинает восприниматься как характеристика личности в целом, что приводит к редукции сложной психической реальности до одного ярлыка. Это особенно заметно в контексте трудоустройства, страхования и социального взаимодействия, где диагноз используется как маркер риска без учёта индивидуальных ресурсов и степени компенсации психической системы. Отсутствие формализованного профиля личности усиливает эту тенденцию и ограничивает возможности социальной интеграции пациентов.

Таким образом, проблема несопоставимости диагнозов и пациентов является системной и затрагивает все уровни психиатрической практики — от клинического лечения до науки и социальной экспертизы. Она не может быть решена путём дальнейшего усложнения диагностических критериев или увеличения числа нозологических категорий. Напротив, углубление классификационного подхода без изменения его методологического основания лишь усиливает фрагментацию клинического знания.

Выход из этой ситуации возможен только при переходе к иному уровню описания психической реальности. Такой уровень должен быть ориентирован не на группировку случаев по симптомам, а на идентификацию психической системы личности. Психкод в этом контексте выступает как инструмент структурного описания психики, позволяющий фиксировать уровни организации, характер связей и динамику изменений. Психпаспорт, интегрируя данные псих-

кода, психического статуса и анамнеза, обеспечивает сопоставимость пациентов на основании их психической структуры, а не только нозологической принадлежности.

Завершая анализ проблемы несопоставимости диагнозов и пациентов, можно утверждать, что именно она является ключевым аргументом в пользу необходимости формализации психики. Без такого шага психиатрия остаётся дисциплиной классификации, но не идентификации, что ограничивает её научный и практический потенциал. Переход к психкоду и психпаспорту открывает возможность создания универсального языка, способного связать диагноз с конкретной психической системой личности и тем самым преодолеть фундаментальные ограничения существующей парадигмы.

Глава 2. Психическая система как необходимое основание психкода

2.1. Краткое резюме концепции психической системы

Переход от критического анализа ограничений современной психиатрии к разработке формализованного языка психкода требует ясного и строго очерченного онтологического основания. Таким основанием в настоящей монографии выступает концепция психической системы, разработанная ранее и служащая теоретическим каркасом для последующей формализации психики. Без системного понимания психической реальности любые попытки кодификации неизбежно сводились бы к механическому упорядочиванию феноменов, лишённому внутренней логики и научной состоятельности.

Концепция психической системы исходит из признания психики самостоятельным уровнем организации, не сводимым ни к биологическим процессам, ни к социальным конструктам, ни к феноменологическому описанию субъективного опыта. Психика рассматривается как целостная, иерархически организованная система, обладающая собственными элементами, связями и закономерностями функционирования. Такое понимание позволяет преодолеть дуализм между биологическим и психологическим, а также между объективным и субъективным измерениями психической жизни, которые традиционно разрывали психиатрическое знание на несоединимые фрагменты.

В системном подходе психика не тождественна совокупности психических функций или психических процессов. Функции, такие как мышление, память, эмоции или воля, рассматриваются как проявления более глубокой системной организации, а не как автономные модули. Психическая система задаёт условия возможности этих функций, определяет их взаимосвязь и координацию, а также обеспечивает целостность психической деятельности. Именно эта целостность оказывается принципиально ускользающей при чисто симптомоцентрическом или нозологическом подходе.

Ключевым положением концепции психической системы является тезис о том, что психопатология представляет собой не изолированное выпадение отдельных функций, а системное нарушение организации психики. Симптомы и синдромы в этом контексте выступают как внешние проявления дисфункции определённых уровней или связей внутри психической системы. Такое понимание позволяет рассматривать психические расстройства не как набор несвязанных признаков, а как структурные изменения системы, имеющие собственную внутреннюю логику и динамику.

Онтологическая значимость концепции психической системы заключается также в том, что она вводит различие между психикой как системой и её клиническими проявлениями. Психический статус, анамнез жизни и заболевания, диагностические категории МКБ 10/11 описывают различные аспекты функционирования психической системы, но не исчерпывают её содержания. Психическая система существует как относительно устойчивая структура, сохраняющая свою идентичность даже при изменении клинической картины. Это положение имеет принципиальное значение для понимания динамики психических расстройств и индивидуальных различий между пациентами.

Исторически идея психики как системы не является полностью новой. Элементы системного мышления присутствовали в работах классиков психиатрии и психологии, начиная с представлений о целостности психической жизни у В. Вундта и К. Ясперса и заканчивая теориями функциональных систем в отечественной физиологии и психологии. Однако в рамках

психиатрии эти идеи долгое время оставались фрагментарными и не были сведены в единую онтологическую модель, пригодную для клинического применения и формализации. Концепция психической системы в настоящем исследовании представляет собой попытку такого сведения.

Принципиально важным является то, что психическая система понимается как динамическая, а не статическая структура. Она изменяется во времени под воздействием биологических, психологических и социальных факторов, однако сохраняет определённую структурную преемственность. Эта динамика не сводится к линейному накоплению симптомов или смене диагнозов; она отражает процессы адаптации, компенсации, декомпенсации и реорганизации системы. Без учёта этой динамики невозможно адекватно описать течение психических расстройств и прогнозировать их исходы.

Концепция психической системы тем самым создаёт теоретическую основу для перехода от описательной психиатрии к структурной. Она позволяет рассматривать психику как объект, обладающий собственной онтологией, и тем самым открывает возможность для разработки формального языка её описания. Психкод в дальнейшем будет представлен как производная этой системной онтологии, а психпаспорт — как инструмент фиксации индивидуальной конфигурации психической системы личности.

В рамках данной подглавы ставится задача кратко, но концептуально целостно резюмировать основные положения концепции психической системы, необходимые для понимания логики последующих разделов. Речь не идёт о полном изложении теории, которое было представлено ранее, а о выделении тех принципиальных элементов, без которых невозможно осмыслить необходимость и структуру психкода.

Рассмотрение психики в качестве системы предполагает принципиальное различие между системным уровнем и уровнем отдельных психических функций. В традиционной психиатрии функции — мышление, восприятие, память, эмоции, воля — часто выступают в качестве базовых единиц анализа. Их нарушения описываются, классифицируются и соотносятся с диагностическими рубриками. Однако такой функционалистский подход не отвечает на вопрос о том, каким образом эти функции объединяются в целостную психическую организацию и за счёт чего обеспечивается их согласованность в норме и патологии.

Системный статус психики означает, что психические функции не существуют изолированно и не обладают самостоятельной онтологией. Они являются производными от более общего уровня организации, в рамках которого задаются правила их взаимодействия, иерархии и взаимной регуляции. Психическая система определяет не только наличие или отсутствие отдельных функций, но и характер их включённости в целостную деятельность субъекта. Именно поэтому в клинической практике можно наблюдать ситуации, когда формально сохранные функции не обеспечивают адекватного поведения или мышления вследствие нарушения системной интеграции.

Различие между системой и функциями имеет принципиальное значение для понимания психопатологии. Нарушение психической системы может проявляться как в виде дефицита отдельных функций, так и в виде их дискоординации, патологической гипертрофии или утраты регуляторных связей. В этом смысле симптом не является прямым отражением «поломки» функции, а выступает как маркер системного сбоя. Такой подход позволяет объяснить феномены, которые плохо укладываются в рамки локалистских или функционалистских моделей, включая парадоксальные сочетания сохранности и выраженной дезадаптации.

Системная концепция психики также позволяет по-новому осмыслить соотношение нормы и патологии. Норма в данном контексте определяется не отсутствием симптомов, а степенью интеграции и устойчивости психической системы. Патология, соответственно, рассматривается как нарушение системной организации, которое может проявляться на различных уровнях и с различной клинической выраженностью. Это объясняет существование компен-

сированных и субклинических форм психических расстройств, а также индивидуальные различия в адаптации при сходных клинических проявлениях.

Связь концепции психической системы с клинической практикой заключается прежде всего в изменении фокуса клинического мышления. Вместо поиска изолированных симптомов и их соотнесения с диагностическими критериями внимание врача переносится на анализ системной организации психики пациента. Клиническое интервью, оценка психического статуса и анализ анамнеза в этом случае рассматриваются как способы реконструкции структуры психической системы, её уровней, связей и динамики. Такой подход не отменяет традиционных методов диагностики, но придаёт им иное теоретическое основание.

Особое значение системная модель психики приобретает при анализе динамики психических расстройств. Изменение клинической картины во времени интерпретируется не как последовательность несвязанных состояний, а как отражение процессов реорганизации психической системы. Обострение, ремиссия, компенсация и декомпенсация рассматриваются как различные режимы функционирования системы, а не просто как вариации симптоматики. Это позволяет выстраивать более обоснованные прогнозы и индивидуализировать терапевтические стратегии.

Концепция психической системы также создаёт основу для интеграции различных уровней анализа — биологического, психологического и социального. Психическая система выступает как медиатор между нейробиологическими процессами и социальным поведением, обеспечивая перевод биологических и социальных воздействий в субъективный опыт и психическую деятельность. Такой взгляд позволяет избежать как биологического редукционизма, так и крайностей социологизации психических расстройств, сохраняя автономию психики как уровня организации.

Именно системное понимание психики делает возможным переход к формализации. Формальный язык может быть создан только для объекта, обладающего структурой и закономерностями. Психическая система, будучи описанной как иерархически организованная и динамическая целостность, становится таким объектом. Психкод, который будет введён в последующих главах, представляет собой попытку формализовать именно системную организацию психики, а не отдельные феномены или симптомы. Психпаспорт, в свою очередь, предназначен для фиксации индивидуальной конфигурации психической системы личности в клиническом и социальном контексте.

Таким образом, концепция психической системы выполняет в настоящей монографии роль онтологического фундамента. Она обеспечивает теоретическую непрерывность между критическим анализом ограничений современной психиатрии и разработкой формализованных инструментов психкода и психпаспорта. Без этого фундамента дальнейшие рассуждения неизбежно оказались бы либо описательными, либо редукционистскими, что противоречило бы заявленной цели создания строгого и воспроизводимого языка психиатрии.

2.2. Уровни, связи, интеграция

Понимание психической системы как онтологически самостоятельной и динамической целостности требует её структурного развертывания. Без экспликации уровней организации, типов связей и механизмов интеграции системное описание остаётся декларативным и не может быть использовано в клинической практике или формализации. Именно в этой точке теория психической системы приобретает операциональную значимость, позволяя перейти от общих философских положений к аналитической модели, пригодной для дальнейшей кодификации.

Уровневая организация психической системы представляет собой принципиальный момент, отличающий системный подход от феноменологического и симптомоцентрического. Психика не является однородным полем психических явлений; она структурирована по уровням, каждый из которых обладает относительной автономией, собственными функциями и закономерностями функционирования. Эти уровни не сводимы друг к другу и не могут быть адекватно описаны в терминах единого функционального языка. В то же время они образуют иерархически организованное целое, в рамках которого нижележащие уровни обеспечивают условия функционирования вышележащих, а вышележащие — задают регуляторные контуры для нижних.

Классическая психиатрия, как правило, фиксирует клинические проявления на поверхностных уровнях психической организации, преимущественно на уровне сознательных переживаний, поведения и речевой продукции. Однако такие проявления являются результатом взаимодействия более глубоких уровней системы, включая аффективно-мотивационные, регуляторные и личностно-структурные компоненты. Отсутствие явного разграничения уровней приводит к смешению причин и следствий в клиническом анализе, когда, например, поведенческие нарушения интерпретируются как первичные, игнорируя их системную обусловленность.

В рамках концепции психической системы уровни рассматриваются не как жёстко изолированные этажи, а как функционально связанные пласты организации, между которыми осуществляется непрерывный обмен информацией и регуляторными воздействиями. Такое понимание позволяет избежать как редукции сложных психических явлений к «базовым» уровням, так и гиперболизации автономии высших психических функций. Каждый уровень вносит собственный вклад в целостное функционирование системы и может становиться источником патологических изменений при нарушении его структуры или связей.

Связи между уровнями психической системы играют не менее важную роль, чем сами уровни. Именно характер связей определяет степень интеграции системы, её устойчивость и способность к адаптации. Связи могут носить вертикальный характер, обеспечивая иерархическую регуляцию и координацию между уровнями, и горизонтальный характер, связывая элементы одного уровня в функциональные конфигурации. Нарушение связей нередко оказывается клинически более значимым, чем изолированное поражение отдельных элементов.

Вертикальные связи обеспечивают нисходящую и восходящую регуляцию. С одной стороны, более высокие уровни психической организации формируют рамки интерпретации и контроля для процессов, происходящих на нижележащих уровнях. С другой стороны, изменения на базовых уровнях могут оказывать существенное влияние на функционирование высших психических структур. Эта двунаправленность регуляции имеет принципиальное значение для понимания психопатологии, поскольку позволяет объяснить как влияние биологических факторов на субъективный опыт, так и обратное воздействие психологических и социальных процессов на соматическое и нейробиологическое функционирование.

Горизонтальные связи, в свою очередь, обеспечивают согласованность элементов внутри одного уровня. Они формируют функциональные модули, устойчивые паттерны взаимодействия и типичные способы реагирования. Нарушение горизонтальных связей может приводить к фрагментации психической деятельности, утрате целостности переживаний и дезорганизации поведения. Клинически это проявляется в виде рассогласованности аффекта, мышления и поведения, что часто наблюдается при тяжёлых психических расстройствах.

Интеграция психической системы представляет собой результат согласованной работы уровней и связей. Интегрированная психическая система характеризуется способностью к саморегуляции, адаптации и поддержанию идентичности во времени. Интеграция не является статическим состоянием; она постоянно поддерживается за счёт динамических процессов

перераспределения ресурсов, компенсации и перестройки связей. В этом смысле психическая система ближе к понятию самоорганизующейся системы, чем к механической конструкции.

Клиническое значение интеграции проявляется в том, что степень интегрированности психической системы определяет выраженность симптомов, устойчивость к стрессу и эффективность терапевтических вмешательств. При высоком уровне интеграции даже значительные нарушения отдельных элементов могут компенсироваться за счёт сохранных связей и уровней. Напротив, при снижении интеграции незначительные по выраженности нарушения могут приводить к тяжёлой дезадаптации. Это объясняет клинические парадоксы, когда формально «лёгкие» расстройства сопровождаются выраженным нарушением функционирования, а тяжёлая симптоматика — относительно сохранной адаптацией.

Таким образом, уровни, связи и интеграция образуют трёхкомпонентный каркас психической системы. Их совместное рассмотрение позволяет перейти от описания отдельных феноменов к анализу структуры психической организации. Именно эта структура и станет в дальнейшем объектом формализации в виде психкода. В рамках настоящей подглавы закладываются основные координаты такого анализа, без которых последующие рассуждения о кодировании психики были бы методологически необоснованными.

Для придания системной модели психики клинической и методологической завершённости необходимо более детально рассмотреть уровневую организацию психической системы и те формы нарушений, которые возникают при расстройстве связей между уровнями и внутри них. Уровни психической системы не являются произвольно выделенными аналитическими слоями; они отражают устойчивые формы организации психической деятельности, исторически и онтогенетически сложившиеся в процессе развития человека.

На базовом уровне психическая система опирается на первичные регуляторные и аффективные процессы, обеспечивающие тонус, витальные реакции и элементарную ориентацию в среде. Эти процессы тесно связаны с нейробиологическими механизмами, однако не тождественны им. Уже на этом уровне психика проявляет относительную автономию, выражающуюся в субъективной окраске переживаний, аффективной реактивности и индивидуальных различиях эмоционального реагирования. Нарушения данного уровня нередко лежат в основе аффективных расстройств, тревожных состояний и соматоформных проявлений, однако клинически они часто маскируются симптомами более высоких уровней.

Следующий уровень психической системы связан с формированием устойчивых регуляторных паттернов, включающих мотивацию, целеполагание и контроль поведения. Здесь психика выступает как система, способная организовывать деятельность во времени и соотносить внутренние побуждения с требованиями внешней среды. Нарушения этого уровня проявляются в утрате целенаправленности, импульсивности, снижении произвольной регуляции и искажении мотивационной структуры. В традиционной психиатрии такие проявления нередко описываются в терминах отдельных симптомов, однако системный подход позволяет рассматривать их как следствие дисфункции определённого уровня организации психики.

Высшие уровни психической системы связаны с личностной организацией, самосознанием и символической регуляцией опыта. На этом уровне формируется интегративное «Я», обеспечивающее идентичность личности, непрерывность субъективного опыта и способность к рефлексии. Патология высших уровней проявляется в нарушениях идентичности, расщеплении самовосприятия, утрате критичности и искажении смыслообразования. Именно эти нарушения оказываются наиболее значимыми для клинической оценки тяжести психических расстройств, однако без системного анализа они часто смешиваются с симптомами иных уровней.

Клиническая интерпретация нарушений психической системы существенно меняется при учёте характера связей между уровнями. Нарушение вертикальных связей может приводить к тому, что сохранные высшие уровни утрачивают способность регулировать более примитивные аффективные и поведенческие реакции. В таких случаях наблюдается феномен

«соскальзывания» к более примитивным формам реагирования при формально сохранных когнитивных функциях. Обратная ситуация, при которой патологические процессы на базовых уровнях дезорганизуют высшие структуры, объясняет возникновение вторичных личностных и когнитивных нарушений при первично аффективных или соматизированных расстройствах.

Нарушения горизонтальных связей внутри одного уровня приводят к фрагментации психической деятельности. Клинически это может проявляться в рассогласованности аффекта и мышления, неадекватности эмоциональных реакций или парадоксальном сочетании сохранных и нарушенных функций. Такие феномены особенно характерны для тяжёлых эндогенных психических расстройств, где дезинтеграция системы становится ведущим патогенетическим фактором. Системный анализ позволяет в этих случаях говорить не о множественных «дефектах», а о нарушении координации элементов внутри уровня.

Механизмы интеграции психической системы заслуживают особого внимания, поскольку именно они определяют устойчивость личности и её способность к адаптации. Интеграция обеспечивается за счёт сложной сети связей, которые поддерживаются как биологическими, так и психологическими и социальными факторами. Психическая система постоянно балансирует между стабильностью и изменчивостью, сохраняя свою идентичность при одновременной способности к перестройке. Этот баланс нарушается при психических расстройствах, что приводит либо к ригидности и утрате адаптивности, либо к хаотической дезорганизации.

Системная интеграция имеет прямое отношение к понятию нормы. Нормальное психическое функционирование характеризуется не отсутствием симптомов, а достаточной степенью интеграции, позволяющей личности эффективно взаимодействовать с миром и сохранять субъективное чувство целостности. Патология в этом контексте представляет собой снижение уровня интеграции, которое может быть частичным, обратимым или прогрессирующим. Такое понимание нормы и патологии позволяет уйти от жёстких дихотомий и описывать психические состояния в терминах континуума системной организации.

Принципиальным следствием анализа уровней, связей и интеграции является возможность структурного сопоставления различных клинических состояний. Вместо сравнения пациентов по наличию или отсутствию симптомов становится возможным сопоставление по типу нарушений психической системы, уровню дезинтеграции и характеру поражённых связей. Это создаёт основу для индивидуализированной диагностики и терапии, а также для формализации психической реальности в виде психкода.

Таким образом, подглава 2.2 завершает переход от общего системного понимания психики к её структурному анализу. Выделение уровней, типов связей и механизмов интеграции формирует концептуальный каркас, на который в последующих главах будет наложен формальный язык психкода. Без этого каркаса кодирование психики неизбежно свелось бы к механической классификации феноменов, утратив связь с реальной психической организацией личности.

2.3. Почему код невозможен без онтологии

Попытка создать формальный код для описания психики неизбежно сталкивается с фундаментальным философским и методологическим вопросом о природе того объекта, который подлежит кодированию. Код, в строгом научном смысле, представляет собой систему символов и правил, однозначно соотносящихся с элементами реальности. Следовательно, кодирование возможно лишь в том случае, если сама реальность, на которую указывает код, обладает определённой структурой и онтологической определённостью. В отсутствие такой определён-

ности код утрачивает свою научную функцию и превращается в условный набор обозначений, не связанных с сущностными характеристиками объекта.

В психиатрии эта проблема приобретает особую остроту, поскольку психика традиционно описывается через феноменологические, клинические и интерпретативные конструкции, которые не всегда предполагают наличие устойчивой онтологической модели. Симптомы, синдромы и диагностические категории фиксируют наблюдаемые проявления, но не отвечают на вопрос о том, что именно они отражают на уровне организации психической реальности. В результате любые попытки формализации, не опирающиеся на онтологию психики, неизбежно воспроизводят поверхностный уровень описания и не выходят за рамки классификации феноменов.

История науки демонстрирует, что формальные языки возникают лишь тогда, когда объект исследования получает онтологическое осмысление. Математика, физика и химия стали формализуемыми дисциплинами не потому, что в них были изобретены удобные символы, а потому, что были выделены устойчивые сущности, отношения и законы, поддающиеся строгому описанию. Формализация в этих науках стала следствием онтологии, а не её заменой. Попытка инвертировать этот порядок — создать код без предварительного определения того, что именно кодируется, — неизбежно приводит к методологической несостоятельности.

В контексте психиатрии нередко предпринимаются попытки формализации симптомов, шкал и диагностических критериев. Такие формы кодификации широко используются в клинических исследованиях, статистике и цифровых медицинских системах. Однако они не затрагивают онтологического уровня, поскольку симптом в этих системах рассматривается как изолированный признак, а не как проявление определённой структуры психической системы. В результате код отражает не психическую реальность, а лишь способы её описания, принятые в конкретный исторический период.

Отсутствие онтологии приводит к тому, что один и тот же код может интерпретироваться по-разному в зависимости от контекста, клинической школы или исследовательской парадигмы. Это подрывает принцип однозначности, который является фундаментальным для любого формального языка. В психиатрии данное обстоятельство проявляется в низкой межэкспертной согласованности, вариабельности диагнозов и трудностях сопоставления клинических данных. Код, не опирающийся на онтологию, не устраняет субъективность, а лишь маскирует её под видимость формальной строгости.

Онтология психической системы, напротив, задаёт устойчивые основания для формализации. Рассматривая психику как иерархически организованную систему с уровнями, связями и механизмами интеграции, можно определить, какие элементы подлежат кодированию и каким образом они соотносятся между собой. В этом случае код фиксирует не произвольно выбранные признаки, а структурные характеристики психической реальности. Такая формализация сохраняет связь с клиническим опытом, но одновременно выводит его на уровень воспроизводимого знания.

Принципиальное отличие онтологически обоснованного кода от описательной классификации заключается в том, что код отражает структуру объекта, а не совокупность его проявлений. В психиатрии это означает переход от кодирования симптомов к кодированию уровней психической системы, типов связей и характера их нарушений. Симптом в таком коде занимает вторичное место и рассматривается как производное системных изменений. Это позволяет избежать редукции психической реальности к набору внешних признаков и сохранить целостность объекта исследования.

Следует подчеркнуть, что онтология в данном контексте не является абстрактной философской надстройкой, оторванной от клинической практики. Напротив, она вытекает из обобщения клинического опыта и служит его теоретическим выражением. Онтологическая модель психической системы позволяет интегрировать данные психического статуса, анамнеза и дина-

мического наблюдения в единую структуру, которая затем может быть формализована. Код, построенный на такой основе, становится инструментом клинического мышления, а не внешним по отношению к нему техническим приложением.

Таким образом, невозможность создания психкода без онтологии обусловлена не техническими, а принципиальными причинами. Формализация психики требует предварительного ответа на вопрос о том, что такое психика как объект научного знания. Без этого ответа кодирование неизбежно будет отражать лишь язык описаний, а не саму психическую реальность. Введение онтологии психической системы создаёт условия для преодоления этого ограничения и открывает возможность перехода к строгому и воспроизводимому языку психиатрии.

Принципиальное различие между формализацией феноменов и формализацией структуры является ключевым моментом для понимания ограничений существующих попыток кодификации в психиатрии. Формализация феноменов предполагает упорядочивание наблюдаемых признаков — симптомов, поведенческих паттернов, субъективных жалоб — в виде перечней, шкал или диагностических критериев. Такая формализация, безусловно, повышает воспроизводимость описаний и облегчает статистическую обработку данных, однако она не затрагивает глубинного уровня психической реальности. Феномен в этом случае выступает как первичный объект кодирования, тогда как его системная обусловленность остаётся вне поля формального анализа.

Формализация структуры, напротив, ориентирована на выявление и описание тех устойчивых элементов и связей, которые лежат в основе феноменологических проявлений. В рамках онтологии психической системы структура понимается как совокупность уровней организации, типов связей и механизмов интеграции, определяющих характер психической деятельности. Код, построенный на структурной основе, не фиксирует каждый феномен в отдельности, а указывает на то место в системе, из которого данный феномен проистекает. Это принципиально меняет статус кода: он перестаёт быть простым регистром признаков и становится моделью психической реальности.

Отсутствие онтологического основания приводит к появлению так называемых «псевдокодов» в психиатрии. К ним относятся многочисленные системы балльной оценки, чек-листы симптомов и цифровые профили, которые внешне напоминают формальные модели, но по своей сути остаются описательными. Они создают иллюзию точности и объективности, однако не обеспечивают однозначного соотнесения между кодом и реальной психической организацией пациента. В таких системах один и тот же набор баллов может соответствовать принципиально различным типам психической структуры, что делает код клинически и научно неоднозначным.

Критический анализ псевдокодов показывает, что их основное ограничение заключается в подмене онтологии операционализацией. Вместо ответа на вопрос о том, что представляет собой психика как система, предлагается набор процедур для её измерения. Эти процедуры могут быть полезны в прикладных задачах, однако они не формируют целостного представления о психической реальности. В результате кодирование превращается в техническую операцию, оторванную от теоретического понимания объекта, и не может служить основой для развития психиатрии как строгой науки.

