новицкий и.я.

ЭКЗОСПЕКЦИЯ ПСИХИКИ

искусственный интеллект как внешний наблюдатель психического состояния человека



научно-практическая монография - руководство для психиатров, психологов, судебных экспертов и специалистов в области искусственного интеллекта

Игорь Новицкий

Экзоспекция психики: искусственный интеллект как внешний наблюдатель психического состояния человека

https://litres.ru/74711484
SelfPub; 2026

Аннотация

Монография посвящена формированию новой концепции объективной оценки психических состояний посредством технологий искусственного интеллекта. Автор предлагает комплексный подход, объединяющий клиническую психиатрию, когнитивную психологию, цифровую феноменологию, методологию экспертной диагностики и современные ИИ-инструменты анализа поведения, речи и эмоциональных паттернов.

Работа отражает научный, клинический и экспертный опыт автора и ориентирована на специалистов, стремящихся интегрировать кибернетические методы наблюдения в психиатрическую практику, судебно-психиатрическую

экспертизу, психотерапию, исследовательскую деятельность и построение цифровых диагностических систем нового поколения.

Особое внимание уделено эпистемологическим основаниям экзоспекции: рассматривается, как меняется сама природа диагностического акта при переходе от субъективной интерпретации к алгоритмически воспроизводимым методам наблюдения.

Содержание

ПРЕДИСЛОВИЕ 7
О мотивации написания книги 16
О границах и ответственности экзоспекции 23
ВВЕДЕНИЕ 32
Кризис субъективной психиатрии в XXI веке 32
Почему именно сейчас стала возможна экзоспекция 40
Цели, задачи и структура монографии 48
Для кого написана эта книга 56
ОТДЕЛ I. ЭПИСТЕМОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ЭКЗОСПЕКЦИИ 63
Глава 1. Психиатрия как знание, основанное на интерспекции 63
1.1. Интерспекция как исторический фундамент психиатрии 63
1.2. Роль личности врача в формировании диагноза 70
1.3. Субъективность, эмпатия и клинический опыт: сила и пределы 80
1.4. Контрперенос, слепые зоны и диагностические искажения 84
Глава 2. Пределы интерспекции в клинической и экспертной практике 89

2.1. Воспроизводимость психиатрических диагнозов 89
2.2. Разброс клинических интерпретаций как научная проблема 93
2.3. Интерспекция в психологии и психиатрии: сходства и различия 98
2.4. Судебная психиатрия как зона максимальной цены ошибки 103
Глава 3. Объективность в гуманитарных и медицинских науках 110
3.1. Понятие объективности: философский и научный анализ 110
3.2. Почему психиатрия отставала от “жёстких” наук 119
3.3. Инструментальное знание и роль измерительных систем 127
3.4. Необходимость внешнего наблюдателя психики 138
ОТДЕЛ II. ЭКЗОСПЕКЦИЯ КАК НОВЫЙ РЕЖИМ ПОЗНАНИЯ ПСИХИКИ 148
Глава 4. Понятие экзоспекции психики человека 148
4.1. Определение экзоспекции: рабочая и расширенная формулировки 148
4.2. Экзоспекция и интерспекция: принципиальные различия 157

4.3. Экзоспекция как эпистемологический сдвиг 166
4.4. Границы применимости экзоспекции 175
Глава 5. Экзоспективный субъект: почему человек не может быть внешним наблюдателем 186
5.1. Психика как одновременно объект и инструмент познания 186
5.2. Ограничения человеческого наблюдения 194
5.3. Эмоции, идентификация и моральные искажения 203
5.4. Требования к экзоспективному наблюдателю 215
Конец ознакомительного фрагмента. 218

Игорь Новицкий
Экзоспекция психики: искусственный интеллект как внешний наблюдатель психического состояния человека

ПРЕДИСЛОВИЕ

Современная психиатрия и клиническая психология находятся в парадоксальном положении. С одной стороны, это дисциплины с более чем вековой научной историей, обладающие обширным клиническим опытом, развитой нозологической системой, международными классификациями и накопленным массивом эмпирических данных. С другой стороны, именно в этих областях знания продолжает сохраняться фундаментальная методологическая уязвимость, связанная с тем, каким образом осуществляется познание психики другого человека. В отличие от соматической медицины

и большинства естественнонаучных дисциплин, психиатрия по-прежнему опирается на метод, в котором наблюдение, интерпретация и заключение проходят через психику самого наблюдателя, то есть врача или психолога. Эта особенность долгое время воспринималась как неизбежная и даже как преимущество, поскольку эмпатия, клиническое чутьё и субъективный опыт специалиста рассматривались как ключевые инструменты понимания психического страдания.