Онтологически обоснованный психкод принципиально отличается от таких подходов. Он не начинается с симптомов, шкал или диагностических категорий, а выводится из системной модели психики. В этом смысле психкод является вторичным по отношению к онтологии и не может быть создан независимо от неё. Его элементы соответствуют не произвольно выделенным признакам, а структурным компонентам психической системы, которые обладают относительной устойчивостью и воспроизводимостью. Это обеспечивает однозначность интерпретации кода и его сопоставимость между различными пациентами и клиническими контекстами.

Важно подчеркнуть, что онтологическая обусловленность психкода не исключает его динамического характера. Напротив, системная онтология позволяет формализовать изменения психической структуры во времени, фиксируя переходы между различными состояниями системы. Такой код способен отражать не только текущее состояние психики, но и её историю, тенденции развития и потенциальные точки уязвимости. В отличие от статических классификаций, онтологически выведенный код сохраняет связь с процессуальной природой психической жизни.

Связь психкода с онтологией психической системы имеет также принципиальное значение для его клинической применимости. Код, отражающий структуру психики, может быть использован как инструмент клинического мышления, помогая врачу видеть за симптомами системные закономерности. Он становится средством интеграции данных психического статуса, анамнеза и динамического наблюдения, а не их механической суммой. Это создаёт условия для индивидуализированной диагностики и терапии, выходящей за рамки нозологического подхода.

Таким образом, утверждение о невозможности кода без онтологии носит не декларативный, а строго методологический характер. Формальный язык психиатрии может быть создан лишь при наличии чётко определённого объекта формализации. Онтология психической системы выполняет функцию такого определения, задавая границы, структуру и внутреннюю логику психической реальности. Психкод в этом контексте предстает как необходимое следствие системной онтологии, а не как самостоятельное изобретение.

Завершая данную подглаву, можно констатировать, что переход от описательной психиатрии к формализованной невозможен без предварительного онтологического шага. Психкод, лишённый онтологического основания, неизбежно превращается в псевдоформу, тогда как психкод, выведенный из концепции психической системы, открывает возможность создания нового языка психиатрии. Этот вывод подготавливает переход к следующей подглаве, в которой психкод будет рассмотрен уже не как абстрактная возможность, а как производная системной модели психики.

2.4. Психкод как производная системной модели

После введения онтологии психической системы и анализа её уровней, связей и механизмов интеграции возникает закономерный вопрос о форме представления этой онтологии в клиническом и научном языке. Если психика понимается как структурированная и динамическая система, то её описание не может ограничиваться нарративными или феноменологическими формами. Возникает необходимость в языке, который позволял бы фиксировать системную организацию психики компактно, однозначно и воспроизводимо. Психкод в этом контексте выступает не как произвольное нововведение, а как логическое следствие системной модели психической реальности.

Производный характер психкода означает, что он не обладает собственной онтологией и не претендует на замену теории психической системы. Напротив, психкод является вторичным по отношению к системной модели и выполняет функцию её формального выражения. Подобно тому, как математическая запись не создаёт физический закон, а лишь фиксирует его структуру, психкод не создаёт психическую реальность, а отражает уже заданную онтологию психической системы. Это принципиально отличает психкод от диагностических классификаций и психометрических шкал, которые нередко подменяют собой теоретическое понимание объекта.

Связь психкода с системной моделью проявляется, прежде всего в том, что элементами психкода становятся не симптомы и не диагнозы, а структурные компоненты психической

системы. Уровни организации, типы связей, характер интеграции и формы нарушений — именно эти параметры подлежат кодированию. Симптоматика в таком подходе рассматривается как эмпирическое подтверждение или клиническое выражение определённой системной конфигурации, но не как исходная единица анализа. Это позволяет принципиально изменить направление клинического мышления — от феномена к структуре, а не наоборот.

Психкод, выведенный из системной модели, обладает иерархической организацией, отражающей иерархию самой психической системы. На верхних уровнях кода фиксируются базовые характеристики системной организации личности, такие как степень интеграции, тип доминирующих связей и устойчивость регуляторных контуров. На более низких уровнях отражаются частные нарушения, функциональные модули и динамические изменения. Такая структура кода позволяет одновременно сохранять целостный взгляд на психическую систему и детализировать её отдельные элементы без утраты системного контекста.

Производность психкода от системной модели также обеспечивает его клиническую валидность. Код не существует сам по себе и не требует отдельной интерпретации; его значения соотносятся с понятиями, уже укоренёнными в клиническом мышлении, но приведёнными в системный порядок. Врач, использующий психкод, не заменяет клинический анализ механическим заполнением форм, а, напротив, получает инструмент для структурирования собственного клинического понимания пациента. Психкод в этом смысле является не альтернативой клиническому мышлению, а его формализованным продолжением.

Важно подчеркнуть, что психкод не является универсальным описанием личности в философском или антропологическом смысле. Его задача ограничена рамками психиатрии и клинической психологии и состоит в формализации психической системы как объекта медицинского и научного анализа. Производный характер психкода накладывает на него строгие ограничения: он не может выходить за пределы тех аспектов психики, которые описываются системной моделью, и не претендует на описание всей полноты человеческого опыта. Это ограничение является не недостатком, а условием научной строгости.

Отношение психкода к диагностическим системам МКБ 10/11 также определяется его производностью от онтологии психической системы. Диагноз в этом контексте рассматривается как частный и внешне заданный срез, который может быть наложен на психкод, но не определяет его структуру. Один и тот же психкод может соответствовать различным диагностическим формулировкам в зависимости от клинической фазы, контекста и целей оценки. Таким образом, психкод не отменяет диагноз, но помещает его в более широкий и теоретически обоснованный контекст.

Производный характер психкода позволяет также решать проблему сопоставимости пациентов, рассмотренную в предыдущей главе. Поскольку код фиксирует структуру психической системы, а не только её клинические проявления, становится возможным сопоставление различных пациентов по типу системной организации, степени интеграции и характеру нарушений. Это создаёт основу для более точной стратификации клинических групп, индивидуализации терапии и развития научных исследований, ориентированных на структуру, а не только на феноменологию.

Таким образом, психкод следует рассматривать как формальный язык, строго выведенный из системной модели психической реальности. Его производность от онтологии психической системы обеспечивает теоретическую непротиворечивость, клиническую валидность и методологическую строгость. В рамках данной подглавы психкод ещё не раскрывается в своих структурных деталях, однако уже на этом этапе становится очевидно, что он не может быть создан иначе как на основе системной модели психики.

Переход от системной модели психической реальности к формальному языку психкода требует чёткого различения понятий «модель» и «код». Системная модель представляет собой теоретическую конструкцию, предназначенную для объяснения устройства и функционирова-

ния психической системы. Она включает в себя онтологические допущения, концептуальные связи и интерпретационные рамки, которые не всегда могут быть сведены к формальным обозначениям. Модель по своей природе допускает определённую степень описательности и гибкости, поскольку она ориентирована на понимание и объяснение.

Код, напротив, предназначен не для объяснения, а для фиксации. Его задача заключается в однозначном и компактном представлении структурных характеристик объекта в форме, пригодной для сопоставления, хранения и обработки. В этом смысле код является инструментом вторичного уровня, который опирается на уже сформированную модель и не может существовать автономно. Попытка заменить модель кодом приводит к утрате объяснительной силы и превращает формализацию в техническую процедуру без теоретического содержания.

Производный характер психкода проявляется также в том, что он не воспроизводит системную модель целиком, а отражает лишь те её элементы, которые поддаются формализации без потери клинического смысла. Не все аспекты психической реальности могут быть адекватно закодированы, и системная модель позволяет заранее определить границы допустимой формализации. Психкод фиксирует уровни психической системы, характер их связей и типы системных нарушений, оставляя за пределами кода уникальные субъективные переживания и экзистенциальные смыслы, которые не поддаются строгой кодификации.

Процесс перехода от модели к коду предполагает операционализацию системных понятий без их редукции. Уровни психической системы в психкоде получают формальные обозначения, однако эти обозначения сохраняют связь с клиническими и теоретическими характеристиками уровня. Аналогичным образом типы связей и формы интеграции переводятся в кодируемые параметры, которые могут быть использованы для сопоставления различных клинических случаев. Такая операционализация отличается от традиционной психометрии тем, что она исходит из онтологической структуры психики, а не из эмпирически выделенных корреляций.

Особое значение имеет различие между кодом как языком и кодом как классификацией. Психкод не предназначен для группировки пациентов по заранее заданным категориям; его функция заключается в описании индивидуальной конфигурации психической системы. Каждый психкод представляет собой уникальное сочетание структурных параметров, отражающих конкретную личность в определённый момент времени. Это сближает психкод с языком описания, а не с системой таксономии, и позволяет использовать его для индивидуализации клинического подхода.

Производность психкода от системной модели обеспечивает его совместимость с другими формами клинического знания. Психический статус, анамнез жизни и заболевания, данные динамического наблюдения могут быть интегрированы в психкод без утраты их клинического значения. Код в этом случае выступает как средство структурирования разнородной информации, а не как её замена. Это принципиально важно для сохранения преемственности между традиционной клинической психиатрией и предлагаемой формализованной моделью.

Завершая анализ психкода как производной системной модели, следует подчеркнуть, что его введение не является отказом от феноменологического и клинического подходов. Напротив, психкод предполагает их теоретическое переосмысление и включение в более строгую методологическую рамку. Феномены и симптомы сохраняют своё значение как клинические индикаторы, однако их интерпретация осуществляется через призму системной организации психики, а не в изоляции друг от друга.

Подглава 2.4 тем самым завершает логическую линию ЧАСТИ I, в которой были последовательно рассмотрены методологические и онтологические основания формализации психики. От критики донаучного характера психиатрии и ограничений классификационного подхода исследование приходит к системной модели психической реальности и выводу о необходимости психкода как её формального выражения. Этот вывод подготавливает переход к ЧАСТИ II,

где психкод будет рассмотрен уже не как следствие онтологии, а как самостоятельный объект теоретического и структурного анализа.

Глава 3. От феномена к идентификатору

3.1. Феномен → симптом → структура → код

Клиническая психиатрия исторически формировалась как наука наблюдения. Её исходной точкой всегда был феномен — непосредственно переживаемое, наблюдаемое или сообщаемое пациентом психическое явление. Феноменологическое описание, начиная с классических работ конца XIX — начала XX века, рассматривалось как основа клинического понимания психических расстройств. Именно феномен, как первичная данность психического опыта, становился объектом внимания врача и исходным материалом для последующей интерпретации.

Однако феномен по своей природе является единичным, контекстуально обусловленным и во многом субъективным. Он возникает в конкретной ситуации, в определённый момент времени и не обладает устойчивостью вне этого контекста. Один и тот же феномен может иметь различное клиническое значение в зависимости от структуры личности, жизненной ситуации и динамики психического состояния. В этом смысле феномен представляет собой необходимый, но методологически недостаточный уровень описания психической реальности.

Для преодоления этой ограниченности в клинической практике был введён следующий уровень обобщения — симптом. Симптом представляет собой феномен, выделенный из потока субъективных переживаний и интерпретированный в рамках клинического языка. Он предполагает повторяемость, типичность и относительную независимость от конкретного контекста наблюдения. Симптом становится единицей клинического анализа, позволяющей врачу сопоставлять различные случаи и формировать диагностические суждения.

Переход от феномена к симптому уже является актом интерпретации. Он требует от клинициста включения наблюдаемого явления в систему медицинских представлений о норме и патологии. На этом этапе субъективность феноменологического описания частично нивелируется за счёт использования общепринятых терминов и критериев. Тем не менее симптом по-прежнему остаётся описательной категорией, фиксирующей внешнее проявление психического процесса, но не раскрывающей его внутреннюю организацию.

Классическая психиатрия, включая современные классификационные системы, в значительной степени останавливается именно на уровне симптомов и их сочетаний. Синдромы и диагностические категории представляют собой дальнейшие формы агрегирования симптомов, однако принципиально не выходят за пределы феноменологически-описательного подхода. Симптомы объединяются по принципу частоты совместного появления или клинической традиции, но их системная обусловленность остаётся нераскрытой.

Ограниченность симптомоцентрического подхода становится особенно очевидной при анализе клинической гетерогенности. Один и тот же симптом может наблюдаться при различных психических расстройствах и иметь различное патогенетическое значение. Напротив, принципиально разные симптомы могут быть проявлениями одного и того же структурного нарушения психической системы. Без выхода за пределы симптома клиническое мышление оказывается вынужденным оперировать внешними признаками, не имея доступа к уровню их системной организации.

Переход от симптома к структуре представляет собой качественный методологический скачок. Под структурой в данном контексте понимается не совокупность симптомов, а способ организации психической системы, включающий уровни, связи и механизмы интеграции. Структура задаёт условия возникновения симптомов, определяет их сочетания и динамику, а также объясняет их клиническую устойчивость или изменчивость. Симптом в этом подходе

рассматривается как индикатор структурного состояния системы, а не как автономная единица анализа.

Структурный анализ позволяет преодолеть парадокс, с которым сталкивается клиницист при симптомоцентрическом подходе: наличие выраженной симптоматики при относительной сохранности адаптации или, напротив, минимальные симптомы при глубокой дезорганизации личности. Эти клинические наблюдения находят объяснение только в том случае, если в поле анализа вводится структура психической системы и степень её интеграции. Таким образом, структура становится тем уровнем, на котором психиатрическое знание приобретает объяснительную силу.

Однако сама по себе структура, оставаясь в форме теоретического описания, ещё не решает проблему формализации и сопоставимости. Для того чтобы структурное понимание психики могло быть использовано в клинической практике, научных исследованиях и цифровых системах, необходимо представить его в виде формального языка. Именно здесь возникает следующий этап — код. Кодирование структуры психической системы позволяет зафиксировать её ключевые параметры в однозначной и воспроизводимой форме, не сводя их к набору феноменов или симптомов.

Таким образом, логическая цепочка «феномен → симптом → структура → код» отражает не произвольную последовательность аналитических шагов, а исторически и методологически обусловленный путь развития психиатрического знания. Каждый следующий уровень не отменяет предыдущий, но переосмысливает его и включает в более широкий контекст. Феномен остаётся исходной клинической данностью, симптом — рабочей единицей наблюдения, структура — уровнем объяснения, а код — формой формализации этого объяснения.

Методологические границы феноменологического подхода становятся особенно очевидными при попытке использовать его в качестве основания для строгой научной идентификации психических состояний. Феноменология, как подчёркивал К. Ясперс, ориентирована на описание переживаний «изнутри», на понимание субъективного смысла психических явлений. Однако сама по себе феноменология не отвечает на вопрос о том, почему феномены возникают именно в такой форме и в таком сочетании, а также какие устойчивые закономерности лежат в основе их повторяемости. В результате феноменологическое описание остаётся на уровне понимания, но не объяснения.

Симптомоцентризм, возникший как попытка преодолеть субъективность феноменологии, унаследовал её фундаментальное ограничение. Симптом, несмотря на свою клиническую формализацию, по-прежнему фиксирует внешнее проявление психического процесса. Он абстрагирован от индивидуального контекста, но не укоренён в модели психической организации. Это приводит к парадоксальной ситуации: чем более строго и детально описываются симптомы, тем менее ясно становится, что именно они отражают на уровне психической реальности. Симптомы начинают жить собственной классификационной жизнью, отрываясь от структуры личности.

Критика симптомоцентризма не означает отрицания его практической ценности. Симптом остаётся необходимым элементом клинической диагностики и коммуникации. Однако превращение симптома в центральную и самодостаточную единицу анализа приводит к утрате целостного взгляда на психику. Клиническое мышление начинает двигаться от симптома к симптому, от шкалы к шкале, не выходя на уровень объяснения. Именно на этом этапе психиатрия сталкивается с феноменом «распада пациента» на набор диагностических признаков.

Переход к структурному уровню анализа представляет собой попытку восстановить утраченную целостность. Структура психической системы выступает как интегративное звено между единичным феноменом и обобщающим диагнозом. Она позволяет связать наблюдаемые симптомы с определённым типом организации психики, объяснить их устойчивость, изменчи-

вость и клиническое значение. Структурный анализ не отрицает феноменологию, но помещает её в контекст системной организации психики.

На структурном уровне становится возможным различение симптомов, имеющих разное патогенетическое значение при внешнем сходстве. Один и тот же симптом, например тревога или нарушение мышления, может быть проявлением различных структурных конфигураций психической системы. В одном случае он отражает локальное функциональное напряжение при сохранной интеграции личности, в другом — глубокую дезорганизацию регуляторных и смысловых уровней. Без структурного анализа эти различия остаются неразличимыми, что ведёт к диагностическим и терапевтическим ошибкам.

Однако структура, оставаясь на уровне теоретического описания, всё ещё не решает задачу идентификации. Структурное описание, представленное в нарративной форме, трудно сопоставимо между разными специалистами, клиническими школами и временными срезами. Оно требует высокой квалификации интерпретатора и неизбежно содержит элементы субъективности. Для того чтобы структура психической системы могла стать объектом строгого научного анализа и цифровой обработки, она должна быть представлена в формализованном виде.

Именно на этом этапе возникает необходимость перехода от структуры к коду. Код выступает как идентификатор структуры, позволяющий зафиксировать её ключевые параметры в однозначной и воспроизводимой форме. В отличие от симптома, код не описывает внешнее проявление, а указывает на тип системной организации и характер её нарушений. В отличие от диагноза, код не сводит пациента к нозологической категории, а сохраняет информацию об индивидуальной конфигурации психической системы.

Психкод, таким образом, является не альтернативой феномену или симптому, а их логическим продолжением на более высоком уровне абстракции. Он интегрирует феноменологические данные и симптоматические описания в структурную модель и фиксирует эту модель в формальном виде. Это позволяет перейти от описания к идентификации — от вопроса «что наблюдается?» к вопросу «какая психическая система стоит за наблюдаемым?».

Введение идентификатора в психиатрии имеет принципиальные методологические последствия. Идентификатор позволяет сопоставлять различные клинические состояния, отслеживать динамику изменений и интегрировать данные из разных источников. Он создаёт возможность для формирования психиатрии, ориентированной не только на диагностику заболеваний, но и на идентификацию психической системы личности. Именно этот переход подготавливает дальнейшее обсуждение проблемы «потери человека» в классификациях и вопроса уникальности личности как научной категории.

Переход от структуры к идентификатору знаменует собой принципиально новый этап в развитии психиатрического знания. Если структура отвечает на вопрос о способе организации психической системы, то идентификатор вводит возможность её формального различения и сопоставления. Идентификатор не является описанием в традиционном смысле этого слова; он представляет собой условное, но строго определённое обозначение, позволяющее зафиксировать уникальную конфигурацию психической системы в конкретный момент времени.

В отличие от феномена и симптома, которые могут повторяться у разных людей, и даже в отличие от структуры, которая может быть типологически сходной, идентификатор ориентирован на индивидуальность. Он фиксирует не только тип структурной организации, но и её конкретную реализацию у данного человека. Тем самым психкод выступает как форма научной идентификации личности в психиатрическом смысле, не сводимая ни к нозологическому диагнозу, ни к психологическому профилю.

Методологически важно подчеркнуть, что идентификатор не уничтожает клиническую сложность, а, напротив, защищает её от произвольной редукции. Введение психкода не означает отказа от феноменологического описания или клинической интерпретации. Напротив, код возможен только при условии предварительного анализа феноменов и симптомов, а также

реконструкции структурной организации психической системы. Идентификатор выступает как итог многоуровневого клинического и теоретического анализа, а не как его замена.

Психкод тем самым отличается от любых форм цифрового упрощения психиатрического знания. Он не является шкалой, баллом или индексом, поскольку не сводит психическое состояние к количественному показателю. Его функция заключается в сохранении структурной информации при одновременном обеспечении формальной строгости. Это делает психкод пригодным для использования в научных исследованиях, клинической практике и цифровых системах без утраты клинического смысла.

Особое значение имеет то, что идентификатор вводит временное измерение в описание психической системы. Психкод может быть динамическим, отражая изменения структуры во времени. Это позволяет рассматривать психическое состояние не как статичную характеристику, а как процесс, развивающийся в контексте биографии, терапии и социальных условий. Таким образом, психкод становится инструментом не только идентификации, но и мониторинга психической динамики.

Завершая анализ логической цепочки «феномен → симптом → структура → код», следует подчеркнуть, что она отражает не только методологическую эволюцию психиатрии, но и смену научной парадигмы. Психиатрия перестаёт быть дисциплиной, описывающей набор признаков и классифицирующей заболевания, и становится наукой, идентифицирующей психические системы. В этом контексте психкод выступает как новый язык, позволяющий говорить о психической реальности с большей точностью, чем это было возможно в рамках исключительно феноменологического или симптомоцентрического подхода.

Подглава 3.1 тем самым подготавливает переход к следующим разделам главы, где будет рассмотрена проблема утраты индивидуальности в существующих классификациях и обоснована необходимость признания уникальности личности как самостоятельной научной категории. Эти вопросы логически вытекают из анализа идентификатора и требуют дальнейшего методологического углубления.

3.2. Проблема «потери человека» в классификациях

Современная психиатрия в значительной степени опирается на классификационные системы, которые призваны обеспечить унификацию диагностики, сопоставимость клинических данных и стандартизацию научных исследований. Международные классификации психических и поведенческих расстройств, включая МКБ 10/11, выполняют важную регулятивную и коммуникативную функцию, создавая общий язык для специалистов различных стран и клинических школ. Однако именно в рамках классификационного подхода наиболее отчётливо проявляется фундаментальная методологическая проблема, которую можно обозначить как «потерю человека» в процессе диагностики.

Под «потерей человека» в данном контексте понимается не этическая абстракция и не риторический приём, а конкретный научно-методологический феномен. Речь идёт о том, что в процессе классификации психическое состояние личности редуцируется до набора диагностических критериев, лишённых индивидуального контекста и системной целостности. Диагноз, будучи инструментом медицинской коммуникации, неизбежно заменяет собой личность пациента, становясь её основным идентификатором в клиническом и социальном пространстве.

Исторически эта редукция была обусловлена стремлением психиатрии приблизиться к стандартам естественных наук. Классификационный подход заимствовал логику нозологического мышления из соматической медицины, где заболевание рассматривается как относительно автономная сущность, существующая независимо от индивидуальных особенностей пациента. Однако психическая реальность по своей природе не поддаётся подобному разделе-

нию. Психическое расстройство не существует вне личности, её биографии, системы отношений и внутренней организации психики.

Тем не менее в классификационных системах диагноз формируется как обобщённая категория, основанная на наличии или отсутствии определённых симптомов. Этот подход предполагает, что клиническая реальность может быть адекватно представлена через бинарную или квази-бинарную логику диагностических критериев. В результате индивидуальная конфигурация психической системы оказывается вторичной по отношению к формальному соответствию диагностическому шаблону. Пациент становится «носителем диагноза», а не уникальной психической системой.

Особую роль в этом процессе играет синдромологический принцип, лежащий в основе большинства классификаций. Синдромы формируются как устойчивые сочетания симптомов, что позволяет описывать клинические картины с высокой степенью повторяемости. Однако синдром, будучи промежуточным звеном между симптомом и диагнозом, также не учитывает структурную организацию психики. Он фиксирует внешнюю конфигурацию проявлений, но не раскрывает внутренние механизмы их возникновения и взаимосвязи.

В практической клинической работе это приводит к парадоксальной ситуации, когда два пациента с одинаковым диагнозом могут иметь принципиально различную психическую организацию, прогноз и терапевтический ответ. Напротив, пациенты с разными диагнозами могут демонстрировать сходные структурные нарушения психической системы. Классификация в этом случае перестаёт быть инструментом понимания и превращается в средство административного и статистического учёта.

Проблема усугубляется тем, что классификационные системы по своей природе статичны. Диагноз фиксирует состояние в определённый момент времени, не отражая динамику психической системы и её изменений под влиянием терапии, жизненных событий и внутренних процессов. Хотя МКБ-11 предприняла попытку учёта континуальности и спектральности психических расстройств, сама логика классификации по-прежнему остаётся ориентированной на категориальное мышление. Динамика личности оказывается вынесенной за пределы диагностического языка.

Редукция личности к диагнозу имеет не только методологические, но и клинико-этические последствия. Диагноз начинает выполнять функцию социальной идентификации, влияя на самооценку пациента, его правовой статус и доступ к различным формам социальной поддержки. В этом смысле классификация выходит за рамки медицинского инструмента и становится фактором социального конструирования идентичности. Человек начинает восприниматься как окружающими, так и самим собой через призму диагностической категории.

Следует подчеркнуть, что данная проблема не является следствием ошибок конкретных классификаций или недостаточной точности диагностических критериев. Она имеет принципиальный характер и связана с самой логикой классификационного подхода. Любая классификация предполагает абстрагирование от индивидуальных различий ради выявления общих признаков. В психиатрии это абстрагирование неизбежно затрагивает саму сущность объекта исследования личность как целостную психическую систему.

В этом контексте становится очевидным, что дальнейшее развитие психиатрии невозможно без переосмысления роли классификаций и их места в системе клинического знания. Классификация может оставаться необходимым инструментом для статистики, эпидемиологии и административных задач, однако она не может претендовать на роль основного средства идентификации психической реальности. Для этого требуется иной уровень описания, способный сохранить индивидуальность личности при одновременной формальной строгости.

Именно здесь возникает необходимость перехода от классификации к идентификации. В отличие от классификации, которая распределяет объекты по группам, идентификация направлена на различение уникальных конфигураций. Психкод, как будет показано в после-

дующих главах, представляет собой попытку преодолеть редукционизм классификационного мышления и вернуть человека в центр психиатрического анализа. Он не отменяет диагноз, но лишает его статуса главного и единственного идентификатора личности.

Критический анализ международных классификаций психических расстройств позволяет более точно понять механизмы, посредством которых происходит редукция личности до диагностической категории. МКБ-10, будучи продуктом компромисса между клинической традицией и требованиями статистической воспроизводимости, закрепила симптомоцентрический и синдромологический подход в качестве основного принципа диагностики. Диагностические критерии в ней построены таким образом, чтобы минимизировать вариативность клинической интерпретации, однако эта минимизация достигается за счёт исключения индивидуального контекста психической организации.

МКБ-11 декларирует более современный и гибкий подход, включая признание континуальности психических расстройств, спектральных моделей и большего внимания к клиническому суждению. Тем не менее даже в обновлённой версии классификация сохраняет свою базовую структуру: диагноз по-прежнему определяется соответствием набору критериев, а не реконструкцией психической системы личности. Формальные улучшения не устраняют фундаментального ограничения — невозможности описать индивидуальную психическую реальность в рамках категориальной таксономии.

Особенно наглядно проблема «потери человека» проявляется в клинических ситуациях с коморбидной симптоматикой. Современные классификации допускают множественные диагнозы, однако это решение лишь усугубляет фрагментацию клинической картины. Личность пациента оказывается представленной в виде совокупности диагнозов, каждый из которых описывает отдельный фрагмент психической реальности. Вместо целостного понимания психической системы формируется мозаичная модель, в которой отсутствует интегративный центр.

Клиническая практика показывает, что пациенты с идентичными диагностическими наборами могут принципиально различаться по уровню личностной интеграции, способности к саморегуляции и прогнозу. Эти различия не находят отражения в классификационном языке и вынуждают клинициста полагаться на неформализованное «клиническое чутьё». Таким образом, ключевая информация о психической организации личности оказывается вытесненной за пределы официального диагностического описания.

Дополнительным фактором редукции является трансформация диагноза в универсальный социальный маркер. В условиях медицинских, юридических и страховых систем диагноз используется как основание для принятия решений, не связанных напрямую с клинической реальностью. Диагностическая категория начинает выполнять функцию ярлыка, определяющего социальный статус человека. При этом индивидуальные особенности психической системы, ресурсы и компенсаторные механизмы остаются невидимыми для институциональных структур.

С методологической точки зрения диагноз в классификационной системе представляет собой категорию, а не идентификатор. Он предназначен для группирования случаев, а не для их различения. Однако в реальной практике диагноз фактически подменяет собой идентификацию личности. Это противоречие между предназначением и использованием диагноза лежит в основе системной ошибки современной психиатрии: инструмент группирования используется как средство индивидуального описания.

Следует подчеркнуть, что проблема «потери человека» не может быть решена путём бесконечного уточнения диагностических критериев или расширения перечня категорий. Любая попытка включить индивидуальность в классификацию неизбежно приводит либо к чрезмерной усложнённости системы, либо к утрате её воспроизводимости. Классификация и индивидуальность находятся в методологическом напряжении, которое не может быть снято в рамках одной и той же логики.

Осознание этого ограничения требует принципиального разведения функций диагностики и идентификации. Диагноз может и должен сохраняться как инструмент клинической коммуникации и научной стандартизации. Однако идентификация психической системы личности должна осуществляться на ином уровне — уровне, который допускает формализацию без редукции индивидуальности. Именно здесь возникает необходимость в концепции психкода как дополнительного, а не альтернативного инструмента психиатрического знания.

Переход к новой форме идентификации не означает отказа от существующих классификаций. Речь идёт о смене иерархии: диагноз перестаёт быть центральной осью клинического описания и становится частным срезом более широкой системной модели. Психкод в этом контексте выступает как средство фиксации индивидуальной структуры психической системы, внутри которой диагноз занимает подчинённое и контекстуально обусловленное место.

Таким образом, проблема «потери человека» в классификациях указывает не на кризис конкретных диагностических систем, а на исчерпанность классификационной парадигмы как основы идентификации психической реальности. Решение этой проблемы возможно лишь через введение нового уровня описания, способного соединить формальную строгость с сохранением индивидуальной целостности личности.

Постановка вопроса об идентификации вместо классификации является не риторическим жестом, а методологически необходимым шагом, вытекающим из ограничений современной психиатрической таксономии. Классификация по определению ориентирована на выявление общих признаков и отнесение индивидуальных случаев к типологическим группам. В психиатрии же объектом исследования является психическая реальность, не существующая вне конкретной личности. Следовательно, применение классификационного принципа как основного инструмента описания неизбежно приводит к утрате индивидуальной целостности.

Идентификация, в отличие от классификации, направлена не на группирование, а на различение. Она предполагает фиксацию уникальной конфигурации признаков, характеризующих конкретный объект. В контексте психиатрии идентификация означает описание психической системы личности таким образом, чтобы она могла быть отличима от других, даже при наличии сходных симптомов или диагнозов. Это различение не носит ценностного или иерархического характера, а имеет сугубо научный и клинический смысл.

Смена акцента с классификации на идентификацию требует иного понимания роли диагноза. Диагноз перестаёт быть центральной формой знания о пациенте и превращается в один из элементов описания психической системы. Он сохраняет свою значимость для медицинской коммуникации, правового регулирования и статистики, однако утрачивает претензию на исчерпывающее описание психической реальности. В этом смысле диагноз становится частным срезом, а не итогом клинического анализа.

Психкод, как формализованный идентификатор психической системы, возникает именно в этом методологическом пространстве. Его задача заключается не в замене классификаций, а в их концептуальном переосмыслении. Психкод фиксирует структурные параметры психической системы личности, включая уровни организации, характер связей и степень интеграции. Тем самым он позволяет описывать индивидуальную психическую реальность без сведения её к набору диагностических категорий.

Важно подчеркнуть, что идентификация с помощью психкода не отменяет феноменологического и клинического подходов. Напротив, она предполагает их углубление и систематизацию. Феномены и симптомы сохраняют своё значение как исходные данные, однако их интерпретация осуществляется не в логике классификации, а в логике реконструкции структуры психической системы. Психкод выступает как форма итоговой фиксации этой реконструкции.

С этической точки зрения переход к идентификации также имеет принципиальное значение. Возвращение личности в центр психиатрического описания снижает риск стигматизации и способствует более ответственному использованию диагностических категорий. Человек

перестаёт быть «носителем диагноза» и вновь становится субъектом с уникальной психической организацией, динамикой и потенциалом изменений. Это создаёт предпосылки для более индивидуализированного и гуманного клинического подхода.

Завершая анализ проблемы «потери человека» в классификациях, следует отметить, что данная проблема не является следствием недостатков отдельных классификационных систем. Она отражает более глубокий кризис парадигмы, в рамках которой классификация выполняет функцию идентификации. Выход из этого кризиса возможен лишь через введение нового уровня описания, способного соединить формальную строгость с сохранением индивидуальной целостности психической системы личности.

Подглава 3.2 тем самым логически подводит к следующему разделу главы, в котором уникальность личности будет рассмотрена как самостоятельная научная категория. Психкод в этом контексте предстаёт не только как технический инструмент, но и как методологическое основание новой формы психиатрического знания, ориентированного на идентификацию, а не редукцию человека.

3.3. Уникальность личности как научная категория

Проблема уникальности личности традиционно рассматривалась в гуманитарных и философских дисциплинах как область, плохо поддающаяся строгой научной формализации. В психиатрии же она длительное время находилась на периферии методологического внимания, поскольку противоречила базовым принципам классификационного и нозологического мышления. Научная психиатрия, стремясь к воспроизводимости и стандартизации, была вынуждена оперировать обобщёнными категориями, что неизбежно приводило к исключению уникальности как самостоятельного объекта анализа.

Однако по мере накопления клинического материала и усложнения представлений о психической реальности становится очевидным, что уникальность личности не является лишь философской абстракцией или побочным эффектом индивидуальных различий. Она представляет собой объективное свойство психической системы, выражающееся в неповторимой конфигурации уровней, связей и механизмов интеграции. В этом смысле уникальность может и должна рассматриваться как научная категория, подлежащая описанию, анализу и формализации.

Классическое противостояние между индивидуальным и типологическим в психиатрии во многом основано на ложной дихотомии. Типологическое мышление предполагает, что научность возможна только при отказе от индивидуального, тогда как индивидуальное описание воспринимается как субъективное и несистематизируемое. Однако современное системное мышление позволяет рассматривать уникальность не как отрицание типологии, а как её развитие на более высоком уровне абстракции. Уникальность личности возникает не вопреки системной организации психики, а благодаря ей.

Системный подход к психической реальности позволяет переосмыслить понятие уникальности как результат взаимодействия универсальных принципов и индивидуальной истории развития. Психическая система формируется на основе общих закономерностей нейробиологического, психологического и социального уровней, однако конкретная реализация этих закономерностей всегда индивидуальна. Таким образом, уникальность личности представляет собой не произвольное отклонение от нормы, а закономерный итог системной дифференциации.

В клинической практике уникальность личности проявляется прежде всего в различии реакций на сходные внешние и внутренние воздействия. Пациенты с аналогичной симптоматикой и даже идентичными диагнозами могут демонстрировать принципиально разные формы

адаптации, устойчивости и дезорганизации. Эти различия не могут быть адекватно объяснены на уровне симптомов или диагнозов и требуют обращения к структуре психической системы личности. Именно на этом уровне уникальность приобретает клиническую значимость.

Научное признание уникальности личности требует отказа от представления о психической норме и патологии как о жёстко фиксированных категориях. Вместо этого психическая реальность должна рассматриваться как континуум возможных структурных конфигураций, каждая из которых обладает собственной логикой функционирования. В этом контексте уникальность личности становится не отклонением от стандарта, а одной из форм реализации психической системы в конкретных условиях жизни и развития.

Методологически важным является различие между уникальностью как феноменом и уникальностью как категорией. В первом случае речь идёт о субъективном ощущении неповторимости, которое может быть зафиксировано лишь на уровне нарративного описания. Во втором случае уникальность понимается как объективная характеристика структуры психической системы, поддающаяся реконструкции и формализации. Именно второе понимание уникальности открывает возможность её включения в научный аппарат психиатрии.

Отказ от признания уникальности личности в качестве научной категории приводит к систематическим искажениям клинического мышления. Личность пациента редуцируется до носителя диагноза, а терапевтические стратегии строятся исходя из усреднённых протоколов, не учитывающих индивидуальные структурные особенности. Это снижает эффективность лечения и затрудняет прогнозирование течения психических расстройств. Признание уникальности, напротив, позволяет рассматривать терапию как процесс взаимодействия с конкретной психической системой, а не с абстрактной диагностической категорией.

В контексте разрабатываемой концепции психкода уникальность личности приобретает особое значение. Психкод предназначен не для типологизации, а для идентификации индивидуальной структуры психической системы. Он фиксирует не уникальные феномены как таковые, а уникальную конфигурацию структурных параметров, лежащих в их основе. Тем самым психкод создаёт возможность научного описания уникальности без утраты формальной строгости.

Философские основания понятия уникальности личности восходят к представлению о человеке как о неделимой целостности, не сводимой к сумме своих свойств. В классической философии субъекта уникальность связывалась с неповторимостью внутреннего опыта и индивидуальной историей становления. Однако подобное понимание, будучи значимым в гуманитарном контексте, долгое время рассматривалось как несовместимое с требованиями строгой научности. Психиатрия, ориентированная на медицинскую модель, была вынуждена дистанцироваться от этих представлений, поскольку они не поддавались верификации и формализации.

Вместе с тем отказ от философского измерения уникальности привёл к формированию редукционистских подходов, в рамках которых личность рассматривалась либо как носитель биологических дисфункций, либо как совокупность психологических черт. Биологический редукционизм стремился объяснить индивидуальные различия через нейрохимические и генетические факторы, тогда как психологический редукционизм сводил уникальность к вариациям личностных характеристик и поведенческих паттернов. Оба подхода, несмотря на их эвристическую ценность, не способны описать личность как целостную психическую систему.

Редукционизм в психиатрии проявляется прежде всего в стремлении найти «базовый уровень» объяснения, на котором уникальность личности якобы исчезает, уступая место универсальным механизмам. Однако клинический опыт показывает, что ни биологический, ни психологический уровень не могут в одиночку объяснить устойчивость индивидуальных различий. Даже при сходных нейробиологических предпосылках и психологических характеристиках личности демонстрируют принципиально разные способы организации психической жизни. Это указывает на необходимость введения надуровневого системного описания.

Системный подход позволяет преодолеть противопоставление универсального и индивидуального. Универсальные закономерности психической организации проявляются не в виде одинаковых структур, а в виде общих принципов построения системы. Уникальность личности возникает как результат конкретной реализации этих принципов в условиях индивидуальной биографии, социальной среды и внутренней динамики развития. Таким образом, уникальность перестаёт быть антиподом научности и становится объектом системного анализа.

В психиатрическом контексте это означает, что уникальность личности не может быть сведена ни к набору симптомов, ни к устойчивым личностным чертам. Она выражается в специфическом способе интеграции различных уровней психической системы — биологического, психологического и социального. Именно характер этой интеграции определяет клиническую картину, динамику психического состояния и ответ на терапевтические вмешательства. Уникальность, таким образом, приобретает операциональный смысл, поскольку влияет на клинические исходы.

Формализация уникальности возможна лишь при условии отказа от попыток прямого кодирования субъективного опыта. Психиатрическая наука не может и не должна стремиться к формализации внутреннего мира в его экзистенциальной полноте. Однако она может формализовать структуру психической системы, в рамках которой этот опыт возникает. Именно эта структура является носителем уникальности в научном смысле. Формализуемая индивидуальность не тождественна переживаемой уникальности, но находится с ней в системной связи.

Критически важно различать уникальность как содержание и уникальность как форму организации. Содержание психического опыта действительно ускользает от формализации, тогда как форма организации психической системы поддаётся системному описанию. Психкод ориентирован именно на фиксацию формы — конфигурации уровней, связей и регуляторных механизмов, которые делают возможным тот или иной опыт. В этом смысле психкод не редуцирует личность, а создаёт научный инструмент для различения индивидуальных форм психической организации.

Признание уникальности личности как научной категории требует пересмотра представлений о норме и патологии. Норма перестаёт быть статистическим средним и начинает пониматься как функциональная состоятельность конкретной психической системы. Патология, в свою очередь, рассматривается не как отклонение от абстрактного стандарта, а как нарушение индивидуально сложившейся структуры и её интегративных механизмов. Такой подход позволяет учитывать индивидуальные ресурсы и ограничения личности при клинической оценке.

В рамках данной методологии уникальность личности становится не препятствием для научного анализа, а его необходимым условием. Психиатрия, игнорирующая уникальность, вынуждена компенсировать этот дефицит неформализованным клиническим суждением. Психиатрия, признающая уникальность как системное свойство, получает возможность интегрировать индивидуальность в формальный язык без утраты научной строгости. Именно этот переход подготавливает введение психкода как инструмента идентификации индивидуальной психической системы.

Обоснование психкода как средства научной фиксации уникальности личности вытекает из необходимости соединить индивидуальность психической системы с формальной строгостью научного описания. Психкод не предназначен для описания уникальности как субъективного феномена или экзистенциального переживания. Его задача заключается в фиксации тех структурных характеристик психической системы, которые делают данную личность неповторимой в клиническом и научном смысле. Тем самым психкод выступает как инструмент опосредованного, но объективного отражения уникальности.

Уникальность личности в психкоде проявляется не через содержание симптомов или биографических фактов, а через конфигурацию системных параметров. Даже при сходных симптоматических проявлениях различия в уровне интеграции, характере межуровневых свя-

зей и устойчивости регуляторных механизмов формируют принципиально разные психкоды. Эти различия поддаются формализации и сопоставлению, не утрачивая при этом индивидуальной специфики. В этом заключается ключевое методологическое преимущество психкода по сравнению с традиционными классификационными подходами.

Психкод позволяет перевести уникальность личности из разряда описательных и интуитивных категорий в область операционализируемых научных понятий. Он делает возможным обсуждение индивидуальности в терминах структуры, динамики и функциональной организации психической системы. Это открывает новые перспективы для клинической диагностики, прогноза и планирования терапии, поскольку индивидуальные особенности перестают быть «фактором неопределённости» и становятся объектом системного анализа.

Связь психкода с психпаспортом является логическим продолжением данного подхода. Если психкод фиксирует структурную конфигурацию психической системы в формализованном виде, то психпаспорт представляет собой клинико-инженерную форму интеграции этой информации с данными анамнеза, психического статуса и динамического наблюдения. Психпаспорт, в отличие от традиционной истории болезни, ориентирован не на хронику событий, а на системную идентификацию личности во времени. В этом контексте психкод становится ядром психпаспорта, обеспечивая его научную целостность и воспроизводимость.

Признание уникальности личности как научной категории имеет и прогностическое значение для развития психиатрии. Оно позволяет перейти от усреднённых терапевтических стратегий к действительно индивидуализированным подходам, основанным на структуре психической системы конкретного пациента. Терапия в таком случае рассматривается не как воздействие на набор симптомов, а как целенаправленная модификация системных параметров, определяющих функционирование личности. Это особенно важно в условиях хронических и резистентных психических расстройств, где стандартные протоколы оказываются недостаточно эффективными.

Завершая анализ уникальности личности, следует подчеркнуть, что её включение в научный аппарат психиатрии не противоречит требованиям объективности и воспроизводимости. Напротив, игнорирование уникальности вынуждает клинициста опираться на неформализованные суждения, что снижает научную прозрачность и усложняет передачу клинического опыта. Психкод и психпаспорт предлагают альтернативу, в рамках которой индивидуальность становится предметом строгого, но не редукционистского анализа.

Таким образом, уникальность личности в представленной концепции рассматривается не как исключение из научных правил, а как фундаментальное свойство психической системы, подлежащее системному описанию. Подглава 3.3 завершает логическую линию ГЛАВЫ 3, подводя итог переходу от феномена к идентификатору, и подготавливает основу для ГЛАВЫ 4, где будут сформулированы принципы формализации психической реальности, обеспечивающие методологическую состоятельность психкода.

Глава 4. Принципы формализации психической реальности

4.1. Принцип системности

Формализация психической реальности невозможна без предварительного принятия принципа системности как базового методологического основания. В контексте данной монографии принцип системности выступает не в качестве абстрактного философского постулата, а как строгое требование к способу описания, анализа и кодирования психики. Он определяет не только форму представления психических явлений, но и саму возможность их научной интерпретации и последующей инженерной реализации в виде психкода и психпаспорта.

Исторически психиатрия развивалась преимущественно в парадигме феноменологического и клинико-описательного подхода, в рамках которого психические явления рассматривались как совокупность симптомов, синдромов и нозологических единиц. Несмотря на несомненную клиническую ценность данного подхода, он оказался недостаточным для решения задач формализации, сопоставимости и воспроизводимости знания. Симптом, изъятый из системного контекста, теряет свою структурную определённость и становится зависимым от субъективной интерпретации наблюдателя. Принцип системности направлен на преодоление этой ограниченности [1].

Под системностью в настоящей работе понимается рассмотрение психики как целостной, многоуровневой, динамически организованной системы, элементы которой находятся в устойчивых и изменчивых взаимосвязях. Психические феномены в этом контексте трактуются не как изолированные события, а как проявления состояния и функционирования системы в целом. Такой подход сближает психиатрию с общенаучной теорией систем, кибернетикой и современной философией науки, в которых объект исследования определяется через структуру, функции и связи, а не через перечень наблюдаемых свойств [2].

Применение принципа системности радикально изменяет статус клинических данных. Симптом перестаёт быть первичной единицей анализа и рассматривается как индикатор нарушений на определённых уровнях психической системы. Аналогичным образом синдром утрачивает статус самостоятельной сущности и интерпретируется как устойчивая конфигурация системных дисфункций. Диагноз, в свою очередь, становится лишь частным, нозологическим срезом более широкой системной картины, что особенно важно при работе с коморбидными, пограничными и атипичными состояниями [3].

В рамках принципа системности психическая система рассматривается как иерархически организованное целое, включающее биологические, психические и социальные компоненты, находящиеся в постоянном взаимодействии. Однако, в отличие от биопсихосоциальной модели в её классическом виде, системный подход в данной концепции предполагает не простое сосуществование уровней, а их структурную интеграцию. Каждый уровень психической системы определяется через свои функции, типы связей и механизмы регуляции, что делает возможным их формализованное описание и кодирование.

Особое значение принцип системности приобретает в контексте разработки психкода. Психкод невозможен как линейная последовательность признаков или параметров. Он представляет собой структурированное отображение психической системы, в котором каждый элемент получает смысл только в соотнесении с другими элементами. Удаление или искажение одного компонента изменяет конфигурацию всей системы, что принципиально отличает психкод от шкальных, рейтинговых и профилирующих методов оценки [4].

Системный подход также позволяет преодолеть традиционное противопоставление нормы и патологии. В рамках принципа системности норма, акцентуация и психопатология рассматриваются как различные режимы функционирования одной и той же системы, а не как качественно разнородные состояния. Это создаёт теоретическую основу для динамического анализа психического состояния во времени и для построения психпаспорта как обновляемого, процессуального документа, а не статической фиксации диагноза.

Методологическая значимость принципа системности проявляется и в его способности интегрировать разнородные источники данных. Клиническое интервью, психический статус, анамнестические сведения, результаты психометрических тестов и данные нейробиологических исследований могут быть включены в единую модель только при условии системного основания. В противном случае они остаются разрозненными и плохо сопоставимыми фрагментами информации, что ограничивает их научную и практическую ценность [5].

Наконец, принцип системности задаёт рамки этически корректной формализации психической реальности. Рассмотрение личности как системы предотвращает редукцию человека к набору симптомов, кодов или биомаркеров. Напротив, системный подход подчёркивает целостность и внутреннюю сложность психической организации, что соответствует как современным требованиям биоэтики, так и гуманистическим традициям психиатрии [6].

Таким образом, принцип системности является фундаментальным условием возможности психкода и психпаспорта как научных инструментов. Он обеспечивает онтологическую целостность модели психической реальности, методологическую строгость формализации и клиническую осмысленность получаемых результатов. В последующих подразделах данной главы будут раскрыты производные принципы — иерархии, динамичности, клинической валидности и этической ограниченности, — каждый из которых логически вытекает из системного основания.

Одним из ключевых следствий принципа системности является утверждение о том, что кодируемость психической реальности возможна исключительно при системном способе её онтологического задания. Любая попытка формализовать психику, минуя системное представление, неизбежно приводит либо к механическому перечислению признаков, либо к редукции сложных психических процессов к отдельным измеримым параметрам. В обоих случаях теряется собственно предмет психиатрии как науки о целостной психической организации личности.

Код, в строгом научном смысле, предполагает наличие устойчивого множества элементов, определённых правил их соотнесения и фиксируемых состояний системы. Если психика мыслится как набор разрозненных феноменов или симптомов, то формирование кода становится логически невозможным: отсутствует то, что может быть закодировано как целое. Именно поэтому в рамках данной монографии утверждается, что психкод не может быть построен «снизу вверх», от феномена к знаку, без предварительного онтологического описания психической системы как целостности.

В этом контексте принципиально важно различать понятия системы и модели, которые в клинической и теоретической психиатрии часто используются как синонимы, что приводит к методологическим ошибкам. Система — это онтологический объект, то есть то, что существует независимо от нашего способа описания. Модель же представляет собой инструмент познания, упрощённое и целенаправленное отображение системы, создаваемое исследователем для решения конкретных задач. Подмена системы моделью приводит к тому, что частная теоретическая конструкция начинает восприниматься как исчерпывающее описание психической реальности [2].

История психиатрии предоставляет многочисленные примеры подобной подмены. Так, нозологическая модель, лежащая в основе МКБ 10/11, нередко воспринимается в клинической практике как описание самой психической реальности, а не как статистико-классифи-

кационный инструмент. В результате диагноз начинает выполнять функцию «ярлыка», который подменяет собой понимание конкретной личности и её психической структуры. Принцип системности требует принципиального разведения уровня онтологии (психическая система конкретного человека) и уровня модели (диагностическая, классификационная или кодирующая схема) [3].

Именно в этом различении становится очевидным, почему психкод не может быть отождествлён с диагностическим кодом МКБ. Диагностический код представляет собой элемент модели, тогда как психкод претендует на роль формализованного отображения состояния и структуры психической системы. Он не отменяет и не заменяет нозологию, но встраивает её в более широкий системный контекст, в котором диагноз является лишь одним из возможных срезов психической реальности [4].

Отдельного рассмотрения требует проблема редукционизма, которая в современной психиатрии приобретает всё более выраженный характер. Биологический редукционизм, усилившийся с развитием нейронаук и психофармакологии, стремится свести психические явления к нейрохимическим, генетическим или нейрофизиологическим процессам. Психологический редукционизм, в свою очередь, интерпретирует психопатологию исключительно через когнитивные схемы, поведенческие паттерны или личностные черты. Оба подхода, несмотря на их эвристическую ценность, оказываются несостоятельными с точки зрения принципа системности [5].

Редукционизм разрушает системное единство психики, поскольку игнорирует уровневую организацию и межуровневые связи. В результате клиническая картина либо чрезмерно упрощается, либо фрагментируется на несоотносимые между собой данные. Принцип системности не отвергает биологические или психологические объяснения, но требует их включения в многоуровневую модель, где каждый уровень сохраняет относительную автономию и одновременно подчинён общей логике функционирования системы [6].

В этом смысле системный подход позволяет рассматривать психическую патологию не как локальный «дефект» или «поломку», а как нарушение конфигурации связей внутри системы. Такой взгляд принципиально меняет клиническое мышление: вместо поиска «основного симптома» или «ведущего синдрома» врач начинает анализировать структуру системы, её уязвимые узлы, компенсаторные механизмы и потенциальные точки терапевтического воздействия. Именно на этом основании в последующих главах будет разработана концепция психпаспорта как системного документа, фиксирующего не только состояние, но и организацию психической системы личности.