Однако по мере усложнения социальных процессов, роста ответственности клинических и экспертных решений, а также расширения границ психиатрической практики — от терапии до судебно-психиатрической экспертизы — данный подход всё чаще демонстрирует свои пределы. Различия в диагностических заключениях, низкая воспроизводимость результатов, расхождения между экспертными комиссиями, а также зависимость выводов от личностных, эмоциональных и профессиональных характеристик специалиста становятся не только предметом профессиональной рефлексии, но и объектом критики со стороны научного сообщества и общества в целом. Проблема субъективности перестаёт быть частным вопросом методологии и приобретает характер системного вызова, затрагивающего саму научную состоятельность психиатрии как дисциплины (Jaspers K., 1913; Kendell R., 1975).

В этом контексте особенно показательной является судебная психолого-психиатрическая экспертиза, где цена ошиб-

ки измеряется не только клиническими последствиями, но и судьбами людей, их свободой и юридическим статусом. Факт того, что разные экспертные комиссии могут выносить взаимоисключающие заключения в отношении одного и того же лица, нередко используя схожие методологические инструменты и опираясь на одинаковые классификационные системы, указывает не столько на недостаточную квалификацию отдельных специалистов, сколько на структурные ограничения самого способа познания психики, лежащего в основе экспертной практики. Эти ограничения невозможно устранить исключительно за счёт повышения профессионального уровня, расширения комиссий или ужесточения формальных процедур, поскольку они коренятся в самой природе интерспективного подхода.

Настоящая монография посвящена осмыслению и разработке принципиально иного режима познания психического состояния человека — экзоспекции. Под экзоспекцией в данной работе понимается систематическое, формализованное и воспроизводимое исследование психики человека, осуществляемое вне психики другого человека и опирающееся на внешние, нечеловеческие аналитические системы. Впервые в истории науки появление искусственного интеллекта делает такой подход не только теоретически мыслимым, но и практически реализуемым. Речь идёт не о замене врача или психолога, не об устранении клинического мышления и не о механистическом редукционизме, а о формиро-

вании внешнего аналитического контура, способного обеспечить уровень объективности, недостижимый в рамках чисто интерспективной модели.

Экзоспекция не противопоставляется клиническому опыту как таковому, но вводит принципиально иное распределение ролей между человеком и инструментом анализа. Врач и психолог сохраняют ответственность за интерпретацию, этическую оценку и принятие решений, в то время как искусственный интеллект выступает в роли внешнего наблюдателя, фиксирующего структуру, динамику и закономерности психического состояния без вовлечённости, аффекта и личностной идентификации. Такой подход позволяет по-новому поставить вопрос об объективности в психиатрии, приблизив её к стандартам воспроизводимости и проверяемости, принятым в других научных дисциплинах (Bishop C., 2006; Friston K., 2010).

Данная книга задумана как научно-практическая монография и одновременно как руководство, адресованное широкому кругу специалистов. Она предназначена для психиатров и клинических психологов, работающих в диагностике, терапии и экспертизе; для судебных экспертов, сталкивающихся с необходимостью принятия ответственных решений в условиях неопределённости; для исследователей, интересующихся эпистемологией психиатрии и философией науки; а также для специалистов в области искусственного интеллекта, разрабатывающих системы анализа человеческого

поведения и психического состояния. Особое внимание уделяется тому, чтобы изложение оставалось доступным практикующим специалистам, не теряя при этом академической строгости и концептуальной глубины.

Автор осознаёт, что введение понятия экзоспекции и попытка системного переосмысления методологических оснований психиатрии неизбежно вызовут дискуссии и, возможно, сопротивление. Это естественно для любой научной работы, затрагивающей базовые предпосылки дисциплины. Настоящая монография не претендует на окончательные ответы и не предлагает универсальных рецептов. Её цель заключается в формировании новой рамки мышления, внутри которой становится возможным более строгий, объективный и воспроизводимый анализ психики человека с опорой на достижения современных технологий и искусственного интеллекта.

Эта книга написана не как технологический манифест и не как футурологическое эссе. Она возникла как результат многолетнего профессионального наблюдения за тем, как в реальной клинической и экспертной практике принимаются решения, от которых зависят здоровье, судьба, свобода и правовой статус человека. Психиатрия и клиническая психология по своей природе находятся в уникальном положении среди медицинских и гуманитарных наук, поскольку их объект психика человека одновременно является и инструментом познания. Именно эта особенность делает данные

дисциплины чрезвычайно чувствительными к личности специалиста, его состоянию, опыту, убеждениям и внутренним ограничениям.

За годы практики становится очевидным, что даже при высокой профессиональной подготовке, строгом следовании клиническим рекомендациям и использовании международных классификаций, таких как МКБ-10/11, психиатрическое заключение неизбежно несёт на себе отпечаток субъективности. Эта субъективность редко осознаётся полностью и ещё реже может быть формализована или проконтролирована. Она проявляется в выборе диагностической гипотезы, в интерпретации симптомов, в акцентах клинического описания и, в конечном итоге, в самом выводе. В большинстве клинических ситуаций подобная неопределённость компенсируется длительным наблюдением и терапевтическим взаимодействием. Однако в экспертной практике, особенно судебной, времени на такую коррекцию нет, а цена ошибки становится предельно высокой.