Таким образом, принцип системности выполняет сразу несколько функций. Он задаёт онтологическое основание для формализации психики, обеспечивает различение между реальностью и её моделями, предотвращает редукционистские искажения и создаёт условия для построения психкода как научно обоснованного инструмента. Без этого принципа любая попытка цифровизации, автоматизации или использования искусственного интеллекта в психиатрии остаётся либо поверхностной, либо потенциально опасной, поскольку опирается на фрагментарное и концептуально неустойчивое представление о человеке.

На этом основании принцип системности выступает не просто как один из методологических приёмов, а как фундамент всей научной программы, изложенной в данной монографии. В следующей подглаве будет показано, каким образом системное основание логически приводит к принципу иерархии, без которого невозможны ни структурирование психкода, ни корректная интерпретация динамики психической системы.

Список литературы

[1] Новицкий И.Я. Психическая система. М., 2025. – 252 с.

[2] Bertalanffy L. von. General System Theory: Foundations, Development, Applications. New York: George Braziller, 1968. – 295 p.

[3] Kendell R. The Role of Diagnosis in Psychiatry. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1975. – 240 p.

[4] Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196(4286):129–136.

[5] МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация. М.: «КДУ», «Университетская книга». 2021. 432с.

[6] Fulford K.W.M. Moral Theory and Medical Practice. Cambridge: Cambridge University Press, 1989. – 318 p.

4.2. Принцип иерархии

Принцип иерархии является прямым и неизбежным следствием принципа системности и одновременно выступает его конкретизацией применительно к внутреннему устройству психической реальности. Если системность утверждает психику как целостный объект, обладающий структурой и внутренними связями, то принцип иерархии задаёт способ организации этой структуры, определяя уровни, подуровни и их подчинённость в рамках единой психической системы. Без иерархического измерения системность остаётся абстрактной и методологически неполной, поскольку не объясняет, каким образом различные психические процессы соотносятся между собой и каким образом формируются клинически наблюдаемые феномены.

Исторически идея иерархической организации психики присутствовала в психиатрии задолго до её формального осмысления. Уже в работах Джексона психическая патология рассматривалась как результат «распада» высших уровней регуляции с относительным высвобождением более примитивных форм психической активности [1]. Эта идея получила дальнейшее развитие в клинико-психопатологических концепциях XX века, включая работы Крепелина, Блейлера, Ясперса и отечественную школу динамической психиатрии. Однако, несмотря на широкое использование иерархических метафор, психиатрия так и не выработала строгого и формализованного иерархического языка, пригодного для системного описания психической организации личности.

В рамках данной монографии иерархия понимается не как условная классификационная лестница и не как жёсткое деление на «высшие» и «низшие» функции в оценочном смысле, а как структурный принцип распределения функций, регуляций и смыслов внутри психической системы. Каждый уровень психической организации обладает собственной логикой функционирования, собственными механизмами нарушения и собственными формами компенсации. При этом уровни не существуют изолированно: они находятся в отношениях подчинения, опосредования и взаимного влияния.

Ключевым методологическим положением принципа иерархии является утверждение о том, что психопатологический феномен не может быть адекватно интерпретирован без указания уровня психической системы, на котором он преимущественно формируется. Одинаковые по внешнему проявлению симптомы могут иметь принципиально различную природу в зависимости от того, относятся ли они к уровню биологической регуляции, аффективно-мотивационной сферы, когнитивной организации или личностно-смысловой структуры. Игнорирование этого различия лежит в основе значительной части диагностических ошибок и клинических упрощений [2].

Современные классификационные системы, включая МКБ 10/11, в значительной степени нивелируют иерархическое измерение психопатологии. Несмотря на наличие рубрик,

отражающих уровень функционирования (например, нейроразвитийные расстройства, расстройства личности, аффективные расстройства), сама логика классификации остаётся преимущественно плоской. Диагноз фиксирует наличие определённого набора критериев, но практически не отражает того, на каком уровне психической системы произошло основное нарушение и каким образом это нарушение распространяется на другие уровни [3].

Принцип иерархии позволяет преодолеть эту плоскостность, вводя представление о вертикальной организации психической системы. В рамках концепции психкода каждый уровень психической организации получает собственное обозначение, собственный набор параметров и собственные типы возможных нарушений. При этом иерархия не предполагает механической причинности «сверху вниз» или «снизу вверх», а задаёт поле сложных многонаправленных взаимодействий. Нарушение на одном уровне может инициировать каскад изменений на других уровнях, однако характер этих изменений всегда опосредован структурой системы в целом.

Особое значение принцип иерархии приобретает при анализе клинической динамики. В ряде случаев психопатологический процесс начинается на одном уровне, например на уровне биологической регуляции, но со временем приводит к вторичным личностным изменениям. В других случаях первичное нарушение затрагивает личностно-смысловую сферу и лишь вторично сопровождается аффективными или соматоформными симптомами. Без иерархического анализа такие клинические траектории оказываются трудно различимыми и часто ошибочно объединяются под одним диагностическим ярлыком [4].

Именно здесь становится очевидной ограниченность симптомоцентрического подхода, который доминирует в практической психиатрии. Симптом, вырванный из иерархического контекста, теряет свою диагностическую и прогностическую ценность. Принцип иерархии требует рассматривать симптом как индикатор уровня системного напряжения или дисфункции, а не как автономный объект клинической оценки. Это положение имеет прямые последствия для формализации психической реальности, поскольку кодирование симптома без указания его иерархического уровня является методологически неполным.

В контексте разработки психкода принцип иерархии выполняет роль структурного каркаса, на котором выстраивается вся система кодирования. Иерархия позволяет упорядочить элементы психкода, задать их относительную значимость и определить правила их комбинации. Без иерархии психкод неизбежно превращается либо в перечень несоотносимых параметров, либо в чрезмерно упрощённую схему, неспособную отразить клиническую сложность реальных пациентов.

Кроме того, иерархический принцип имеет принципиальное значение для последующего использования психкода в цифровых и алгоритмических системах. Любая система искусственного интеллекта, работающая с психиатрическими данными, нуждается в чётком различении уровней анализа, поскольку алгоритмы, не различающие иерархические уровни, склонны к ложным обобщениям и некорректным выводам. Формализованная иерархия психической системы создаёт возможность для построения моделей, способных учитывать как локальные нарушения, так и их системные последствия [5].

Таким образом, принцип иерархии является не вспомогательным, а фундаментальным методологическим положением, без которого невозможны ни формализация психической реальности, ни разработка психкода как научного инструмента. Он обеспечивает переход от описательной психиатрии к структурно-аналитическому подходу, в рамках которого психическая система рассматривается как многоуровневая, динамическая и клинически значимая целостность. В следующей подглаве будет показано, каким образом иерархическая организация психической системы логически приводит к необходимости принципа динамичности, без которого любая формализация остаётся статичной и клинически недостаточной.

Список литературы

[1] Jackson J. H. Selected writings of John Hughlings Jackson. London, 1931.

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

[3] МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация. М.: «КДУ», «Университетская книга». 2021. 432с.

[4] Блейлер Э. Руководство по психиатрии. — Издательство Независимой психиатрической ассоциации, 1993. — 544 с.

[5] Friston K. The free-energy principle: a unified brain theory? Nature Reviews Neuroscience. London, 2010.

4.3. Принцип динамичности

Принцип динамичности представляет собой третий фундаментальный столп формализации психической реальности и логически вытекает из принципов системности и иерархии. Если системность утверждает психику как целостный объект, а иерархия — как многоуровневую структуру, то динамичность вводит временное измерение, без которого психическая система перестаёт быть клинически реальной и превращается в статичную абстракцию. Психика по своей природе не существует вне времени; она непрерывно изменяется, реагирует, адаптируется, деградирует или компенсируется, и любое её описание, лишённое динамического измерения, неизбежно является редукционистским.

Исторически психиатрия всегда находилась в напряжении между статическим и динамическим подходами. Классическая описательная психопатология, начиная с Крепелина, стремилась фиксировать устойчивые синдромальные картины, пригодные для классификации и нозологического анализа [1]. В то же время клиническая практика постоянно демонстрировала, что психические расстройства редко развиваются линейно и предсказуемо. Их течение включает фазы, ремиссии, обострения, качественные перестройки личности и нередко — радикальные изменения клинической картины во времени. Именно это противоречие между статической классификацией и динамической клинической реальностью остаётся одной из ключевых нерешённых проблем современной психиатрии.

Принцип динамичности утверждает, что психическая система должна рассматриваться как процесс, а не как зафиксированное состояние. Симптом, синдром, диагноз и даже структура личности не являются раз и навсегда заданными сущностями, а представляют собой временные конфигурации системы, находящейся в постоянном движении. Это положение принципиально важно для формализации, поскольку формальный язык, не способный описывать изменения, траектории и переходы, оказывается непригодным для клинического и прогностического использования.

Современные классификационные системы, включая МКБ 10/11, формально признают динамический характер психических расстройств, вводя понятия течения, стадии, эпизода и ремиссии [2]. Однако эти элементы остаются вторичными по отношению к основному диагностическому коду и не интегрированы в единую формализованную модель. Диагноз по-прежнему фиксирует «что есть», но почти не отражает «как это стало» и «куда это движется». В результате временное измерение психической патологии оказывается фрагментированным и слабо структурированным.

Принцип динамичности в рамках концепции психической системы предполагает качественно иной подход. Динамика рассматривается не как внешнее дополнение к структуре, а как внутреннее свойство системы, определяющее её устойчивость, уязвимость и способность к компенсации. Каждый уровень психической системы обладает собственной динамикой, соб-

ственными ритмами и собственными критическими точками. Нарушение на одном уровне может длительное время оставаться латентным, проявляясь лишь при превышении определённого порога системного напряжения.

Особое значение в этом контексте приобретает понятие фазовых переходов. Клиническая практика хорошо знакома с ситуациями, когда постепенное накопление симптомов внезапно приводит к качественно новому состоянию — психотическому эпизоду, тяжёлой депрессии, дезорганизации поведения или распаду адаптационных механизмов. Такие переходы не могут быть адекватно описаны в рамках линейной логики «больше–меньше симптомов». Они требуют системного и динамического анализа, в котором учитываются взаимодействия между уровнями психической организации и их временная эволюция [3].

Принцип динамичности также позволяет по-новому осмыслить соотношение нормы и патологии. Норма в этом подходе перестаёт быть статическим эталоном и рассматривается как динамическое равновесие, поддерживаемое за счёт гибкости и способности системы к саморегуляции. Патология, в свою очередь, может проявляться не только в виде выраженных симптомов, но и в форме утраты динамической устойчивости, сниженной адаптивности или ригидности психических процессов. Таким образом, динамический анализ позволяет выявлять уязвимые состояния ещё до формирования клинически оформленного расстройства [4].

Для формализации психической реальности принцип динамичности имеет принципиальное значение, поскольку он требует введения параметров, отражающих изменение состояния системы во времени. В контексте психкода это означает возможность фиксации не только текущей конфигурации психической системы, но и её предшествующих состояний, направлений изменений и потенциальных траекторий развития. Психкод в этом смысле перестаёт быть «моментальным снимком» и превращается в динамическую модель, способную отражать клиническое течение.

Особое значение динамический принцип приобретает в связи с развитием цифровой психиатрии и алгоритмических методов анализа. Любые предиктивные модели, использующие психиатрические данные, неизбежно опираются на динамические зависимости и временные ряды. Формализация, не учитывающая динамику, принципиально несовместима с задачами прогнозирования, раннего выявления декомпенсаций и оценки эффективности терапии. В этом контексте принцип динамичности становится не только теоретическим, но и практическим требованием к современному психиатрическому знанию [5].

Таким образом, принцип динамичности завершает формирование методологического основания для перехода от описательной к формализованной психиатрии. Он позволяет связать структуру и иерархию психической системы с её развитием во времени, открывая возможность для создания психкода как инструмента, способного отражать как текущее состояние личности, так и её клиническую историю и прогноз. В следующей подглаве будет рассмотрен принцип клинической валидности, который задаёт критерии соответствия формализованных моделей реальной психиатрической практике и клиническому опыту.

Список литературы

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

[2] МКБ-10: Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике. - СПб.: «Адис», 1994. 304 с.

[3] Ясперс К. Общая психопатология / Пер с нем. М.: Практика, 1997. 1056 с. [4] Блейлер Э. Руководство по психиатрии. — Издательство Независимой психиатрической ассоциации, 1993. — 544 с.

[5] Friston K. The free-energy principle: a unified brain theory? Nature Reviews Neuroscience. London, 2010.

4.4. Принцип клинической валидности

Принцип клинической валидности является необходимым критерием, который отделяет формализацию психической реальности как научно и практически состоятельный проект от формализации как интеллектуальной игры или инженерной абстракции. Системность, иерархия и динамичность задают онтологический и методологический каркас, однако сами по себе они не гарантируют того, что построенная модель будет соотноситься с реальным клиническим материалом и сохранять диагностическую и терапевтическую ценность. Клиническая валидность в данном контексте означает не только соответствие формализованной схемы наблюдаемым симптомам, но и её способность устойчиво работать в типичных условиях психиатрической практики, обеспечивая воспроизводимость, прогностичность и интерпретируемость результатов [1].

В истории психиатрии неоднократно предпринимались попытки «улучшить» клиническое знание путём введения новых классификаций, тестов и шкал, а также различных теоретических конструкций, претендующих на объяснение психопатологии. Однако значительная часть таких построений либо не выдерживала испытания клинической практикой, либо приводила к новым видам редукционизма, когда живой клинический процесс подменялся схемой. Принцип клинической валидности предостерегает от подобного смещения: любая формализация, претендующая на статус языка психиатрии, должна быть проверяема клинически и должна сохранять связь с феноменологией, психическим статусом, анамнезом и терапевтической реальностью пациента [2].

Традиционно в медицине понятие валидности связано с измерением: тест валиден, если он действительно измеряет то, что заявлено; диагностическая категория валидна, если она соответствует реальной клинической сущности и позволяет устойчиво различать группы пациентов. В психиатрии проблема валидности существенно сложнее, поскольку объект исследования не является напрямую измеримым и всегда опосредован клиническим наблюдением, языком описания и культурным контекстом. Тем не менее сама сложность объекта не отменяет требования к валидности; напротив, она делает его центральным. Формальная модель психики может быть внутренне непротиворечивой и даже математически изящной, но если она не помогает врачу понимать пациента, прогнозировать течение и выбирать терапевтические вмешательства, она лишается научного и клинического смысла [3].

В рамках настоящей монографии клиническая валидность психкода и психпаспорта понимается как способность этих инструментов выполнять четыре взаимосвязанные функции. Во-первых, это функция описательная: психкод должен корректно отражать клинически наблюдаемую феноменологию, не разрушая её смысл и не «переводя» живые психические явления в пустые формальные символы. Во-вторых, функция объяснительная: психкод должен позволять интерпретировать наблюдаемое как проявление структуры психической системы и её нарушений на определённых уровнях. В-третьих, функция прогностическая: психкод и психпаспорт должны обеспечивать возможность выводов о вероятных траекториях течения, рисках декомпенсации и потенциале компенсации. В-четвёртых, функция терапевтическая: формализация должна помогать выбирать точки воздействия и оценивать эффективность вмешательств в динамике [4].

Проблема клинической валидности особенно обостряется при сопоставлении формализованного подхода с существующими классификациями МКБ 10/11. Эти системы решают преимущественно задачи статистического учёта, коммуникации и административной стандар-

тизации. При этом их клиническая валидность неоднородна: для ряда расстройств диагностические категории относительно устойчивы и хорошо коррелируют с клиническим течением, тогда как для других особенно в области расстройств личности, коморбидных состояний и пограничной психопатологии валидность значительно ниже, что проявляется в частых диагностических миграциях, низкой согласованности специалистов и ограниченной прогностической ценности [5]. Принцип клинической валидности в данной монографии не противопоставляется МКБ, но требует рассматривать диагноз как частный слой описания, который должен быть интегрирован в более широкую системную модель личности.

Фундаментальным препятствием для клинической валидности любой формализации является риск «потери пациента», то есть подмены конкретной личности унифицированным профилем. Этот риск ранее был рассмотрен в контексте классификаций, однако в области кодирования он становится ещё более значимым. Код, по своей природе, стремится к унификации. Чтобы сохранить клиническую валидность, психкод должен быть устроен так, чтобы фиксировать не только общие закономерности психопатологии, но и индивидуальную конфигурацию психической системы конкретного человека. Иначе психкод неизбежно станет ещё одной разновидностью диагноза — более сложной, но не более клинически содержательной [1].

С практической точки зрения клиническая валидность психкода предполагает, что кодирование должно быть операционализировано в пределах реального клинического процесса. Это означает, что элементы психкода должны быть получаемы из стандартных источников клинической информации: психического статуса, анамнеза, наблюдения, клинического интервью, в ряде случаев — из психометрических данных. Если психкод требует данных, которые в реальной практике систематически недоступны, либо предполагает чрезмерную нагрузку на врача, клиническая валидность будет утрачена не потому, что модель неверна, а потому, что она непригодна для применения. Следовательно, валидность включает в себя и критерий применимости: формализация должна быть достаточно строгой, но одновременно достаточно «клинически экономной», чтобы быть внедряемой в практику [6].

Отдельного рассмотрения требует вопрос интерпретируемости. Любой формальный язык в клинике должен быть двуязычным: он должен быть одновременно понятен машине и врачу. Если формализация становится слишком математизированной и перестаёт переводиться в клинические смыслы, врач теряет возможность критической оценки результата. В таком случае психкод превращается в «чёрный ящик», что особенно опасно в психиатрии, где ошибка интерпретации может иметь тяжёлые последствия. Принцип клинической валидности требует, чтобы каждый элемент психкода имел ясное клиническое соответствие и мог быть обоснован ссылкой на конкретные феноменологические данные пациента [7].

Клиническая валидность предполагает также обязательное наличие механизмов проверки и коррекции психкода. Психический статус и анамнез не являются раз и навсегда установленными фактами; они уточняются, дополняются и иногда радикально пересматриваются по мере наблюдения. Следовательно, психкод не может быть окончательным «диагностическим приговором»; он должен быть обновляемым, а психпаспорт — строиться как документ, допускающий итеративное уточнение. Здесь принцип клинической валидности тесно соединяется с принципом динамичности: валидность должна быть подтверждаема во времени, в соответствии с тем, как система реально развивается и как она отвечает на терапию [2].

Наконец, принцип клинической валидности выступает мостом между психиатрией и цифровыми технологиями. В эпоху цифровизации возрастает соблазн признать валидным то, что статистически предсказуемо или алгоритмически эффективно. Однако клиническая валидность не сводится к точности классификации или к высокой корреляции с набором меток. Психиатрическая практика требует смысла, интерпретации и ответственности. Поэтому любые цифровые реализации психкода и психпаспорта должны оцениваться не только по мет-

рикам, но и по тому, сохраняют ли они клиническую реальность пациента как целого — его историю, структуру, динамику и субъективный опыт [8].

Таким образом, принцип клинической валидности задаёт главный критерий научной добросовестности проекта психкода и психпаспорта. Он требует, чтобы формализация не разрушала клиническое содержание психиатрии, а, напротив, усиливала его — делая описание более сопоставимым, анализ более структурным, прогноз более обоснованным, а терапию более индивидуализированной. В следующей подглаве будет рассмотрен принцип этической ограниченности как необходимое условие того, чтобы клинически валидная формализация не превратилась в социально опасный инструмент.

Список литературы

[1] Новицкий И.Я. Психическая система. М., 2025. – 252 с.

[2] Новицкий И.Я. Психический статус. Научно-практическое руководство по исследованию психического состояния. М., 2025. – 252 с.

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

[4] Kendell R., Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. American Journal of Psychiatry. Washington, 2003;160(1):4–12.

[5] МКБ-10: Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике. - СПб.: «Адис», 1994. 304 с.

[6] МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация. М.: «КДУ», «Университетская книга». 2021. 432с.

[7] Fulford K.W.M. Moral Theory and Medical Practice. Cambridge: Cambridge University Press, 1989. – 318 p.

[8] Insel T.R. Digital phenotyping: technology for a new science of behavior. JAMA. Chicago, 2017;318(13):1215–1216.

4.5. Принцип этической ограниченности

Принцип этической ограниченности завершает методологический блок главы 4 и одновременно задаёт рамку всему проекту психкода и психпаспорта как потенциально мощного инструмента, влияющего не только на клиническую практику, но и на социальные механизмы идентификации человека. Если предыдущие принципы отвечали на вопрос, как возможно формализовать психическую реальность, то этическая ограниченность отвечает на вопрос, где проходит граница допустимого, и кто, в каких условиях и с какими гарантиями может пользоваться формализованным знанием о личности. В психиатрии эти границы всегда были более жёсткими, чем в иных областях медицины, поскольку предметом вмешательства и описания является не орган и не физиологическая функция, а личность как целостность, её свобода, ответственность, интимность внутреннего мира и социальная судьба [1].

Формализация психики неизбежно увеличивает управляемость объекта: то, что описано, классифицировано и закодировано, становится пригодным для передачи, хранения, сравнения, вычисления и принятия решений. Именно поэтому любой проект психиатрической формализации содержит в себе внутреннее напряжение: он стремится к объективности и сопоставимости, но при этом приближает психиатрию к инструментам социального контроля. История дисциплины ясно демонстрирует, что психиатрия может быть использована не только в лечебных целях; она может становиться языком стигмы, бюрократического давления, дискриминации и политического насилия. По этой причине создание психкода и психпаспорта как нового языка

психиатрии не может быть нейтральным; оно требует заранее встроенных предохранителей, ограничений и правил, аналогичных этическим рамкам в генетике, трансплантологии и биомедицинских технологиях высокого риска [2].

Классическая медицинская этика опирается на принципы автономии, благодеяния, непричинения вреда и справедливости. В контексте психкода эти принципы должны быть интерпретированы специфически, потому что психкод — это не просто клиническая запись, а потенциальный идентификатор, который может «переехать» из клиники в администрацию, из терапии в право, из помощи в контроль. Автономия здесь означает не только согласие на лечение, но и право человека распоряжаться информацией о своём психическом устройстве, включая право ограничивать доступ к ней, право отзывать согласие и право знать, какие решения принимаются на основе его психкода [3]. Благодеяние требует, чтобы психкод применялся исключительно в целях помощи — лечебной, профилактической, реабилитационной — и не превращался в форму «предварительного обвинения» или «профилактического исключения» из социальных систем. Принцип непричинения вреда становится особенно значимым, поскольку вред от неправильного обращения с психиатрической информацией может быть не только медицинским, но и социальным: утрата работы, дискриминация, семейные последствия, юридические ограничения. Наконец, справедливость требует защиты от селективного применения психкода к уязвимым группам и от превращения психиатрической формализации в механизм усиления социального неравенства.

В традиционной психиатрии существенная часть этических ограничений обеспечивалась «естественными» барьерами: клиническое описание было труднопередаваемым, требовало профессионального языка, контекста и интерпретации; психиатрическое знание не легко превращалось в универсальный административный код. Формализация снимает эти барьеры. Психкод, будучи структурированным и унифицированным, может стать удобным объектом для цифровых систем, страховых моделей и юридических реестров. Именно поэтому принцип этической ограниченности требует не внешних деклараций, а встроенной архитектурной защиты: психкод должен конструироваться так, чтобы его невозможно было использовать без контекста, без клинической интерпретации и без процедурного контроля.

В этом месте возникает фундаментальный вопрос: возможно ли создать формальный язык, который одновременно будет точным и пригодным для машинной обработки, но при этом не станет инструментом редукции личности до набора рисков и управляемых параметров. Ответ, который предлагается в рамках концепции психпаспорта, состоит в том, что этическая защита должна строиться на двух уровнях. Первый — содержательный: психпаспорт обязан фиксировать не только «дефекты» и «нарушения», но и ресурсы, компенсаторные механизмы, зоны устойчивости, социальные опоры и личностные смыслы. Если формализованная система описывает человека только через призму патологии, она по определению этически односторонняя и неизбежно будет служить дискриминации. Второй уровень — процедурный: использование психкода должно быть регламентировано так же строго, как использование генетической информации или биометрии, включая требования по минимизации данных, разграничению доступа и обязательному логированию обращений [4].

Отдельного внимания требует проблема информированного согласия. В психиатрии согласие — сложная категория, поскольку способность к автономному решению может быть временно нарушена. Однако именно это делает информированное согласие ещё более важным: психкод и психпаспорт не должны становиться «обязательной процедурой», навязываемой человеку по умолчанию. Этическая ограниченность предполагает, что пациент должен понимать, что именно фиксируется, для чего это используется, кто может получить доступ, как долго данные хранятся и какие права пациент имеет в отношении изменений и удаления. При этом согласие должно быть дифференцированным: согласие на клиническое использование

не должно автоматически означать согласие на использование в страховании, трудоустройстве или иных внешних системах [5].

Принцип этической ограниченности также включает в себя требование к ограничению интерпретаций. Любая формализованная система создаёт иллюзию точности: код выглядит более «объективным», чем текстовое описание, и потому воспринимается как окончательная истина. Это опасно в психиатрии, где значительная часть знания носит вероятностный и контекстуальный характер. Следовательно, психкод должен сопровождаться механизмами явного указания на уровень уверенности, на степень клинической подтверждённости, на источник данных и на динамический статус (предварительное, рабочее, уточнённое, подтверждённое наблюдением). Такая метаинформация является частью этического устройства языка: она предотвращает превращение психкода в «клеймо» [6].

На уровне социального измерения этическая ограниченность требует признать, что психпаспорт — это потенциально не только медицинский документ, но и объект, способный изменить отношения человека с обществом. Здесь возникает опасность «психиатрической паспортизации» как формы социальной сегрегации, где доступ к профессиям, кредитам, образованию и социальным льготам может зависеть от алгоритмически интерпретируемого психкода. Даже если такая практика будет оправдываться «общественной безопасностью», она несёт риск создания нового вида социального неравенства, основанного на психических характеристиках. Исторические прецеденты показывают, что когда психиатрическое знание превращается в инструмент управления населением, страдают прежде всего уязвимые группы и те, кто не обладает ресурсами для защиты своих прав [2].

В этом контексте важно подчеркнуть различие между клинической и социальной целесообразностью. Клиническая целесообразность требует точности и полноты психкода, поскольку врачу необходима максимальная информация для помощи конкретному человеку. Социальная целесообразность, напротив, должна быть ограничена принципом минимизации: никакая внешняя система не должна получать больше психической информации, чем необходимо для строго ограниченной и законно определённой цели. Это различие должно быть встроено в саму архитектуру психпаспорта как документа, где существуют уровни доступа и уровни представления информации. Иначе психпаспорт неизбежно будет восприниматься как универсальный документ идентификации, пригодный для любых социальных решений, что несовместимо с принципом этической ограниченности [7].

С практической точки зрения этический принцип требует создания «красных линий» — перечня недопустимых применений психкода. К таким применениям относятся принудительная психпаспортизация вне контекста медицинской помощи, автоматизированные решения о социальном статусе человека на основе психкода без клинической экспертизы, использование психкода как основания для дискриминации, а также любые формы скрытого психиатрического профилирования. Эти ограничения должны быть сформулированы заранее, поскольку после внедрения технологии её социальная инерция делает обратное движение значительно более трудным. Именно в этом смысле принцип этической ограниченности не является дополнением к методологии, а является условием возможности проекта [3].

Наконец, этическая ограниченность тесно связана с концепцией психической приватности. Приватность в психиатрии — это не просто конфиденциальность медицинских данных; это право на неприкосновенность внутреннего мира, на то, чтобы субъективный опыт не был полностью «объективирован» и превращён в объект внешнего управления. Психкод по своей природе стремится к объективизации. Следовательно, этический принцип требует признать, что существует область психической реальности, которая не должна быть кодируема, либо должна кодироваться только при наличии строгих клинических оснований и согласия. Это означает, что границы формализации задаются не только научной возможностью, но и нормативным решением о допустимости [8].

Таким образом, принцип этической ограниченности задаёт рамку, в которой психкод и психпаспорт могут стать инструментами усиления клинической точности и индивидуализации помощи, не превращаясь в механизм стигматизации и контроля. Он требует одновременно содержательной полноты (включая ресурсы и компенсаторные механизмы), процедурной защищённости (доступ, согласие, минимизация), ограниченности интерпретаций (уровни уверенности и контекст) и нормативных запретов на недопустимые применения. Завершая главу 4, можно подчеркнуть, что формализация психики возможна лишь тогда, когда она строится как научный язык, но одновременно — как этически защищённая инфраструктура. Именно эта двойная природа станет базовой предпосылкой для перехода ко второй части монографии, где психкод будет рассмотрен как объект, структура и язык, выведенный из системной модели психической реальности.

Список литературы

[1] Новицкий И.Я. Психическая система. М., 2025. – 252 с.

[2] Foucault M. Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason. New York: Vintage Books, 1988. – 320 p.

[3] Beauchamp T.L., Childress J.F. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press, 2019. – 528 p.

[4] Floridi L. The Ethics of Information. Oxford: Oxford University Press, 2013. – 328 p.

[5] МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация. М.: «КДУ», «Университетская книга». 2021. 432с.

[6] Goodman B., Flaxman S. European Union regulations on algorithmic decision-making and a “right to explanation”. AI Magazine. Palo Alto, 2017;38(3):50–57.

[7] United Nations. Universal Declaration of Human Rights. New York, 1948.

[8] Fulford K.W.M. Values-Based Practice: A New Partner to Evidence-Based Practice. Oxford: Oxford University Press, 2006. – 240 p.

ЧАСТЬ II. ПСИХКОД : ТЕОРИЯ И СТРУКТУРА

Глава 5. Определение психкода

5.1. Психкод как научный объект

Переход ко второй части монографии означает смену оптики: если в первой части формировалась онтология психической системы и методология её формализации, то теперь речь идёт о выделении нового предмета знания — психкода — и о его рассмотрении как самостоятельного научного объекта. Само понятие «научный объект» в эпистемологическом смысле не тождественно «вещи» или «явлению»: наука создаёт объекты через операционализацию, стандартизацию наблюдения, выделение устойчивых признаков и построение языка, позволяющего этим объектом оперировать. Иными словами, объект науки это то, что становится воспроизводимо наблюдаемым, сопоставимым и теоретически объяснимым в рамках определённой дисциплины [1]. В психиатрии исторически существовал парадокс: предмет исследования психическая жизнь по самой своей природе субъективен и контекстуален, тогда как наука требует воспроизводимости и формальной коммуникации. Из этого противоречия выросли две традиции: феноменологическая, ориентированная на описание переживания, и нозологическая, ориентированная на классификацию болезней. Однако обе традиции, при всей их ценности, оставляли «провал» между человеком и диагнозом, между индивидуальной психической реальностью и кодом МКБ, между динамикой личности и статической рубрикацией [2].

Психкод, предлагаемый в настоящей монографии, заявляется как объект, призванный закрыть этот провал. Его принципиальное отличие от существующих форм описания заключается в том, что он не является ни «названием болезни», ни «набором симптомов», ни «психологическим профилем», ни «скалой выраженности», а представляет собой формализованную модель индивидуальной психической системы в её структурном и динамическом измерении. В этом смысле психкод не замещает психиатрическую диагностику и не отменяет клиническую феноменологию; он претендует на иной уровень: на уровень идентификатора, который отражает организацию психики как системы, её уязвимости, компенсации, связи уровней и траекторию изменений. Именно такая постановка делает психкод научным объектом особого типа — объектом междисциплинарным, находящимся на границе клинической психиатрии, общей психологии, философии сознания и инженерии данных [3].

Чтобы утверждать психкод как научный объект, необходимо ответить на несколько критериев научности: каковы его границы, из чего он состоит, какие операции с ним возможны, каковы условия воспроизводимого получения и как определяется его истинность или, точнее, валидность. В классической философии науки уже давно показано, что научная концепция должна быть связана с наблюдаемыми процедурами и позволять проверяемые различения [4]. Для психкода это означает: он должен быть сопоставим между специалистами и учреждениями; он должен быть допускающим проверку на клиническом материале; он должен быть операционально пригодным, то есть допускающим алгоритмизацию процедуры его получения; и он должен быть встроенным в этические ограничения, поскольку объектом кодирования является личность, а не изолированный физиологический показатель. Здесь становится видимым, что психкод — это одновременно эпистемический и нормативный объект: его существование определяется не только тем, «что есть» в психике, но и тем, «что допустимо» фиксировать и передавать [5].

В отличие от МКБ 10/11, которые являются классификациями диагностических единиц, психкод определяется как формализованная запись системной организации психики конкретного человека, допускающая отображение в связанный набор параметров и отношений.

МКБ, как известно, создана для обеспечения единообразия учёта болезней, сопоставимости статистики и коммуникации в здравоохранении [6]. Однако её логика неизбежно группирует человека под рубрику, то есть делает видимым «класс», а не «структуру индивида». Психкод в противоположность этому строится от индивидуального к общему: сначала фиксируется системная конфигурация психики и её динамика, а затем из этой конфигурации извлекается диагностический срез, который может быть сопоставлен с рубриками МКБ 10/11. Это не отрицание классификации, а изменение направления построения: нозология становится частным случаем, а не основанием описания.

Важно подчеркнуть, что психкод как научный объект не может быть редуцирован к набору чисел или маркеров, хотя его формальная природа к этому располагает. Опасность редукции здесь двоякая. Во-первых, редукция к числам может уничтожить клинический смысл, превратив психкод в «оценочный профиль», который будет восприниматься как окончательная истина без контекста. Во-вторых, редукция к биологическим маркерам приведёт к биологическому редукционизму, который в психиатрии неоднократно критиковался как концептуально ограниченный: психические расстройства возникают и проявляются на уровне личности, отношений, культуры и биографии, а не только на уровне нейробиологических процессов [7]. Следовательно, психкод должен быть устроен как гибридный объект: он включает формальные элементы, но сохраняет структуру клинических смыслов; он допускает количественные шкалы, но не сводится к ним; он может интегрировать биомаркеры, но не подчиняет им всё описание.

Если рассматривать психкод как объект теории, то он имеет несколько уровней описания.

Первый уровень — онтологический: что именно считается элементами психической системы (уровни, подсистемы, функциональные модули) и какие типы связей между ними признаются значимыми. Этот уровень был подготовлен главами 2–4 и задаёт «алфавит» будущего кода.

Второй уровень — операциональный: каким образом клиницист или система извлекает элементы психкода из клинического материала (феноменология, анамнез, психический статус, тестирование, поведенческие данные), каким образом осуществляется переход от феномена к симптомокомплексу и далее к структурному описанию. Этот переход уже был предварительно обозначен в главе 3 как траектория «феномен → симптом → структура → код» и теперь должен быть доведён до процедурной ясности [8].

Третий уровень — формальный: как именно код записывается, какие правила синтаксиса и семантики обеспечивают его машинную интерпретируемость и клиническую читаемость.

Наконец, четвёртый уровень — валидизационный: как психкод соотносится с исходными клиническими данными, как проверяется его устойчивость во времени, как фиксируются изменения и как различаются норма, уязвимость, компенсация и декомпенсация.

Научный объект предполагает возможность построения на его основе теории и накопления знаний. Это означает, что психкод должен создавать условия для новых типов исследований, которые в рамках одной лишь нозологической классификации трудно осуществимы. Например, становится возможным исследовать не только распространённость диагнозов, но и распространённость структурных конфигураций психической системы; не только эффективность препаратов «при диагнозе», но и эффективность вмешательств «при определённых профилях связей и уровневых нарушений»; не только прогноз по рубрике, но и прогноз по динамическим параметрам психкода. Подобная логика согласуется с современными тенденциями в психиатрии, где всё чаще обсуждаются трансдиагностические подходы, ориентированные на измерения и механизмы, а не исключительно на категории [9]. При этом психкод не подменяет исследовательские программы вроде RDoC, а может служить клинико-системной рамкой, в

которую трансдиагностические домены могут быть встроены как частные измерительные слои, не разрушая клинической целостности пациента [10].

Ещё один критерий научного объекта — возможность межсубъектной коммуникации. В психиатрии это особенно важно, поскольку клиническая интерпретация подвержена вариативности. Психкод претендует на снижение этой вариативности за счёт стандартизации описания структуры психики и её динамики. Однако такая стандартизация не должна быть равна унификации личности. Наоборот, психкод должен фиксировать индивидуальность как структуру различий, а не как шум, мешающий статистике. Это означает, что психкод не только допускает уникальные комбинации параметров, но и ставит их в центр описания. Здесь проявляется методологическая преемственность с главой 3: уникальность личности понимается как научная категория, то есть как объект описания, а не как остаток, не поддающийся формализации.

Наконец, психкод как научный объект должен иметь определённый статус по отношению к праву и этике. В главе 4.5 был сформулирован принцип этической ограниченности как условие возможности формализации психики. В применении к психкоду это означает, что он должен быть не только «записью о человеке», но и документом с внутренними ограничителями: уровни доступа, указание контекста, маркировка степени уверенности, запрет на автоматические социальные решения без клинической экспертизы. Это делает психкод объектом, который существует одновременно как клиническая модель и как элемент инфраструктуры. По аналогии можно вспомнить, что генетическая информация стала научным объектом не только благодаря биологии, но и благодаря созданию этических и правовых режимов её обращения; без них генетическая «формализация человека» быстро превращалась бы в инструмент дискриминации [5].

Подытоживая, психкод в рамках данной монографии определяется как новый научный объект психиатрии: формализованная, системно-организованная и динамически чувствительная запись индивидуальной психической системы, предназначенная для клинической коммуникации, валидируемого исследования и технологической интеграции. Он возникает на стыке онтологии психики и практики диагностики, на границе феноменологии и инженерии. Его научность определяется не декларацией, а возможностью процедурного извлечения, межсубъектной сопоставимости, клинической валидизации и этически ограниченного применения. Следующая подглава (5.2) логически продолжит этот тезис, показав, чем психкод отличается от диагноза, психологического профиля и шкальных оценок, и почему смешение этих уровней ведёт к методологическим ошибкам и практическим рискам.

Список литературы

[1] Новицкий И.Я. Психическая система. М., 2025. – 252 с.

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

[3] Kendler K.S. The nature of psychiatric disorders. World Psychiatry. Chichester, 2016;15(1):5–12.

[4] Popper K. The Logic of Scientific Discovery. London: Routledge, 2002. – 544 p.

[5] Beauchamp T.L., Childress J.F. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press, 2019. – 528 p.

[6] МКБ-10: Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике. - СПб.: «Адис», 1994. 304 с.

[7] Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. Washington, 1977;196(4286):129–136.

[8] Berrios G.E. The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. – 565 p.

[9] Caspi A., Houts R.M., Belsky D.W., et al. The p factor: one general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? Clinical Psychological Science. Thousand Oaks, 2014;2(2):119–137.

[10] Insel T.R., Cuthbert B.N., Garvey M., et al. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. American Journal of Psychiatry. Washington, 2010;167(7):748–751.

5.2. Отличие от диагноза, профиля, шкал

Определив психкод как научный объект, необходимо провести принципиально важное различение: психкод не является ни диагнозом, ни психологическим профилем, ни шкальной оценкой, хотя может включать элементы всех трёх. Это различение не носит терминологического характера; оно методологически критично, потому что смешение уровней описания ведёт к систематическим ошибкам — как в клинической практике, так и в научных исследованиях. История психиатрии неоднократно показывала, что недостаточная рефлексия над статусом диагностических понятий превращает классификацию либо в догму, либо в бюрократический язык, плохо связанный с реальной клинической картиной [1]. В рамках предлагаемой модели психкода речь идёт о том, чтобы развести по разным «пластам» три инструмента, которые традиционно используются для описания психических состояний: нозологическое именование, индивидуально-психологическое картирование и количественную оценку выраженности симптомов.

Диагноз в психиатрии — это прежде всего категория, то есть отнесение наблюдаемого состояния к классу, определённому нормативным документом или профессиональной традицией. В МКБ 10/11 диагноз закрепляется как результат сопоставления клинической картины с набором критериев, которые должны обеспечивать приемлемую согласованность между специалистами и учреждениями [2]. Диагноз, таким образом, выполняет несколько функций: коммуникационную, административную, юридическую, а также эвристическую — он позволяет предполагать типичное течение, риск осложнений и общие принципы лечения. Однако диагноз принципиально категориален: он неизбежно обобщает и сглаживает индивидуальные различия, поскольку его задача — соотнести конкретное с типовым. Даже там, где МКБ-11 вводит более гибкие подходы, например измерительные спецификаторы для некоторых расстройств, логика остаётся прежней: сначала определяется класс, затем уточняется выраженность и контекст [3].

Психкод строится по иной логике: он не «называет болезнь», а фиксирует системную конфигурацию психики конкретного человека. Следовательно, диагноз в рамках психкода оказывается частным срезом — одним из возможных отображений, но не основанием описания. Здесь важно удерживать мысль, уже подготовленную в первой части монографии: клиническая реальность организована системно, а классификационная — рубрично; это разные способы упорядочивания материала. Нозология отвечает на вопрос «к какому классу относится наблюдаемое состояние?», тогда как психкод отвечает на вопрос «каким образом устроена психическая система данного человека и где в ней локализуются нарушения, компенсации, разрывы связей и динамические сдвиги?» [4]. Из этого различия следует практическое последствие: один и тот же диагноз может соответствовать различным психкодам, а один психкод может порождать несколько конкурирующих диагнозов в зависимости от клинического среза, времени наблюдения и доминирующих симптомов. Именно эта несводимость «диагноз ↔ пациент» была обозначена как методологическая проблема в первой части и теперь получает решение через введение психкода как более общего идентификатора [4].

Второй объект сравнения — психологический профиль. Профиль, в широком смысле, представляет собой описание личности или состояния через набор психологических характеристик: черты, стили, когнитивные параметры, эмоциональные особенности, мотивационные структуры. Профили могут строиться на основе интервью, наблюдения, опросников, проективных методик, когнитивных тестов. Их сильная сторона — фокус на индивидуальности и психологии субъекта; их слабая сторона — частая разнородность теоретических оснований и отсутствие единого языка интеграции с психиатрической диагностикой. Психологический профиль обычно не предназначен для формального сопоставления между учреждениями, а также часто не содержит строгой динамической модели: он фиксирует «срез личности» и может не иметь алгоритма перевода в прогноз, клиническое решение или медицинскую идентичность [5]. Кроме того, профили нередко строятся в рамках конкретной школы (например, психодинамической или когнитивной) и могут быть трудно переносимы в иной теоретический контекст.

Психкод не отменяет профиль, но вводит иной принцип организации: профиль становится одним из источников данных для построения кода, а не самим кодом. Психкод отличается от профиля тем, что он ориентирован на системную архитектуру психики, на типы связей и уровневую интеграцию, а также на клиническую валидность, то есть на пригодность к принятию решений и сопоставимости с медицинскими классификациями [6]. Там, где профиль отвечает на вопрос «каков этот человек психологически?», психкод отвечает на вопрос «какова структура его психической системы как клинически значимого объекта, включая нарушения, компенсации и динамику?». Психкод, по замыслу, должен быть способен включать психологические категории (например, схемы, защитные механизмы, когнитивные искажения) как описательные элементы, но подчинять их общей онтологии уровней и связей. Это принципиально важно: без общей онтологии психологические данные остаются «набором наблюдений», тогда как психкод стремится быть целостной моделью, допускающей формальную запись и вычислимую интерпретацию [7].

Третий объект сравнения — шкалы. Шкала в медицине и психиатрии — это инструмент измерения выраженности определённого феномена или группы феноменов. Шкалы строятся так, чтобы обеспечить количественность, чувствительность к изменениям и возможность статистического анализа. Именно шкалы в значительной степени сделали возможными клинические испытания и сравнительную оценку эффективности вмешательств [8]. Однако шкалы неизбежно редуцируют наблюдаемое: они выбирают определённый «срез» реальности и превращают его в число, которое удобно сравнивать. В этом их сила и ограничение одновременно. Даже самая валидная шкала не является моделью психики; она является инструментом измерения заранее заданного параметра. Более того, шкала может быть высоко надёжной и при этом недостаточно содержательной, если измеряет не «механизм», а лишь «поверхностную выраженность» симптомов. Классические дискуссии о валидности психометрии показывали, что измерение не эквивалентно пониманию и что числовой показатель нуждается в теоретической интерпретации [9].

Психкод отличается от шкал тем, что он является структурной моделью, а не измерением отдельного параметра. Шкалы встраиваются в психкод как измерительные слои: они могут уточнять выраженность компонентов, подтверждать динамику и обеспечивать количественную опору для мониторинга. Но психкод не может быть сведен к сумме шкал, потому что сумма измерений не создаёт онтологии. Можно измерить тревогу, депрессию, импульсивность и когнитивный дефицит, но из этого автоматически не следует понимание того, как именно организованы связи между уровнями психики, где расположен «узел» нарушения и почему в одном случае тревога является первичной, а в другом — вторичной реакцией на расстройство мышления или травматическую диссоциацию. Иными словами, шкалы отвечают

на вопрос «насколько выражено?», тогда как психкод отвечает на вопрос «как устроено и как меняется?» [10].

Различение психкода и перечисленных инструментов можно описать через различие «категория — профиль — измерение — модель». Диагноз даёт категорию; профиль даёт описание индивидуальных особенностей; шкалы дают количественную оценку выбранных параметров; психкод же претендует на роль модели, которая способна интегрировать все три уровня и при этом сохранять целостность. Модель отличается тем, что она имеет внутреннюю структуру, правила соответствия между элементами и допускает операции: сопоставление, прогнозирование, выявление причинных гипотез, оценку влияния вмешательств. Модель в медицине становится особенно продуктивной тогда, когда она связывает клинические наблюдения с формальными представлениями и позволяет повторяемо получать результаты, которые не зависят полностью от субъективной интерпретации врача. Именно в этом смысле психкод связан с задачей «сделать психиатрию более научной» — не путём отказа от клинического мышления, а путём его формализации и стандартизации на уровне системной модели.

Отдельно следует подчеркнуть, что психкод не является попыткой заменить клиническую встречу алгоритмом. Наоборот, психкод требует клинического мышления, потому что его построение предполагает интерпретацию феноменов, выделение симптомов, соотнесение их со структурой системы и оценку динамики во времени. Разница в том, что результат этой интерпретации получает форму, пригодную для сопоставления и дальнейшей инженерной работы. Психкод, таким образом, выступает как «мост» между традицией клинической психиатрии и требованиями цифровой медицины, где объект должен быть представлен в формализуемом виде, чтобы быть доступным для электронных систем, аналитики и, в перспективе, этически ограниченного применения ИИ [11].

Если же подойти к вопросу с точки зрения практических рисков, то смешение психкода с диагнозом, профилем или шкалами ведёт к трём типичным деформациям.

Первая — нозологическая редукция: когда психкод воспринимается как «расширенный диагноз» и сводится к набору рубрик МКБ с уточнениями; тогда теряется системная логика и индивидуальная конфигурация, ради которой код вводился.

Вторая — психологизация: когда психкод превращается в описательный профиль, насыщенный метафорами и интерпретациями, но лишённый формального ядра и клинической сопоставимости; тогда психкод утрачивает статус медицинского идентификатора.

Третья — метрическая иллюзия: когда психкод подменяется набором чисел по шкалам и создаётся ложное ощущение объективности; в этом случае модель исчезает, остаётся только мониторинг параметров без понимания структуры.

Против всех трёх деформаций психкод должен иметь внутренние методологические «предохранители»: явное различение уровней описания, фиксированную онтологию и правило, что диагноз, профиль и шкалы являются данными или отображениями, но не самим психкодом [4].

Таким образом, психкод следует понимать как системный идентификатор, который интегрирует нозологическую категорию, психологическое описание и количественные измерения в единую модель, ориентированную на структуру и динамику психической системы. Его задача — не конкурировать с диагнозом, профилем или шкалами, а упорядочить их роли и обеспечить общий язык, в котором они могут быть связаны без взаимного разрушения. Это различение подготавливает следующую подглаву (5.3), где психкод будет рассмотрен уже не только как теоретическая конструкция, но как элемент медицинской идентичности, то есть как документируемая форма описания человека в здравоохранении, сопоставимая по статусу с иными медицинскими идентификаторами и одновременно требующая особых этических режимов обращения.

Список литературы

[1] Popper K. The Logic of Scientific Discovery. London: Routledge, 2002. – 544 p.

[2] МКБ-10: Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике. - СПб.: «Адис», 1994. 304 с.

[3] МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация. М.: «КДУ», «Университетская книга». 2021. 432с.

[4] Выготский, Л. С. История развития высших психических функций / Л. С. Выготский. — Москва: Издательство Юрайт, 2025. — 336 с.

[5] McCrae R.R., Costa P.T. Personality in Adulthood: A Five-Factor Theory Perspective. New York: Guilford Press, 2003. – 268 p.

[6] Kendler K.S. The nature of psychiatric disorders. World Psychiatry. Chichester, 2016;15(1):5–12.

[7] Berrios G.E. The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. – 565 p.

[8] Hamilton M. A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry. London, 1960;23:56–62.

[9] Cronbach L.J., Meehl P.E. Construct validity in psychological tests. Psychological Bulletin. Washington, 1955;52(4):281–302.

[10] Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. Washington, 1977;196(4286):129–136.

[11] Insel T.R., Cuthbert B.N., Garvey M., et al. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. American Journal of Psychiatry. Washington, 2010;167(7):748–751.

5.3. Психкод и медицинская идентичность

Переход от определения психкода как научного объекта к его роли в медицинской практике неизбежно выводит нас к понятию медицинской идентичности. В классической медицине идентичность пациента формируется на пересечении двух линий: административно-правовой (кто этот человек в системе здравоохранения) и клинической (что именно с ним происходит как с носителем определённого заболевания или состояния). Исторически клиническая линия закреплялась через диагноз, иногда дополнялась ключевыми синдромами, осложнениями, соматическим статусом и кратким анамнезом, после чего становилась частью документации, маршрутизации и принятия решений [1]. Для психиатрии такая конструкция всегда была проблематичной, потому что психические явления одновременно принадлежат и телу (как биологической системе), и личности (как носителю смысла), и социальному контексту (как пространству норм, ролей и конфликтов). В результате медицинская идентичность психиатрического пациента формируется с хроническим дефицитом: она либо чрезмерно редуцирована к рубрике (диагнозу), либо расплывается в повествовательности клинического описания, которое трудно сравнивать, хранить и использовать в междисциплинарной коммуникации [2].

Диагноз, особенно в логике МКБ 10/11, обеспечивает необходимый минимум медицинской идентичности: он позволяет пациенту «существовать» как объект системы здравоохранения, служит основанием для кодирования, статистики, финансирования, экспертизы и юридической квалификации [3]. Но этот минимум приобретает свою цену: диагноз как категория описывает типовое, а не индивидуальное, а значит, всегда является неполным представлением личности и её психической системы. С практической точки зрения это проявляется в том, что

один и тот же диагноз объединяет людей с принципиально различной структурой нарушений и различным механизмом симптомообразования, а потому — с различной терапевтической чувствительностью и прогнозом. В условиях современной медицины, где становится нормой персонализация лечения, такая «категориальная идентичность» оказывается недостаточной даже в соматических областях, не говоря о психиатрии [4]. Именно поэтому в последние десятилетия усилился интерес к измерительным подходам, трансдиагностическим моделям и структурным описаниям психопатологии, которые стремятся дополнить диагноз системой координат для индивидуального случая [5]. Однако эти подходы часто остаются либо исследовательскими, либо разрозненными, поскольку им не хватает общего формата медицинской идентичности, пригодного для клинического документооборота.

Психкод предлагается как способ преобразовать медицинскую идентичность в психиатрии из категориальной в системно-структурную. Иначе говоря, психкод претендует быть тем уровнем описания, который сохраняет клиническую сопоставимость и нормативную совместимость с МКБ, но при этом фиксирует индивидуальную конфигурацию психической системы, включая организацию уровней, устойчивые связи и уязвимости, типы нарушений, характер компенсаций и динамическую изменчивость. В таком понимании психкод становится не «заменой» диагнозу, а более фундаментальным идентификатором, в котором диагноз занимает статус частного отображения. Если диагноз отвечает на вопрос «какой класс расстройств здесь наиболее вероятен?», то психкод отвечает на вопрос «какой именно человек находится перед нами как носитель определённой архитектуры психики и какого типа системные нарушения в ней доминируют?» [6]. Медицинская идентичность перестаёт быть ярлыком и становится паспортом системы — с возможностью формальной записи, сравнения и обновления.

Важный шаг для обоснования такого подхода — уточнить, что именно понимается под «идентичностью» в медицинском смысле. В клинике идентичность — это не философское «кто я», а устойчивый способ представления пациента для принятия решений. Диагноз традиционно выступает в роли центрального маркера идентичности, потому что он как бы «сжимает» сложную реальность в единицу информации, позволяющую врачу действовать. Но это сжатие сопровождается потерей данных о структуре и механизмах. Психкод предлагает иной тип сжатия: он стремится минимизировать потерю структурной информации, сохраняя при этом формальную компактность. Тем самым психкод становится аналогом «структурной подписи» психического состояния — не художественным портретом и не таблицей баллов, а формализуемой моделью, на основании которой можно принимать решения, проверять гипотезы и отслеживать изменения [7]. В инженерных терминах психкод ближе к «спецификации системы», чем к «названию класса объектов».

Если рассмотреть практические задачи медицинской идентичности, становится ясно, почему психкод не может быть чисто теоретической конструкцией. Медицинская идентичность должна выполнять как минимум четыре функции: обеспечивать узнаваемость (идентификацию состояния в системе), обеспечивать сопоставимость (с другими случаями и стандартами), поддерживать принятие решений (выбор вмешательств и маршрута) и сохранять динамику (возможность отслеживать изменения). Диагноз хорошо выполняет первые две функции, частично третью и почти не выполняет четвёртую, если не сопровождён развёрнутой клинической документацией [3]. Психологический профиль и клиническое описание неплохо поддерживают третью и частично четвёртую функции, но плохо обеспечивают сопоставимость и стандартизацию. Шкалы обеспечивают динамику количественно, но плохо удерживают целостность объекта. Психкод задуман как формат, который, будучи встроенным в клиническую документацию, способен объединить все четыре функции без взаимного разрушения: он остаётся стандартизируемым, но не редуцирует человека до рубрики; он поддерживает динамику, но не растворяется в числах; он помогает решениям, но не подменяет клиническое мышление [8].

Здесь возникает принципиальный вопрос: чем психкод отличается от «расширенного диагноза» или «комплексного заключения», которые в практике часто пишутся как многостраничные тексты? Отличие заключается в том, что расширенное заключение — это форма повествовательной идентичности. Оно действительно может быть клинически точным, но оно не является формальным объектом; его трудно сопоставлять, трудно переводить в данные, трудно использовать в цифровой среде и почти невозможно сделать машинно интерпретируемым без потери смысла [9]. Психкод же претендует быть формой структурной идентичности: он должен иметь фиксированную грамматику, внутреннюю логику и правила изменения. Это делает его пригодным для цифровой психиатрии и для междисциплинарного взаимодействия, где психическое состояние должно быть описано так, чтобы его могли понимать разные специалисты — психиатры, клинические психологи, неврологи, терапевты, а в перспективе и алгоритмические системы поддержки решений [10]. Однако важно подчеркнуть: машинная интерпретируемость в этой модели понимается не как «замена врача», а как возможность хранить, сопоставлять и анализировать данные в пределах этически допустимых рамок, о которых говорилось в части I [11].

Формирование медицинской идентичности через психкод затрагивает и проблему времени, которая в психиатрии имеет особое значение. Соматический диагноз нередко предполагает относительно стабильный объект: например, диабет или гипертония остаются идентификационными маркерами годами. В психиатрии многие состояния фазны, рецидивируют, протекают волнообразно, а также зависят от терапии, социальной среды и жизненных событий. Следовательно, медицинская идентичность должна быть не статической, а обновляемой. В МКБ-11 частично признаётся необходимость фиксировать тяжесть, ремиссию, текущий статус, но эти элементы остаются придатком к категории [3]. Психкод, напротив, строится так, чтобы динамика была встроенной характеристикой: код должен иметь стабильное «ядро» (условно: структура уязвимости, особенности интеграции уровней, типичные компенсаторные механизмы) и изменяемые компоненты (текущие синдромы, степень декомпенсации, выраженность симптомов, контекстные факторы). Тогда медицинская идентичность перестаёт быть «разовым ярлыком» и становится «профилем во времени», что существенно ближе к реальности психиатрического наблюдения [12].

С этим связана и клиническая польза психкода как медицинской идентичности: он позволяет различать «похожесть по симптомам» и «похожесть по структуре». Два пациента могут предъявлять одинаковый набор симптомов тревоги, бессонницы и соматизации, но иметь разные структурные основания: в одном случае тревога является ведущим уровневым нарушением саморегуляции и интеграции, в другом — вторичной реакцией на расстройство мышления, в третьем — проявлением травматической диссоциации, а в четвёртом — компонентом личности, который активируется в определённых социальных контекстах. Диагноз в таком случае часто колеблется, шкалы показывают одинаковые баллы, а повествовательное описание оказывается трудно сопоставимым. Психкод же фиксирует структурную картину и тем самым превращает медицинскую идентичность в инструмент дифференциальной диагностики и выбора терапии. Это принципиально, поскольку современная психиатрия всё чаще сталкивается с необходимостью индивидуализировать вмешательство не по диагнозу как таковому, а по механизму нарушения и по структуре уязвимости [5].

Вопрос о медицинской идентичности неизбежно включает правовой и социальный аспект. Диагноз в психиатрии имеет стигматизирующий потенциал: он может повлиять на трудоустройство, страхование, семейные решения, судебные процессы и самоощущение человека. Именно поэтому психиатрическая документация всегда находится в зоне повышенных этических рисков [11]. Психкод, будучи более детальным описанием, потенциально усиливает риски — но при правильной архитектуре может и снижать их, потому что позволяет отделять «клинически значимую структуру» от «социального ярлыка». Медицинская идентичность в форме

психкода может быть многоуровневой: одна и та же система данных может иметь «клинический слой» (для лечащей команды), «административный слой» (для кодирования и отчётности) и «пациентский слой» (для коммуникации и сотрудничества с пациентом), причём каждый слой должен подчиняться принципу минимальной достаточности и информированного согласия [11]. В рамках настоящей монографии это будет развёрнуто в части V, но уже здесь следует зафиксировать тезис: психкод как идентичность допустим только при этической архитектуре доступа, логирования и контроля использования данных.

Наконец, необходимо отметить, что психкод как медицинская идентичность неизбежно изменяет сам стиль клинического мышления. Он требует от врача не только узнавания синдрома и выбора рубрики, но и явного построения модели: где находится ядро нарушения, какие связи разорваны, какие уровни компенсируют друг друга, какие факторы запускают декомпенсацию, какие вмешательства воздействуют на систему и какие — лишь подавляют симптом. Такой стиль близок к системной медицине и к клинической эпистемологии, где диагноз рассматривается не как конечная истина, а как рабочая гипотеза в контексте модели пациента [13]. В этом смысле психкод возвращает психиатрию к её классической интеллектуальной традиции к описательной психопатологии и клинической феноменологии, но переводит её результаты в формальный язык, пригодный для современной медицины и цифровой среды [14].

Тем самым психкод и медицинская идентичность образуют взаимное обоснование. Психкод получает практический смысл только тогда, когда он становится формой идентичности, то есть устойчивым, документируемым и обновляемым представлением пациента. Медицинская идентичность в психиатрии получает новую опору только тогда, когда перестаёт быть исключительно диагнозом и становится системной конфигурацией, допускающей клиническую валидность, динамическое обновление и этическое управление. Это завершает главу 5 как целостный блок: психкод определён как научный объект, отличён от близких инструментов и введён в поле медицинской практики как новая форма клинико-системной идентификации. Следующая глава (6) логически развивает эту линию: если психкод — идентификатор, то он должен иметь элементарные единицы, из которых он строится, и правила их сочетания.

Список литературы

[1] Berrios G.E. The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. – 565 p.

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

[3] МКБ-10: Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике. - СПб.: «Адис», 1994. 304 с.

[4] Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. Washington, 1977;196(4286):129–136.

[5] Insel T.R., Cuthbert B.N., Garvey M., et al. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. American Journal of Psychiatry. Washington, 2010;167(7):748–751.

[6] Блейлер Э. Руководство по психиатрии. — Издательство Независимой психиатрической ассоциации, 1993. — 544 с..

[7] Pearl J. Causality: Models, Reasoning, and Inference. Cambridge: Cambridge University Press, 2009. – 484 p.

[8] Шнайдер К. Клиническая психопатология / С комм. Г. Хубер, Г. Гросс. — 14-е изд. — М.: Сфера, 1999. — 296 с.

[9] Rosenhan D.L. On being sane in insane places. Science. Washington, 1973;179(4070):250–258.

[10] Topol E. Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again. New York: Basic Books, 2019. – 400 p.

[11] Beauchamp T.L., Childress J.F. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press, 2019. – 512 p.

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

[13] Popper K. The Logic of Scientific Discovery. London: Routledge, 2002. – 544 p.

[14] Foucault M. Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason. New York: Vintage Books, 1988. – 320 p.

Глава 6. Элементарные единицы психкода

6.1. Уровень психической системы

Переход ко второй части монографии закономерен: если в первой части был обоснован сам принцип формализации психической реальности и введено понятие психкода как системного идентификатора, то теперь требуется определить «алфавит» этого языка — минимальные единицы, из которых может быть построено любое кодовое описание. В инженерных дисциплинах такой переход соответствует выделению базовых элементов модели, без которых невозможно ни специфицировать систему, ни провести её сравнение, ни вычислить последствия изменений. В клинике этот переход означает следующее: психкод должен перестать быть метафорой и стать воспроизводимой процедурой описания, то есть набором элементарных единиц с понятными правилами их различения и сочетания. Первой и наиболее фундаментальной такой единицей является уровень психической системы, потому что именно уровень задаёт координаты для всех остальных элементов: подсистем, модулей, связей и типов нарушений.

Понятие уровня не является исключительно философским или методологическим; оно исторически присутствует в психологии и психиатрии в разных версиях, начиная от классических представлений о «слоях» психической организации и заканчивая современными многоуровневыми моделями когнитивного контроля, эмоций, саморегуляции и социального функционирования [1]. Однако в традиционной психиатрической практике «уровень» чаще остаётся скрытым: врач описывает феномены (галлюцинации, тревогу, суицидальные мысли), затем группирует их в синдром, затем выбирает рубрику диагноза по МКБ-10 или МКБ-11, а уровень нарушения подразумевается неявно — «как будто само собой» [2]. Для психкода, напротив, уровень должен быть сделан явным, потому что именно он позволяет различать поверхностное проявление и глубинную организацию. Два пациента могут иметь сходные симптомы, но располагаться на разных уровнях системного нарушения: у одного преобладают сбои в интеграции самосознания и реальности, у другого — первичные расстройства аффективной регуляции, у третьего — хроническая деформация социальных и личностных стратегий при сохранной когнитивной архитектуре. Диагноз, профиль и шкалы могут фиксировать общий класс проблем, но именно уровневое описание делает возможным системную дифференциацию и, следовательно, персонализированное вмешательство [3].

В рамках настоящей монографии уровень психической системы определяется как относительно автономная зона организации психики, имеющая собственные функции, собственные механизмы регуляции и собственный тип проявлений в норме и патологии, но при этом включённая в общую иерархию и связанная с другими уровнями вертикальными и горизонтальными отношениями [4]. Это определение принципиально. Во-первых, оно задаёт минимальное требование к уровню: уровень не равен «теме» или «разделу» описания, а должен иметь функциональную специфику. Во-вторых, уровень не равен «органу» или «анатомической структуре»: уровень — это клинико-функциональная категория, которая может иметь нейробиологические корреляты, но не исчерпывается ими. В-третьих, уровень не тождественен нозологической рубрике. Нозология (в МКБ-10/11) группирует состояния по диагностическим критериям и ожидаемому клиническому профилю, тогда как уровень отражает архитектуру психической системы, которая может участвовать в разных нозологических единицах и определять их индивидуальное течение [5]. Таким образом, введение уровня как элементарной единицы психкода является способом удержать системность: психкод описывает не список симптомов, а карту нарушений в структуре психики.

Чтобы уровень действительно работал как элемент психкода, он должен быть операционализирован. Это означает, что врач (или система, поддерживающая врача) должен иметь возможность, анализируя клинический материал, соотнести наблюдаемые феномены с определённым уровнем или набором уровней. В классической психопатологии уже содержится ключ к такой процедуре: описательные школы, начиная с Ясперса, подчёркивали различие между феноменом как «данным переживания» и структурой как «организацией психической деятельности», а также необходимость различать нарушение функции, нарушение формы и нарушение связи. В современной клинической психологии и когнитивной нейронауке аналогичная логика выражается в различении процессов восприятия, внимания, памяти, исполнительных функций, эмоциональной регуляции, теории психики (mentalizing) и социального поведения [6]. Психкод не отменяет эти традиции; он стремится перевести их в общий формат, где уровни становятся фиксированными координатами, а клиническое описание — систематизируемым.

Уровневый подход имеет принципиальную ценность по причине, которую можно назвать «защитой от ложной конкретности». В клинике существует соблазн считать, что чем более конкретно назван симптом, тем ближе мы к пониманию. Однако психиатрический симптом, будучи продуктом субъективного опыта и интерпретации, часто является «верхушкой айсберга», а конкретность феномена может маскировать неопределённость механизма [7]. Например, «навязчивые мысли», «деперсонализация», «паранойяльная интерпретация», «психомоторное возбуждение» — все эти феномены могут иметь разные уровневые основания: от первичного сбоя в фильтрации значимости и прогнозировании до вторичной защиты личности, от аффективной нестабильности до расстройств самосознания. Если психкод строится без уровня, он начинает напоминать расширенный перечень феноменов, то есть возвращается к той самой «потере человека» и несопоставимости, которые критиковались в части I. Уровень же вводит в описание принцип «архитектурного якоря»: феномен становится понятным как проявление сбоя в определённой зоне системы, а не как изолированная единица речи [8].

Дополнительная причина важности уровня состоит в том, что психиатрическая диагностика, даже в рамках МКБ-11, всё чаще требует уточнения «тяжести», «течения», «контекста», «функционального ущерба» и коморбидности, а это фактически означает признание многомерности психической патологии [5]. Но многомерность без координат превращается в хаос измерений. Уровень, напротив, задаёт координатную сетку, на которой могут быть размещены и диагнозы, и синдромы, и шкальные показатели. Именно поэтому в психкоде уровень занимает место первичной единицы: он предшествует подсистемам и функциональным модулям, потому что именно уровневое членение делает возможным различать, что относится к «ядру» нарушения, а что — к вторичным последствиям и компенсациям.

Внутреннее содержание уровня можно описать как триаду: функция, регуляция и клиническая манифестация. Функция задаёт, «для чего» существует данный уровень в психической системе; регуляция задаёт, «как» уровень поддерживает устойчивость и как взаимодействует с другими уровнями; клиническая манифестация задаёт, «как» нарушение уровня проявляется феноменологически и поведенчески. Эта триада важна потому, что она защищает психкод от формальной пустоты. Если уровень задаётся только перечнем феноменов, он превращается в рубрику. Если он задаётся только нейробиологической гипотезой, он превращается в спекуляцию. Если он задаётся только философским описанием, он теряет клиническую полезность. Триада удерживает баланс между феноменологией, механизмом и практикой — то есть между тем, что пациент сообщает, тем, что врач понимает, и тем, что врач может сделать.

С клинико-системной точки зрения уровни психической системы следует понимать как относительно устойчивые «поля организации», а не как ступени развития или линейные этажи. Это принципиально: психика не является лестницей, по которой человек «поднимается», и патология не всегда означает «регресс» к более низкому уровню. Скорее речь идёт о том, что разные уровни могут быть по-разному напряжены, перегружены, компенсированы или выклю-

чены, а клиническая картина является результатом конфигурации этих состояний. Например, при тяжёлой депрессии может наблюдаться выраженное снижение энергетического и мотивационного компонента при относительной сохранности логического мышления; при расстройствах шизофренического спектра могут первично страдать механизмы интеграции значимости и самосознания при формальной сохранности многих когнитивных операций; при расстройствах личности часто сохраняются базовые когнитивные функции, но нарушаются устойчивые схемы саморегуляции и социального взаимодействия [9]. В каждом случае уровневый анализ позволяет точнее отделить первичное от вторичного и тем самым уточнить лечебную стратегию.

Особое значение уровневое описание приобретает при сопоставлении МКБ 10/11. Обе классификации ориентированы на диагностические критерии, но МКБ-11 в большей степени стремится учитывать клинические спецификаторы и функциональную оценку, а также предлагает новые подходы в ряде областей, например в классификации расстройств личности [5]. Однако ни МКБ-10, ни МКБ-11 не являются онтологиями психики в строгом смысле; они не описывают архитектуру психической системы, а задают язык группировки клинических состояний. Психкод, опираясь на МКБ как на нормативную рамку, должен добавить то, чего в классификации нет по определению: уровневую карту нарушений, которая может объяснить, почему одинаковая рубрика у разных людей даёт разные терапевтические траектории. В этом смысле психкод может быть понят как «второй слой» медицинской идентичности: первый слой — совместимость с МКБ и юридико-административной системой, второй слой — системное описание пациента как уникальной конфигурации уровней [2].

Важным следствием является то, что уровень в психкоде должен быть инвариантным по отношению к диагнозу. Иными словами, один и тот же уровень может быть клинически значим при разных диагнозах, а один и тот же диагноз может включать разные уровневые профили. Это требование напрямую связано с проблемой коморбидности и пересечения категорий, которое широко обсуждается в современной психиатрии: многие пациенты удовлетворяют критериям нескольких расстройств, а границы между диагнозами оказываются пористыми [10]. Коморбидность в традиционном подходе часто превращается в «накопление ярлыков». Уровневый подход позволяет рассматривать её как пересечение нарушений на разных уровнях или как выражение общего системного дефицита, который проявляется разными синдромами. Тем самым психкод не отменяет диагнозы, но предлагает другой способ организовать клиническую реальность: диагнозы становятся «проекциями» на классификационную плоскость, а уровень — координатой в системе пациента.

Ещё одно существенное обстоятельство — связь уровня с понятием нормы. Если психкод должен описывать не только патологию, но и уязвимость, компенсацию и динамику, то уровни должны быть определены в нормальном функционировании. В противном случае любая фиксация будет патологизирующей. Норма в психкоде понимается как функционально достаточная, адаптивная и устойчиво регулируемая работа уровня в пределах индивидуальных вариаций, а не как абстрактный идеал [11]. Это означает, что уровневое описание должно быть чувствительным к индивидуальной типологии личности и контекста. Один и тот же профиль эмоциональной реактивности может быть вариантом нормы в одном жизненном устройстве и фактором риска в другом. В клинике эта мысль известна, но формализовать её трудно. Именно поэтому уровень важен: он позволяет различать стабильные свойства уровня (например, тип регуляции, тип связи с другими уровнями) и текущие состояния (например, декомпенсация под стрессом), не смешивая их в одну категорию.

С формальной точки зрения уровень должен быть кодируемым. Но кодируемость в данном случае не означает «превратить человека в цифры». Она означает, что для каждого уровня должны быть определены признаки принадлежности феномена к уровню, признаки нарушений уровня, признаки компенсации и признаки межуровневых разрывов. Эти признаки могут быть

описательными, категориальными и частично количественными; важно лишь, чтобы они были воспроизводимыми и клинически валидными. В этом месте психкод соприкасается с идеей операционализации психопатологии, которая исторически была ответом на кризис субъективности и несопоставимости [12]. Однако психкод отличается тем, что операционализация здесь не сводится к диагностическим критериям, а направлена на системную карту. Иначе говоря, вместо того чтобы спрашивать «соответствует ли пациент критериям рубрики?», психкод спрашивает «какие уровни нарушены, как они связаны и какой тип нарушения доминирует?».

Следует подчеркнуть и методологическую осторожность: уровни психической системы нельзя объявить «объективной реальностью» в простом смысле. Это модель, то есть инструмент описания, который должен выдерживать клиническую проверку и быть полезным. В философии науки подобные модели оцениваются не по метафизической истинности, а по объяснительной силе, прогностической полезности и способности интегрировать данные [13]. Для психкода это означает: уровневое членение оправдано, если оно повышает точность клинического мышления, уменьшает произвольность, улучшает сопоставимость и помогает планировать вмешательства. Если оно превращается в декоративную схему, оно должно быть пересмотрено. Именно поэтому далее, в главах 6–7, уровни будут уточняться через подсистемы, модули и типы связей, а в главах 8–9 — через норму, уязвимость и динамику. Уровень здесь — не готовый ответ, а необходимая единица, без которой невозможно построить грамматику психкода.

Наконец, уровневое описание имеет прямое отношение к цифровой психиатрии и к использованию ИИ как инструмента поддержки решений. Алгоритмические системы плохо работают с чисто повествовательными текстами и с расплывчатыми категориями; они требуют структурированных признаков и ясных отношений. Но если эти признаки будут выбраны неверно, алгоритм усилит ошибки и предвзятости. Уровень как элемент психкода является попыткой выбрать «правильную степень абстракции»: не слишком грубо, как диагноз, и не слишком атомарно, как отдельный симптом. Такая степень абстракции потенциально позволяет объединять клинические наблюдения, шкальные данные, поведенческие показатели и биомаркеры в единой модели, не разрушая человеческий смысл клинической картины [14]. При этом вся цифровая применимость психкода остаётся подчинённой принципу этической ограниченности: уровневые данные — это часть психической приватности, и их использование допустимо только при ясной рамке согласия, ограничений доступа и цели [15].

Таким образом, уровень психической системы как элементарная единица психкода выполняет роль первичного координатного основания. Он превращает психкод из перечня наблюдений в системную карту, связывает феноменологию с механизмом, обеспечивает мост между МКБ 10/11и индивидуальным случаем, делает возможным различение ядра и компенсаций, а также создаёт основу для динамического описания. В последующих подглавах главы 6 эта единица будет конкретизирована через понятия подсистемы и функционального модуля, а также через формальное описание типов связей и типов нарушений. Именно в этой последовательности сохраняется логика психкода как языка: сначала задаются координаты (уровни), затем элементы (подсистемы и модули), затем синтаксис (связи), и, наконец, патологическая семантика (типы нарушений).

Список литературы

[1] Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997. – 1056 с.

[2] Новицкий И.Я. Психическая система. М., 2025. – 318 с.

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

[4] Sturmberg J.P., Martin C.M. Handbook of Systems and Complexity in Health. New York: Springer, 2013. – 594 p.

[5] МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация. М.: «КДУ», «Университетская книга». 2021. 432с.

[6] LeDoux J.E. The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life. New York: Simon & Schuster, 1996. – 384 p.

[7] Berrios G.E. The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. – 565 p.

[8] Pearl J. Causality: Models, Reasoning, and Inference. Cambridge: Cambridge University Press, 2009. – 484 p.

[9] Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. М.: Бином. Лаборатория знаний; 2004. 493 с.

[10] First M.B. Harmonisation of ICD-11 and DSM-5: opportunities and challenges. BJPsych. Cambridge, 2020. Vol. 216(5). P. 267–269

[11] Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. Washington, 1977. Vol. 196(4286). P. 129–136.

[12] Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Практическая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов.— Ростов-н/Д., 1996.

[13] Popper K. The Logic of Scientific Discovery. London: Routledge, 2002. – 544 p.

[14] Topol E. Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again. New York: Basic Books, 2019. – 400 p.

[15] Beauchamp T.L., Childress J.F. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press, 2019. – 512 p.

6.2. Подсистема

Если уровень психической системы задаёт координаты психкода, то подсистема вводит в него клинически значимую «анатомию» — то есть такие устойчивые комплексы функций и регуляторных механизмов, которые внутри уровня образуют относительно автономные узлы. Для практической психиатрии это различие принципиально. Уровень позволяет сказать, где в архитектуре психики локализуется первичный сбой; подсистема позволяет уточнить, чем именно представлен этот сбой и через какие внутренние механизмы он воспроизводится. В языке инженерных наук подсистема соответствует модулю более высокого порядка: это не отдельная функция и не единичный симптом, а совокупность процессов, которые обычно работают совместно, имеют общую логику регуляции и могут быть описаны как отдельный объект наблюдения, анализа и воздействия [1]. Для психкода введение подсистемы необходимо по той причине, что клиническая реальность почти никогда не «падает» целиком на один уровень: она распределяется по узлам, и эти узлы в разных случаях страдают по-разному, даже если уровень нарушения совпадает.

Под подсистемой в данной монографии понимается структурно-функциональный комплекс внутри уровня психической системы, обладающий относительной автономией, типичным набором входов и выходов, собственными механизмами поддержания устойчивости и специфическими клиническими маркерами нарушений [2]. Относительная автономия здесь означает двоякое: во-первых, подсистема может давать узнаваемый клинический профиль даже тогда, когда соседние подсистемы того же уровня относительно сохранны; во-вторых, подсистема может быть мишенью терапии и профилактики, то есть объектом воздействия, которое приводит к предсказуемому изменению состояния пациента. Именно эта клинико-инженерная двуединость отличает подсистему от привычных описательных «разделов» психического статуса. В традиционном статусе мы тоже выделяем речь, мышление, эмоции, волю, память и

т. п., но часто это остаётся перечнем доменов. Психкод же требует, чтобы выделение подсистемы было не номинальным, а причинно-организационным: подсистема должна объяснять, почему феномены связаны, почему они возникают вместе и почему они меняются определённым образом во времени [3].

Исторически идея подсистем в психиатрии присутствовала в разных формах. Психоаналитические школы говорили о динамических инстанциях и конфликтах, феноменологическая психопатология — о формах переживания и структурах сознания, когнитивные подходы — о схемах, процессах и модулях обработки информации, системные направления — о регуляторных контурах и взаимной обусловленности частей [4]. В современной клинической науке и нейропсихологии широко распространено представление о частичной модульности психических функций, о сетевой организации мозга и о том, что клинические синдромы могут быть поняты как сбои в отдельных сетях или в их координации [5]. Психкод использует эти традиции, но переводит их в единый формат: подсистема становится «стандартной единицей карты», одинаково пригодной для клинического описания, сопоставления случаев и компьютерной интерпретации.

Требование стандартизации здесь не случайно. Одной из центральных проблем современной психиатрии остаётся несопоставимость клинических описаний: даже при использовании одних и тех же критериев МКБ-10 или МКБ-11 врачи описывают пациента разными словами, с разной глубиной и разными акцентами, а пациенты с одинаковыми диагнозами демонстрируют гетерогенные профили [6]. Диагноз решает административно-статистическую задачу, но не обеспечивает структурной совместимости клинической картины. Подсистемы, будучи промежуточным уровнем детализации между уровнем психической системы и функциональным модулем, позволяют формировать сопоставимые «профили узлов»: не просто «депрессия» или «шизофрения», а, например, ведущий сбой в подсистеме регуляции аффекта при сохранности подсистемы реальности и Я-интеграции, либо, наоборот, первичный разрыв в подсистеме интеграции опыта с вторичными аффективными реакциями. Такой подход делает возможной новую форму клинической идентичности, о которой говорилось в главе 5: медицинская идентичность перестаёт быть ярлыком и становится картой [2].

Чтобы подсистема была пригодной для психкода, необходимо развести её с рядом близких понятий — «симптомокомплексом», «синдромом», «доменом функционирования», «фактором», «шкалой». Симптомокомплекс и синдром описывают совместно встречающиеся феномены, но не всегда фиксируют внутреннюю организацию и регуляцию; кроме того, синдромы в психиатрии исторически формировались в рамках разных школ и не всегда сопоставимы [7]. Домен функционирования (например, «эмоциональная сфера») слишком широк и часто не задаёт ясных границ. Фактор, полученный статистическими методами, может быть полезен, но он не гарантирует клинической интерпретируемости и причинной связности [8]. Шкала измеряет выраженность, но не задаёт организацию объекта измерения. Подсистема в психкоде должна сочетать в себе клиническую наблюдаемость (она «видна» в интервью и поведении), теоретическую связность (она описывается как целое) и практическую применимость (она может быть мишенью коррекции). Иными словами, подсистема — это объект клинической инженерии, а не только объект описания

Ключевой методологический вопрос состоит в том, как выделять подсистемы так, чтобы они не стали произвольными. В первой части монографии уже было показано, что формализация без онтологии ведёт к псевдоточной номенклатуре: мы можем придумывать сколько угодно индексов и рубрик, но они не будут отражать реальность психической организации. Подсистема должна быть онтологически мотивирована, то есть выводиться из модели психической системы и подтверждаться клинической наблюдаемостью и воспроизводимостью [9]. На практике это означает, что подсистема выделяется не по удобству описания и не по привычке, а по трём критериям: устойчивость во времени (она сохраняет свою идентичность при изменении

содержания переживаний), специфичность регуляции (она имеет характерные способы компенсации и декомпенсации) и предсказуемость клинических последствий (её нарушение приводит к типичным паттернам поведения, мышления и взаимодействия). Эти критерии соответствуют принципу клинической валидности, сформулированному в главе 4: единица психкода должна быть «проверяемой» в клинике, а не только логически красивой [10].

Особое значение имеет связь подсистемы с динамикой. Психический статус фиксирует момент, но клиника живёт во времени: симптомы появляются, усиливаются, меняют форму, уходят, возвращаются, трансформируются. Подсистема, в отличие от феномена, позволяет удерживать непрерывность. Например, при тревожных расстройствах феноменология может колебаться: сегодня панические атаки, завтра генерализованная тревога, затем избегание, затем соматические жалобы. Но если мы видим устойчивый сбой в подсистеме прогнозирования угрозы и телесной интероцептивной интерпретации, мы можем говорить о более стабильном объекте, чем отдельные симптомы [11]. Аналогично, при психотических состояниях содержание бреда может меняться, но подсистемный разрыв между построением значимости и критической интеграцией опыта остаётся относительно постоянным [12]. Таким образом, подсистема — это единица, которая естественным образом поддерживает принцип динамичности, но без расплывчатости: она позволяет описывать изменение состояния как изменение параметров подсистемы, а не как случайный набор появившихся и исчезнувших феноменов.

Для психкода важно также, что подсистемы являются «площадкой» для интеграции данных разных типов. Пациентская речь и субъективные переживания дают феноменологический слой; психометрические методики дают количественные показатели; наблюдение и поведенческие тесты дают функциональный слой; нейрофизиологические и биомаркерные данные дают корреляты. Без промежуточного объекта эти слои плохо соединяются. Подсистема же может быть общим знаменателем: например, показатели исполнительных функций, клиническая оценка волевого контроля и наблюдение импульсивного поведения могут быть сведены к описанию подсистемы саморегуляции и контроля; а данные сна, вегетативной реактивности и переживания тревоги — к подсистеме аффективно-вегетативной регуляции [5]. Такое соединение не означает редукционизма; напротив, оно позволяет удерживать многомерность в единой рамке.

В клинической практике подсистемный подход помогает решить проблему, которую можно назвать «скрытой неоднородностью диагнозов». В МКБ 10/11 один и тот же диагноз может объединять пациентов с различными механизмами и разным прогнозом. МКБ-11 пытается частично компенсировать это спецификаторами, но спецификаторы остаются привязанными к рубрикам и не всегда описывают внутреннюю архитектуру случая [6]. Подсистемы позволяют описывать гетерогенность без разрушения совместимости с МКБ. Иными словами, диагноз остаётся как внешний идентификатор для медицинской и юридической системы, а подсистемный профиль становится внутренним идентификатором для клиники и терапии. Это — центральная идея психкода как «второго языка» психиатрии: язык классификации и язык системы сосуществуют, но не смешиваются [2].

При этом важно подчеркнуть ограничение: подсистема не должна превращаться в произвольный «психологизм» и не должна становиться новой «школой» с собственным жаргоном. Подсистемы в психкоде должны быть согласованы с базовыми клиническими категориями психопатологии и с тем, как в реальности проводится обследование. Если подсистема не может быть хотя бы ориентировочно оценена в клиническом интервью и наблюдении, она не имеет права на место в психкоде как элементарная единица. Это требование защищает модель от чисто теоретических конструкций, не имеющих практического носителя. В философии науки это соответствует требованию «операциональной привязки» модели к наблюдаемым данным [13]. Для психкода такое требование является ещё и этическим: нельзя кодировать то, что

невозможно валидно оценить, поскольку это создаёт риск ложной маркировки и последующих злоупотреблений [14].

Далее необходимо уточнить, как подсистема соотносится с функциональным модулем, который будет введён в подглаве 6.3. Предварительно можно сказать так: подсистема — это совокупность модулей, объединённых общей задачей и общей регуляцией. Функциональный модуль — более мелкая единица, отвечающая за конкретную операцию или группу операций (например, рабочая память, когнитивная гибкость, селекция значимости, интероцептивная оценка, ментализация, устойчивость образа Я). Подсистема, напротив, охватывает модульную композицию и задаёт клинический паттерн: она отвечает не только за операцию, но и за её роль в целостной жизни человека. Именно поэтому в психкоде подсистема занимает промежуточное место: она достаточно крупна, чтобы быть клинически смысловой, и достаточно структурна, чтобы быть формализуемой.

Если попытаться описать минимальную «паспортную» структуру подсистемы как единицы психкода, то она должна включать: описание функции подсистемы, описание типичных входов (что на неё влияет), описание выходов (как она проявляется в поведении и переживаниях), описание регуляторных механизмов (как она поддерживает устойчивость) и описание типичных нарушений (как выглядит декомпенсация). Эти элементы не обязательно должны быть представлены пользователю в виде списка; они могут быть развёрнуты в повествовательном формате, но при кодировании они должны быть доступны как поля. Иначе психкод останется литературным описанием и не станет рабочим языком. Тем самым подсистема становится мостом между текстом и кодом: она допускает нарратив, но имеет скрытую структуру, пригодную для формализации.

Наконец, подсистемный подход вводит важное различение между «локальными» и «системными» нарушениями. Локальное нарушение — это преимущественный сбой в одной подсистеме при относительной сохранности других, что часто соответствует невротическим, адаптационным или ситуационно обусловленным состояниям, хотя не исчерпывается ими. Системное нарушение — это множественные сбои в нескольких подсистемах с нарушением координации между ними, что чаще соответствует тяжёлой эндогенной или структурной патологии, но также может быть следствием хронической травматизации, зависимости или тяжёлых соматических влияний [12]. В традиционной диагностике это различение выражено неявно: оно присутствует в оценке тяжести, психотического уровня, степени дезадаптации. Психкод делает его явным и вычислимым: системность нарушения может быть отражена в количестве вовлечённых подсистем, типе связей между ними и типе нарушений. Это важный шаг к объективизации клинического мышления, не уничтожающий его гуманитарную сущность.

Таким образом, подсистема как элементарная единица психкода предназначена для того, чтобы «собрать» клинические феномены в причинно-организационные узлы, обеспечить сопоставимость случаев, удержать динамику, связать диагностику с терапевтическими мишенями и создать формат интеграции разнородных данных. В следующей подглаве будет показано, как внутри подсистем выделяются функциональные модули и почему без модульного уровня детализации психкод либо станет слишком грубым, либо начнёт распадаться на бесконечный перечень симптомов.

Список литературы

[1] Sturmberg J.P., Martin C.M. Handbook of Systems and Complexity in Health. New York: Springer, 2013. – 594 p.

[2] Новицкий И.Я. Психическая система: клинико-диагностическая модель психики как системы. М., 2025. – 318 с.

[3] Berrios G.E. The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. – 565 p.

[4] Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции.— М., 1989.

[5] Bullmore E., Sporns O. Complex brain networks: graph theoretical analysis of structural and functional systems. Nature Reviews Neuroscience. London, 2009. Vol. 10(3). P. 186–198.

[6] МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация. М.: «КДУ», «Университетская книга». 2021. 432с.

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

[8] Borsboom D. A network theory of mental disorders. World Psychiatry. Chichester, 2017. Vol. 16(1). P. 5–13.

[9] Pearl J. Causality: Models, Reasoning, and Inference. Cambridge: Cambridge University Press, 2009. – 484 p.

[10] Kendler K.S. The nature of psychiatric disorders. World Psychiatry. Chichester, 2016. Vol. 15(1). P. 5–12.

[11] Beck A.T., Haigh E.A.P. Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. Annual Review of Clinical Psychology. Palo Alto, 2014. Vol. 10. P. 1–24.

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

[13] Popper K. The Logic of Scientific Discovery. London: Routledge, 2002. – 544 p.

[14] Beauchamp T.L., Childress J.F. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press, 2019. – 512 p.

6.3. Функциональный модуль

Переход от подсистемы к функциональному модулю является ключевым для превращения психкода из концептуального языка в рабочий инструмент клинической инженерии. Подсистема, как было показано в предыдущей подглаве, задаёт устойчивый узел психической организации, клинически различимый и терапевтически значимый. Однако любая подсистема остаётся слишком крупной единицей, если цель психкода — обеспечить сопоставимость пациентов на уровне механизмов, а не только на уровне синдромов или общих доменов. В клинике мы регулярно сталкиваемся с ситуациями, когда внутри одной и той же подсистемы нарушения имеют разную конфигурацию: один пациент сохраняет способность к критической оценке, но утрачивает гибкость мышления; другой демонстрирует сохранность интеллекта при резко сниженной способности к социальному пониманию; третий способен к рассуждению, но не удерживает намерения и не доводит действие до конца. Эти различия редко фиксируются в диагностических рубриках МКБ 10/11 и ещё реже — в административных документах, но именно они определяют прогноз, риск, приверженность лечению и выбор терапевтических мишеней [1]. Следовательно, психкод нуждается в единице меньшего масштаба, чем подсистема, но большей клинической осмысленности, чем отдельный симптом. Такой единицей становится функциональный модуль.

Функциональный модуль в настоящей монографии определяется как минимальный устойчивый компонент психической организации, который выполняет относительно специфическую операциональную задачу, обладает собственными параметрами нормы и отклонения, имеет характерные клинические проявления при нарушении и может быть оценён посредством сочетания клинического интервью, наблюдения, психометрии и функциональных проб [2]. Важными в этом определении являются слова «операциональная задача» и «минимальный устойчивый компонент». Операциональная задача означает, что модуль описывает не содержание психики (о чём человек думает, что он чувствует), а способ обработки и регуляции

(как именно он думает, как формируется и удерживается чувство, как выбирается действие, как строится социальная интерпретация). Минимальность означает, что дальнейшее дробление модуля приводит либо к потере клинической наблюдаемости, либо к чисто лабораторным конструкциям, которые не могут быть надёжно перенесены в практику.

Исторические основания модульного подхода многообразны. В нейропсихологии и когнитивной науке идея функциональной архитектуры психики развивалась через концепции локализации и функциональных систем, затем — через представления о частичной модульности, сетевой организации и распределённых механизмах [3]. В клинической психиатрии, хотя термин «модуль» употреблялся редко, фактически модульное мышление присутствовало в описании дефектов внимания, памяти, мышления, волевой регуляции, интерпретации реальности, интерперсонального понимания. Разница заключалась в том, что эти элементы фиксировались как признаки или симптомы, а не как операциональные блоки, из которых собирается индивидуальная психическая конфигурация. Психкод, напротив, делает модуль онтологической единицей: он утверждает, что феномены являются внешними проявлениями параметров модулей, а синдромы — устойчивыми комбинациями модульных нарушений в пределах и между подсистемами [4].

Необходимо подчеркнуть, что функциональный модуль не тождественен «тестовой шкале» и не выводится напрямую из одного психометрического показателя. Шкала измеряет выраженность конструкта в рамках заданной методики; модуль же представляет реальный механизм, который может проявляться в разных регистрах и измеряться разными способами. Например, модуль «рабочая память» частично отражается в нейропсихологических пробах и когнитивных тестах, но клинически он проявляется в структуре речи, последовательности рассказа, способности удерживать инструкции, планировать и контролировать действие. Аналогично, модуль «ментализация» может оцениваться через интервью, наблюдение, специальные опросники и поведенческие задачи, но его клинический смысл раскрывается в типичных ошибках социального восприятия, в интерпретации намерений других и в динамике межличностных конфликтов [5]. Таким образом, модуль — это межметодическая единица: он существует не внутри теста, а над тестами, объединяя их как возможные окна в один и тот же механизм.

Для психкода функциональный модуль выполняет три взаимосвязанные задачи. Во-первых, он обеспечивает минимальную сопоставимость случаев на механистическом уровне. Во-вторых, он позволяет описывать динамику не как смену ярлыков и синдромов, а как изменение параметров модулей и их взаимодействий. В-третьих, он делает возможной терапевтическую инженеризацию: лечение и психотерапия могут быть описаны как воздействие на конкретные модули или на связи между ними, а не только как «купирование симптомов» [6]. Здесь важно не впасть в редукционизм: модульный язык не отменяет личности и смысла, но вводит дополнительный слой описания, который обеспечивает техническую воспроизводимость и возможность накопления сравнимых данных.

Вопрос о том, какие именно модули следует признать базовыми, имеет не только теоретическое, но и нормативное значение. Слишком широкий список приведёт к потере управляемости и к псевдоточности; слишком узкий — к грубости и к повторению ограничений традиционных классификаций. Поэтому в психкоде модуль должен удовлетворять требованию клинической валидности: модуль должен быть устойчиво различим в клинической практике, его нарушения должны иметь узнаваемые паттерны, а оценка должна быть воспроизводимой межклиницистски, насколько это возможно в психиатрии [7]. Дополнительно модуль должен быть «операционализируемым»: даже если оценка остаётся вероятностной, должны существовать стандартизируемые признаки и вопросы, позволяющие приблизиться к интерсубъективному согласию. Именно это отличает функциональный модуль от литературного образа или философской категории, которые могут быть глубоки, но не пригодны для кодирования.

С методологической точки зрения модуль задаётся набором параметров, которые в психкоде должны быть фиксируемыми. К таким параметрам относятся: степень сохранности функции, устойчивость функции во времени, зависимость от контекста, компенсаторные стратегии и чувствительность к нагрузке. В клинике мы постоянно видим, что одна и та же функция может быть сохранна в спокойной обстановке и разрушаться при стрессе; может быть сохранна на коротких интервалах и распадаться при длительном усилии; может компенсироваться интеллектом и социальными навыками или, наоборот, обнажаться при истощении и соматической декомпенсации. Психкод фиксирует это как свойства модуля, а не как «случайные особенности». Такая фиксация имеет прямое отношение к прогнозу: модули с высокой контекстной зависимостью и низкой устойчивостью во времени, как правило, создают больше рисков в реальной жизни, чем модули с умеренным дефицитом, но высокой предсказуемостью [8].

Практически полезно рассматривать функциональные модули как элементы, которые соединяются типами связей (подглава 6.4) и дают типы нарушений (подглава 6.5). Модуль сам по себе описывает «что» нарушено в операциональном смысле; связь описывает «как» модуль взаимодействует с другими; тип нарушения описывает «каким образом» проявляется сбой — дефицитом, дисбалансом, искажением, декомпенсацией, пароксизмом, разобщением и т. п. Эта триада (модуль — связь — тип нарушения) и составляет минимальную грамматику психкода. Без модулей психкод рискует стать слишком общим. Без связей он станет набором независимых характеристик. Без типологии нарушений он сведётся к количественным шкалам, теряя клиническую семантику [2].

Чтобы модульное описание не превратилось в произвольную психологическую схему, необходимо удерживать его связь с психопатологией, включая классические описания расстройств мышления, восприятия, аффекта, волевой сферы и самосознания. Именно психопатология обеспечивает богатую типологию качественных изменений — не только «меньше/больше», но «иначе устроено». Например, феноменологическое различение первичных и вторичных бредовых переживаний, качественных изменений переживания времени и пространства, нарушений Я-опыта и границ субъективности — всё это относится к модульному уровню, если мы понимаем модули не как «нейрокнопки», а как операциональные механизмы организации опыта [9]. Следовательно, модуль в психкоде должен быть способен вместить качественную психопатологическую характеристику, но представить её в форме, допускающей формализацию.

В качестве иллюстрации можно рассмотреть модуль «критическая интеграция опыта» в подсистеме реальности и интерпретации. Клинически нарушение этого модуля может проявляться как снижение критики к болезненным переживаниям, как склонность к конструированию сверхзначимых объяснений, как неспособность корректировать убеждения при столкновении с противоречащими данными. Однако важнее то, что этот модуль имеет собственную динамику: он может резко падать в остром психозе и частично восстанавливаться в ремиссии, может сохраняться при навязчивостях и тревоге, но нарушаться при интоксикациях и маниакальных состояниях. Он может быть относительно сохранным при бредоподобных идеях на почве аффекта, но разрушаться при эндогенных психотических процессах. В терминах МКБ 10/11 эти различия рассредоточены по различным рубрикам и спецификаторам, но в терминах психкода они принадлежат одному модулю с различными типами нарушений и различными связями с другими модулями, прежде всего с модулем селекции значимости и модулем эмоциональной регуляции [10].

Другой пример — модуль «инициация и удержание намерения» в подсистеме саморегуляции. Нарушение этого модуля может давать клинически различимые картины: от астенической несостоятельности и истощаемости до апатико-абулических состояний, от депрессивной заторможенности до негативной симптоматики. Внешне эти картины могут выглядеть сходно

как «снижение активности», однако модульный анализ различает дефицит энергетического обеспечения, дефицит мотивационной селекции, дефицит исполнительного контроля и дефицит подкрепления. Эти различения определяют терапевтическую стратегию: где-то первичны биологические и фармакологические подходы, где-то — поведенческая активация и реструктуризация подкрепления, где-то — работа с целями и смыслом, где-то — тренировка исполнительных навыков. Психкод позволяет связать внешне одинаковый симптом с разными модульными механизмами и тем самым уменьшить риск «лечения по ярлыку» [6].

Для модульного уровня особенно важна проблема нормы и вариативности. Если модуль объявляется универсальным механизмом, возникает опасность патологизации индивидуальных различий. Поэтому модуль в психкоде должен иметь не одну «норму», а область нормы, включающую возрастные, культурные и ситуативные варианты. МКБ-11 подчёркивает необходимость учитывать культурный контекст и функциональное нарушение, а не только наличие симптомов [10]. Психкод развивает эту линию: модуль оценивается не по абстрактному идеалу, а по функциональной достаточности в жизненной среде пациента и по его собственной биографической норме. Это существенно и этически, и научно. Этически — потому что защищает от тотальной психопатологизации. Научно — потому что позволяет описывать уязвимость и компенсацию как реальные параметры системы: два человека могут иметь одинаковый уровень выраженности тревоги, но один обладает сильным модулем когнитивной переоценки и социальной поддержкой, а другой — нет; следовательно, клинический риск и прогноз различны [11].

Важным аспектом модульной модели является возможность «многоосевого» чтения психики. В традиционной психиатрии мы часто вынуждены выбирать: либо мы говорим о диагнозе, либо о личности, либо о симптомах. Модульный уровень позволяет удерживать все три: диагноз становится статистическим внешним маркером, личность — интегративной конфигурацией устойчивых модулей и их связей, симптомы — поверхностными индикаторами состояния модулей в текущем времени. Такой подход сближает психиатрию с системными дисциплинами, где объект описывается через архитектуру и параметры, а не через один ярлык. При этом сохраняется клиническая конкретность: модуль — это не абстракция, а механизм, который врач может оценивать, обсуждать с пациентом и использовать в терапии.

С точки зрения цифровой психиатрии модуль является минимальной единицей, пригодной для машинной интерпретации без чрезмерной потери смысла. Алгоритмы плохо работают с «толстыми» нарративами без структурирования, но хорошо работают с параметризованными объектами. Если психкод должен быть языком для ИИ, он должен иметь базовые сущности, которые можно хранить, сравнивать, агрегировать и анализировать. Модуль удовлетворяет этому условию лучше, чем симптом, поскольку симптом слишком зависим от контекста и языка описания, и лучше, чем диагноз, поскольку диагноз слишком груб и гетерогенен. Следовательно, модульный уровень является точкой, где гуманитарное описание начинает становиться вычислимым, не теряя клинической семантики [12].

Наконец, модульный подход помогает вернуть в формализацию то, что в главе 3 было названо «уникальностью личности». Уникальность здесь понимается не как мистическая неповторимость, которая не поддаётся описанию, а как конкретная конфигурация модулей, их связей, компенсаторных стратегий и типичных фазовых переходов. Два пациента могут иметь одинаковые диагнозы и даже сходные синдромы, но различаться по модульной архитектуре — и именно это будет их научно значимой уникальностью. Психкод тем самым формирует новую категорию индивидуальности: индивидуальность становится структурной, сравнимой и при этом не редуцированной к одной шкале или рубрике [2].

В следующей подглаве будет рассмотрено, как функциональные модули соединяются в типы связей и почему без явного описания связей психкод не сможет отличить «набор дефици-

тов» от «системного нарушения», а также не сможет описывать терапевтическое воздействие как изменение конфигурации системы.

Список литературы

[1] Sturmberg J.P., Martin C.M. Handbook of Systems and Complexity in Health. New York: Springer, 2013. – 594 p.

[2] Новицкий И.Я. Психическая система: клинико-диагностическая модель психики как системы. М., 2025. – 318 с.

[3] Luria A.R. The Working Brain: An Introduction to Neuropsychology. New York: Basic Books, 1973. – 513 p.

[4] Berrios G.E. The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. – 565 p.

[5] Fonagy P., Target M., Gergely G., Allen J.G., Bateman A.W. Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. New York: Other Press, 2002. – 592 p.

[6] Beck A.T., Haigh E.A.P. Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. Annual Review of Clinical Psychology. Palo Alto, 2014. Vol. 10. P. 1–24.

[7] Kendler K.S. The nature of psychiatric disorders. World Psychiatry. Chichester, 2016. Vol. 15(1). P. 5–12.

[8] Kahneman D. Thinking, Fast and Slow. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2011. – 499 p.

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

[10] МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация. М.: «КДУ», «Университетская книга». 2021. 432с.

[11] Gross J.J. Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations. In: Gross J.J. (ed.). Handbook of Emotion Regulation. New York: Guilford Press, 2014. – 712 p.

[12] Pearl J. Causality: Models, Reasoning, and Inference. Cambridge: Cambridge University Press, 2009. – 484 p.

6.4. Тип связи

Переход от описания функциональных модулей к описанию типов связи является принципиальным моментом, в котором психкод окончательно перестаёт быть «расширенной картой симптомов» и становится языком системной психиатрии. Если модуль задаёт операциональную единицу функции, то связь задаёт архитектуру, то есть правила взаимодействия функций, их взаимной регуляции, взаимного усиления или взаимной компенсации. В клинике именно связи объясняют, почему один и тот же дефицит приводит к разным исходам, почему одинаковые по выраженности симптомы формируют различные траектории, и почему вмешательство, направленное на один элемент, иногда улучшает сразу несколько сфер, а иногда почти не даёт эффекта. Классические классификации, включая МКБ 10/11, фиксируют феноменологический результат, но практически не отражают архитектонику взаимосвязей между функциями, из которых этот результат возникает [1]. Психкод вводит «тип связи» как элементарную единицу описания системной организации психики и тем самым обеспечивает переход от перечня признаков к модели механизма.

Под типом связи в рамках психкода предлагается понимать устойчивый, клинически различимый способ взаимодействия между двумя модулями (или между модулем и подсистемой), который определяет направление, характер и условия влияния одного элемента на другой, включая возможность обратной связи. Важно подчеркнуть, что «связь» здесь не метафора

и не произвольная ассоциация, а структурная категория: она задаёт, каким образом информация, аффект, мотивация, смысл, контроль или действие переходят из одного функционального узла в другой, преобразуются и возвращаются обратно. В этом отношении психкод опирается на общую системную теорию и на представления о функциональных системах, где результат поведения и переживания рассматривается как продукт согласованной работы множества компонентов, объединённых связями, а не как сумма независимых «симптомов» [2].

Значимость типологии связей становится особенно очевидной, если вспомнить клинические парадоксы, знакомые любому практикующему психиатру. Например, два пациента могут демонстрировать сходный уровень тревоги, однако у одного тревога запускает конструктивный контроль и планирование, а у другого — приводит к панике и распаду поведения; у одного тревога мобилизует поиск поддержки, у другого — усиливает избегание и изоляцию. С точки зрения симптомов различия минимальны, но с точки зрения связей — принципиальны: в одном случае связь между аффективным модулем и модулем исполнительного контроля носит характер «регуляторной мобилизации», в другом — «дезорганизующей перегрузки». Аналогичные различия наблюдаются при депрессии, психотических состояниях, расстройствах личности, зависимостях: клиническая картина зависит не только от того, какие модули нарушены, но и от того, как они соединены, и какие контуры обратной связи доминируют в системе [3].

Тип связи в психкоде должен удовлетворять нескольким требованиям клинической применимости. Во-первых, связь должна быть наблюдаемой косвенно через устойчивые паттерны поведения, речи, жалоб и динамики симптомов. Во-вторых, она должна быть относительно стабильной в краткосрочной перспективе и изменяемой в долгосрочной при терапии или при фазовом переходе, что делает её пригодной для мониторинга и интервенции. В-третьих, она должна допускать операционализацию: врач должен иметь возможность описать связь через ограниченный набор индикаторов и клинических вопросов, а не через «интуитивное впечатление». Эти требования напрямую связаны с принципом клинической валидности, сформулированным в главе 4: психкод не может позволить себе красивую, но нефальсифицируемую типологию [4].

Построение типологии связей неизбежно сталкивается с вопросом: сколько типов нужно и по какому основанию их различать? Слишком детальная типология станет непрактичной, слишком грубая — не даст прироста по сравнению с привычными описаниями. В рамках данной монографии предлагается использовать многоосевую, но конечную типологию, в которой связи различаются по нескольким базовым параметрам: направленности (однонаправленная или двунаправленная), модальности (когнитивная, аффективная, мотивационная, поведенческая, интерперсональная), знаку (усиление/ослабление), форме (линейная, пороговая, нелинейная, петлевая), временной динамике (быстрая, медленная, накопительная), а также по устойчивости к контексту (жёсткая или контекстно-зависимая). Такая схема не подменяет клинику математикой, но позволяет дисциплинировать описание и превратить его в кодируемую структуру, сопоставимую между пациентами [5].

В клинической практике наиболее существенны несколько «семейств» связей, которые повторяются в разных подсистемах и диагностических группах. Одно из центральных семейств — регуляторные связи, то есть связи, посредством которых один модуль модулирует интенсивность или направление работы другого. В психическом статусе это проявляется как способность удерживать эмоции в пределах переносимости, как возможность корректировать импульсы, как способность переключаться между альтернативами. Регуляторная связь может быть адаптивной (сдерживающей, стабилизирующей), гиперрегуляторной (ригидной, подавляющей, приводящей к эмоциональному онемению или к обсессивной фиксации), гипорегуляторной (недостаточной, приводящей к импульсивности и аффективным взрывам) или парадоксальной (когда попытка контроля усиливает симптом, как это нередко бывает при панических атаках и при навязчивых состояниях) [6]. Различение этих вариантов исключительно важно:

одна и та же клиническая жалоба «не могу справиться» может соответствовать как дефициту регуляции, так и гиперконтролю, который разрушает спонтанность и усиливает внутреннее напряжение.

Другое семейство — связи интегративные, отвечающие за согласование элементов опыта в целостную картину. Интегративные связи связывают восприятие с смыслом, эмоцию с оценкой, воспоминание с актуальной ситуацией, «Я» с телесными и социальными сигналами. Нарушение интегративных связей является фундаментальным механизмом ряда психопатологических состояний: при диссоциативных феноменах наблюдается разобщение аффекта и нарратива; при психотических состояниях — распад согласования значений и реальности; при тяжёлых травматических переживаниях — разрыв между памятью и текущей безопасностью; при некоторых расстройствах личности — нестабильность интеграции образа себя и другого. Психкод фиксирует такие состояния не только как наличие определённых феноменов, но как тип связевого дефекта: «разобщение», «фрагментация», «контекстуальная рассинхронизация», «ошибка связывания значимости» [7]. Именно язык связей делает возможным сопоставление, например, диссоциативной фрагментации и психотической дезинтеграции без их смешения: внешне обе могут выглядеть как «нецельность», но механистически различаются.

Третье семейство — причинно-запускающие связи, то есть связи, в которых активация одного модуля с высокой вероятностью вызывает запуск другого. В клиническом материале это видно в виде триггеров и цепей: мысль вызывает аффект; аффект вызывает действие; действие вызывает последствия, усиливающие исходное убеждение. Эти цепи часто лежат в основе поддержания расстройств и объясняют хроническое течение даже при слабой первичной уязвимости. Когнитивно-поведенческая традиция описывает такие механизмы в терминах «порочных кругов», а системный подход — в терминах обратных связей и устойчивых аттракторов [6]. Психкод предлагает фиксировать не только наличие симптома, но и тип запусковой связи: например, «когнитивный триггер аффекта», «аффективный триггер импульсивного действия», «интерперсональный триггер диссоциативного переключения». Это важно для терапии, потому что вмешательство в цепь может быть направлено на разрыв связи, а не на подавление каждого отдельного элемента.

Особое значение имеет тип связи «обратная связь», поскольку именно обратные связи превращают временную реакцию в устойчивое состояние. Обратная связь может быть отрицательной (стабилизирующей, возвращающей систему к равновесию) или положительной (усиливающей, переводящей систему в режим нарастающей дисрегуляции). В психиатрии положительные обратные связи нередко наблюдаются при аффективных расстройствах (усиление бессонницы — усиление тревоги — усиление возбуждения — ещё большая бессонница), при зависимостях (влечение — употребление — краткое облегчение — усиление дефицита контроля — рост влечения), при паранойяльной динамике (подозрение — избегание — снижение проверки реальностью — усиление подозрения). МКБ фиксирует состояния и эпизоды, но недостаточно кодирует контуры обратных связей, которые определяют хронификацию и рецидивирование. В психкоде контур обратной связи становится объектом описания, а его «полярность» и «жёсткость» — параметрами.

Если связи являются объектом психкода, неизбежен вопрос об их эмпирическом подтверждении. Здесь важно различать два уровня доказательности. Первый — клиническая валидность, основанная на устойчивой повторяемости паттернов и на межклиницистском согласии. Второй — внешняя валидность, основанная на данных психометрии, экспериментальной психологии, нейронаук, цифровых следов поведения. Психкод, будучи клинико-инженерным проектом, не требует, чтобы каждая связь имела немедленное нейробиологическое подтверждение, однако он требует, чтобы связь была определена так, чтобы в принципе могла быть проверена: через предсказания динамики, через ожидаемый эффект вмешательства, через согласование с независимыми измерениями [8]. Такой подход защищает систему от пре-

вращения в «поэтическую психотерапию» и одновременно не загоняет её в узкий биоредукционизм.

Операционализация типа связи в психкоде предполагает минимальный набор клинических процедур. Прежде всего это структурированное интервью, в котором врач задаёт вопросы не только о симптомах, но и о последовательности событий: «что запускает», «что усиливает», «что облегчает», «что происходит после облегчения», «что меняется при стрессе», «что сохраняется при покое». Далее — наблюдение динамики в процессе беседы: как меняются речь, аффект, контакт, критика при переходе от нейтральных тем к значимым. Наконец — использование коротких функциональных проб, которые моделируют нагрузку: удержание внимания, переключение, толерантность к неопределённости, социальная интерпретация. Всё это позволяет реконструировать тип связи не как догадку, а как гипотезу, подкреплённую клиническими индикаторами [9]. В психпаспорте, который будет рассмотрен в части III, этот материал получает форму динамического блока и прогностического блока, потому что связи напрямую определяют устойчивость системы и вероятность фазовых переходов.

Связи имеют прямое отношение и к вопросу индивидуальности. Если модули описывают «что» в человеке относительно устойчиво, то связи описывают «как» человек устроен как система: каким образом он перерабатывает переживания, каким путём формируются решения, где возникают узкие места, какие контуры поддерживают адаптацию, а какие — патологию. В этом смысле «тип связей» является мостом между медицинской идентичностью и личностным стилем. То, что в психологии может называться «копингом», «стилем привязанности», «защитами», в психкоде получает структурное представление как система связей и обратных связей между модулями аффекта, контроля, интерпретации и социального взаимодействия [10]. Это не отменяет психологического языка; напротив, позволяет перевести его в форму, пригодную для клинического сравнения и для инженерного проектирования вмешательств.

Отдельного обсуждения требует вопрос о соотношении типологии связей психкода с МКБ 10/11. Эти классификации построены не как модель системы, а как международный стандарт рубрикации расстройств для целей здравоохранения и статистики [1]. Поэтому в них присутствуют элементы, которые косвенно намекают на связи (например, критерии функционального нарушения, спецификаторы, указания на контекст), но отсутствует явный язык описания контуров взаимодействий. Психкод не конкурирует с МКБ, а дополняет её: он позволяет «развернуть» одну рубрику в множество системных конфигураций и, наоборот, показать, как похожие конфигурации могут быть распределены по разным рубрикам. Это особенно важно для коморбидности: многие случаи коморбидности фактически являются проявлением общих связевых контуров (например, общий контур дисрегуляции аффекта и контроля может проявляться как сочетание тревожных симптомов, зависимого поведения и межличностных кризисов). Психкод способен описать общий механизм, сохраняя при этом нозологические коды МКБ 10/11 как административный слой [11].

Терапевтическая значимость типологии связей заключается в том, что лечение чаще всего изменяет не «наличие модуля», а свойства его связей. Фармакотерапия может снижать гипервозбуждение и тем самым ослаблять патологическую положительную обратную связь между тревогой и соматическими ощущениями; психотерапия может перестраивать связи между убеждениями и эмоциями, между импульсом и действием, между социальным стимулом и интерпретацией намерений другого. Реабилитация и психообразование могут усиливать отрицательные обратные связи, стабилизирующие систему. Если психкод описывает вмешательство как «изменение связей», он получает возможность стать языком планирования терапии: не просто «лечить депрессию», а «ослабить контур самообвинения → аффект → избегание» или «усилить связь смысл → действие через модуль цели» [6]. Именно здесь психкод проявляет себя как инженерная модель, а психпаспорт — как документ, фиксирующий стратегию и её основания.

В завершение следует уточнить границы типологии связей. Психкод не претендует на исчерпывающее описание всех возможных взаимоотношений в психике. Он вводит минимально необходимый набор категорий, который позволяет клинически различать, кодировать и сравнивать системные конфигурации. Дальнейшая детализация возможна в версиях психкода, ориентированных на конкретные области — судебно-психиатрическую экспертизу, аддиктологию, подростковую психиатрию, травматерапию. Однако базовая типология должна оставаться стабильной и универсальной, иначе сопоставимость будет утрачена, а психкод превратится в набор локальных диалектов. Это требование напрямую связано с задачей психкода как языка: язык должен быть достаточно богатым, чтобы описывать мир, и достаточно ограниченным, чтобы быть общим [2].

В следующей подглаве будет рассмотрен «тип нарушения» как третья элементарная единица психкода. Если тип связи отвечает на вопрос «как элементы взаимодействуют», то тип нарушения отвечает на вопрос «каким образом нарушается функция или связь» — в форме дефицита, искажения, дисбаланса, рассогласования, декомпенсации или пароксизма. Без типологии нарушений описание связей рискует остаться статичным; тип нарушения вводит клиническую динамику и позволяет фиксировать переходы между режимами системы.

Список литературы

[1] МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация. М.: «КДУ», «Университетская книга». 2021. 432с.

[2] Sturmberg J.P., Martin C.M. Handbook of Systems and Complexity in Health. New York: Springer, 2013. – 594 p.

[3] Kendler K.S. The nature of psychiatric disorders. World Psychiatry. Chichester, 2016. Vol. 15(1). P. 5–12.

[4] Robins E., Guze S.B. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. American Journal of Psychiatry. Arlington, 1970. Vol. 126(7). P. 983–987.

[5] von Bertalanffy L. General System Theory: Foundations, Development, Applications. New York: George Braziller, 1968. – 295 p.

[6] Beck A.T., Haigh E.A.P. Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. Annual Review of Clinical Psychology. Palo Alto, 2014. Vol. 10. P. 1–24.

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

[8] Pearl J. Causality: Models, Reasoning, and Inference. Cambridge: Cambridge University Press, 2009. – 484 p.

[9] Luria A.R. The Working Brain: An Introduction to Neuropsychology. New York: Basic Books, 1973. – 513 p.

[10] Fonagy P., Target M., Gergely G., Allen J.G., Bateman A.W. Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. New York: Other Press, 2002. – 592 p.

[11] Berrios G.E. The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. – 565 p.

6.5. Тип нарушения

Если уровень психической системы задаёт «где» в архитектуре расположено явление, подсистема и функциональный модуль отвечают на вопрос «что именно работает», а тип связи уточняет «как элементы взаимодействуют», то тип нарушения фиксирует главный клинический вопрос: каким образом нарушается работа модуля или связи. В повседневной психиат-

рической речи этот вопрос часто растворяется в описании феноменов: «тревога», «галлюцинации», «апатия», «импульсивность». Однако сами феномены — это лишь видимый результат того, что на уровне системы произошло определённое отклонение режима функционирования. Психкод, претендуя на роль формального языка, обязан различать не только «наличие симптома», но и структурный тип дефекта, поскольку именно тип дефекта определяет прогноз, терапевтическую стратегию, риск декомпенсации и вероятность рецидива [1]. В этом смысле «тип нарушения» является центральной единицей клинико-инженерного слоя психкода: он связывает феноменологию с механизмом и делает описание сопоставимым между клиницистами.

В традиционных классификациях (МКБ 10/11) проблема типов нарушения решается косвенно: через рубрики, критерии, спецификаторы, тяжесть, течение и уровень функционального дефицита. Это необходимо для статистики и организации помощи, но недостаточно для формализации индивидуальной конфигурации психической системы. Два пациента, получившие один и тот же код МКБ, могут иметь принципиально разные типы нарушения: у одного — дефицит базовой функции (например, редукция энергетического ресурса и мотивации), у другого — избыточная активность системы (например, гипервозбуждение), у третьего — нарушение связи между оценкой и аффектом (например, катастрофизация и усиление тревоги), у четвёртого — расстройство интеграции опыта (например, диссоциация). На уровне нозологии эти случаи объединяются, но на уровне психкода должны быть разделены, поскольку их системные траектории и точки терапевтического воздействия различны [2].

Чтобы тип нарушения стал операциональной категорией, он должен быть определён как класс преобразования функции или связи по отношению к нормальному режиму, то есть как устойчивый способ «сбоя», который может повторяться в разных подсистемах и у разных пациентов. В этом определении ключевое слово — «класс»: психкод не описывает уникальный сбой каждый раз заново, а использует ограниченный набор типов, которые позволяют кодировать клиническую реальность с достаточной точностью, не теряя сравнимости. Здесь уместна аналогия с инженерными дисциплинами: при описании отказов систем различают дефицит мощности, перегрузку, рассогласование, шум, нестабильность, утечку контроля и т.п.; в психиатрии подобные типы также существуют, хотя традиционно выражаются разными языками — феноменологическим, психодинамическим, когнитивным, нейропсихологическим [3]. Психкод стремится к интеграции этих языков на уровне формального описания.

В рамках данной монографии предлагается рассматривать тип нарушения как многокомпонентную характеристику, которая включает по меньшей мере три измерения: во-первых, модальность (что нарушено: функция, связь, интеграция, регуляция, ресурс); во-вторых, знак и направление (дефицит/гиперфункция/искажение/нестабильность); в-третьих, динамический режим (стабильный дефект, фазовый, пароксизмальный, ситуационно-зависимый). Такая структура обеспечивает соответствие принципам системности и динамичности, уже сформулированным в части I, и позволяет переводить клинические наблюдения в кодируемые параметры [4]. При этом важно, что «тип нарушения» относится не только к модулям, но и к связям: связь может быть ослаблена, чрезмерно усилена, стать ригидной, парадоксальной, пороговой, или превратиться в самоподдерживающийся патологический контур [5].

Наиболее фундаментальным и часто встречающимся типом нарушения является дефицит — снижение мощности или эффективности функции по сравнению с ожидаемым уровнем для данного возраста, образования, контекста и соматического состояния. Дефицит может быть первичным (как относительно автономное снижение функции) или вторичным (как следствие перегрузки, хронической тревоги, депрессии, психотического процесса, органического поражения). Клиническая психиатрия исторически различала дефект, редукцию, негативную симптоматику, астенизацию; нейропсихология — выпадение звена функциональной системы; психология — снижение ресурсов внимания и саморегуляции [6]. Психкод объединяет эти

традиции, фиксируя дефицит как тип нарушения и уточняя, в каком модуле и на каком уровне он проявляется. Практическое значение такого различения состоит в том, что дефицит требует иной стратегии, чем, например, искажение: дефицит чаще компенсируется поддержкой, обучением, реабилитацией, фармакологической коррекцией общего тонуса и снижением нагрузки, тогда как искажение требует перестройки когнитивно-аффективных связей и коррекции ошибочных интерпретаций [7].

Второй базовый тип — гиперфункция или патологическая избыточность активности. Он характерен для состояний возбуждения, тревожной гиперактивации, маниакальных и гипоманиакальных режимов, а также для ряда обсессивно-компульсивных и аддиктивных феноменов, где система «ускорена» и не способна тормозиться. Важно подчеркнуть, что гиперфункция не тождественна продуктивной симптоматике. Продуктивные симптомы (бред, галлюцинации) могут сопровождаться как гиперактивацией, так и фрагментацией, как усилением значимости, так и распадом критической регуляции. Гиперфункция как тип нарушения описывает именно энергетический и регуляторный режим — склонность системы выходить за пределы самоконтроля и удержания, с последующей истощаемостью или переходом в качественно иной режим [8]. Для психкода это принципиально: «много» и «быстро» — это другой тип нарушения, чем «ошибочно» или «разорвано», даже если феноменологически симптомы могут пересекаться.

Третий тип — искажение (дисторсия), то есть такое нарушение, при котором функция сохраняется, но даёт систематически неверный результат. В клинике это проявляется как когнитивные искажения, ошибочные атрибуции, патологическое значение нейтральных стимулов, специфические интерпретации социальных сигналов, а также как дисморфофобические, ипохондрические, паранойяльные, обсессивные и иные структуры. С точки зрения психкода, искажение особенно важно для описания «тонкой патологии», где нет грубого дефицита и нет выраженной продуктивной симптоматики, но устойчиво нарушена оценка вероятности, значимости или намерений других людей. Психиатрическая феноменология подчёркивала, что ошибка здесь не в «логике как таковой», а в изменении переживаемой очевидности и в смещении того, что субъект считает несомненным [9]. Психкод может обозначать искажение как тип нарушения в модуле интерпретации, модуле самореференции или модуле социального предсказания, не сводя это автоматически к определённой нозологии.

Четвёртый тип — дисрегуляция, то есть нарушение механизмов управления интенсивностью, длительностью и переключаемостью психических процессов. Дисрегуляция отличается от дефицита тем, что функция может быть сохранной «по мощности», но плохо управляемой: человек способен на концентрацию, но не способен удерживать её; способен на торможение, но не в момент импульса; способен на эмоциональный отклик, но не способен остановиться или, наоборот, не способен включиться. Дисрегуляция является ключевым системным механизмом при широком спектре состояний: от эмоционально неустойчивых расстройств личности до СДВГ, от тревожных расстройств до зависимостей, от аффективных эпизодов до последствий травмы [10]. Для психкода дисрегуляция особенно важна потому, что она часто проявляется не как «симптом», а как динамический профиль: волнообразность, реактивность, зависимость от контекста, падение контроля при нагрузке. Именно здесь тип нарушения становится мостом между клиникой и инженерным моделированием: дисрегуляция — это описание режима управления системой.

Пятый тип — рассогласование (дискоординация) между модулями или подсистемами. Рассогласование означает, что отдельные элементы могут работать относительно нормально, но их совместная работа нарушена: эмоция не соотносится с контекстом, действие не соответствует намерению, мысль не интегрируется с опытом, телесные сигналы не связываются с осмыслением. В классической психопатологии именно рассогласование часто описывалось как «расщепление», «амбивалентность», «нецельность», но эти термины нередко становились слишком широкими [9]. Психкод стремится сделать рассогласование точной категорией, фик-

сируя, между какими модулями и какого типа связь нарушена: временная рассинхронизация, логическая несогласованность, контекстуальная несовместимость, конфликт целей, параллельные контуры управления. Рассогласование особенно значимо в случаях коморбидности и смешанных картин, где врачу трудно решить, «что первично»: психкод позволяет уйти от вопроса первичности и описать структурную конфигурацию.

Шестой тип — фрагментация и нарушение интеграции, то есть распад целостности психического опыта на компоненты, которые не объединяются в единую систему «Я-опыта». В клинике это проявляется как диссоциативные феномены, дереализация/деперсонализация, феномены отчуждения психических актов, а также как психотические нарушения интеграции смысла и реальности. Исторически феноменология подчёркивала различие между «переживанием чуждости» и «переживанием внедрения», между утратой связи «Я» с актом и изменением самой структуры очевидности [9]. Психкод должен различать эти варианты на уровне типа нарушения, поскольку терапевтические и прогностические последствия различны. Фрагментация, как тип нарушения, относится не только к содержанию симптомов, но и к архитектуре связей: интегративные связи становятся недостаточными или хаотичными, а система теряет способность удерживать единый контур самореференции.

Седьмой тип — патологическая фиксация и ригидность, то есть утрата пластичности и способность системы выходить из состояния или переключаться на альтернативу. Ригидность проявляется в повторяемости сценариев, застревании на одной интерпретации, невозможности переоценки, стереотипности поведения и переживаний. В психодинамических терминах это может описываться как ригидные защиты; в когнитивных — как когнитивная негибкость; в нейропсихологических — как нарушение переключаемости и исполнительной функции [6]. Для психкода важно, что ригидность может быть как «сверхконтролем» (гиперрегуляторный режим), так и «застреванием» из-за тревоги, и как следствием органического процесса. Поэтому тип нарушения «ригидность» должен сочетаться с указанием уровня и модуля, а также с типом связи: ригидность может быть свойством регуляторной связи или свойством модульной функции выбора.

Восьмой тип — нестабильность и лабильность, то есть склонность системы к непредсказуемым колебаниям, скачкам и фазовым переходам при относительно малых изменениях внешней или внутренней нагрузки. Нестабильность может быть проявлением дисрегуляции, но имеет собственный акцент: здесь важна не только слабость контроля, но и наличие пороговых механизмов, «переключателей» и положительных обратных связей, которые переводят систему в иной режим (аффективный эпизод, паническая атака, вспышка агрессии, диссоциативное переключение). Системные модели в медицине и психиатрии всё чаще описывают такие состояния как переходы между устойчивыми режимами и как нарушение устойчивости к флуктуациям [2]. Психкод, будучи динамическим языком, должен фиксировать нестабильность как тип нарушения, поскольку именно она определяет потребность в профилактике, мониторинге и раннем вмешательстве.

Девятый тип — пороговое нарушение или изменение чувствительности системы к стимулам. Здесь нарушается не столько «содержание» реакции, сколько её запуск: реакция возникает слишком легко (гиперчувствительность) или слишком трудно (гипочувствительность). В клинике это видно, например, в виде низкого порога тревоги, низкого порога раздражения, сверхчувствительности к социальному оцениванию, или, напротив, в виде эмоциональной тупости, снижения боли, утраты страха. Пороговые нарушения имеют большое значение для судебно-психиатрической и экспертной практики, поскольку они связаны с вопросом предсказуемости поведения и способности к самоконтролю в условиях провокации [11]. В психкоде пороговое нарушение может быть описано как параметр регуляторного модуля или как свойство связи между восприятием и аффектом.

Наконец, десятый тип — контекстная инверсия и парадоксальность, то есть нарушение, при котором функция или связь меняет знак в зависимости от ситуации, причём не адаптивно, а патологически. Примером может быть ситуация, когда попытка контроля усиливает тревогу, когда избегание краткосрочно снижает напряжение, но долгосрочно усиливает страх, когда социальная близость активирует угрозу и запускает отвержение. Когнитивно-поведенческие модели описывают это как порочные циклы, феноменология — как изменение структуры значимости, системная теория — как патологические контуры обратной связи [5]. Психкод фиксирует парадоксальность как тип нарушения связи, позволяя врачу и системе не «путать» её с простым дефицитом навыка.

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.