Автор не ставит под сомнение значение клинического опыта, эмпатии и профессиональной интуиции. Напротив, именно практическая работа позволяет увидеть границы этих инструментов наиболее отчётливо. Проблема заключается не в недостатке добросовестности или компетентности специалистов, а в отсутствии внешнего, независимого и воспроизводимого контура анализа психического состояния, который позволил бы снизить влияние индивидуальных

искажений. До недавнего времени такая задача не имела технического решения и потому оставалась преимущественно философской или критической.

Появление и быстрый прогресс систем искусственного интеллекта радикально меняют эту ситуацию. Впервые становится возможным создать аналитический инструмент, который не является носителем психики, не включён в эмоциональное поле взаимодействия и не подвержен тем формам когнитивных и аффективных искажений, которые неизбежны для человека. Это не означает автоматизацию клинического мышления и не предполагает устранение специалиста из процесса принятия решений. Речь идёт о формировании нового уровня анализа — экзоспективного, в котором психика человека рассматривается как система наблюдаемых параметров, феноменов и динамических связей, доступных внешнему и формализованному исследованию.

Термин «экзоспекция» используется в данной работе осознанно и принципиально. Он вводится как концептуальное обозначение нового режима познания психики, противопоставленного интерспекции не по ценностному, а по эпистемологическому основанию. Экзоспекция не отменяет внутреннего понимания, клинической беседы и психологического контакта, но дополняет их внешним аналитическим контуром, способным обеспечить большую устойчивость, проверяемость и сопоставимость выводов. В этом смысле экзоспекция рассматривается не как частная технология, а как

методологический поворот, имеющий значение для всей системы психиатрического знания.

Автор отдаёт себе отчёт в том, что любые попытки внедрения искусственного интеллекта в область психического здоровья вызывают обоснованные опасения, связанные с этикой, конфиденциальностью и ответственностью. Именно поэтому в книге последовательно проводится мысль о том, что ИИ не может и не должен быть субъектом решения в клиническом или юридическом смысле. Его роль заключается в анализе, структурировании и представлении данных, тогда как ответственность за интерпретацию и конечные выводы остаётся за человеком. Такое распределение ролей позволяет сохранить гуманистическое ядро психиатрии, одновременно усилив её научную и методологическую состоятельность.

Настоящая монография не является описанием конкретной программной платформы или коммерческого продукта. Она предлагает теоретическую рамку, внутри которой могут разрабатываться различные экзоспективные системы, адаптированные к клинической, исследовательской или судебной практике. Автор сознательно избегает узкоспециализированного технического языка в пользу междисциплинарного подхода, способного быть понятным как практикующим психиатрам и психологам, так и специалистам в области искусственного интеллекта. При этом все ключевые положения соотносятся с существующими нозологическими моделями

и классификациями, включая МКБ-10/11, что обеспечивает преемственность и практическую применимость излагаемых идей.

Эта книга адресована тем, кто не удовлетворён существующим положением дел и готов рассматривать психиатрию и клиническую психологию как развивающиеся науки, а не как завершённые системы знаний. Она написана для специалистов, которые понимают, что путь к большей объективности лежит не через отрицание человеческого фактора, а через его осознание и методологическое дополнение. Экзоспекция в предлагаемом здесь понимании является именно таким дополнением не заменой человека, а новым инструментом, расширяющим границы профессионального мышления.

О мотивации написания книги

Мотивация к написанию этой монографии возникла не из интереса к новой технологии как таковой и не из стремления дополнить психиатрию очередным инструментальным направлением. Она выросла из профессионального опыта наблюдения за тем, как в психиатрии — в клинике, консультативной практике и особенно в судебно-психиатрической экспертизе — формируется знание о психике другого человека, и какие последствия имеет неизбежная зависимость этого знания от психики самого исследователя. В течение десятилетий психиатрия развивалась как дисциплина, в которой основным «измерительным прибором» оставался человек: врач, психолог, экспертная комиссия. Феноменологическая традиция честно фиксировала, что доступ к переживаниям другого субъекта опосредован языком, контекстом и интерпретацией, а потому всегда будет ограниченным и вероятностным (Jaspers, 1913). Однако с течением времени стало очевидно, что пределы этого подхода проявляются не только в философских сомнениях, но и в конкретных, практических расхождениях между специалистами, центрами, школами и комиссионными заключениями, то есть в тех местах, где психиатрия сталкивается с требованием воспроизводимости и проверяемости, характерным для зрелых на-

ук (Kendell, 1975).

Психиатрия располагает классификационными системами, предназначенными для унификации языка описания и повышения согласованности диагностики. МКБ-10/11, как и другие классификационные рамки, стремятся обеспечить сопоставимость клинических случаев, статистическую отчётность и общие критерии клинического мышления. Тем не менее, сама структура психиатрического знания, основанная на интерпретации поведения, речи, эмоционального выражения и субъективного отчёта пациента, сохраняет высокий уровень неопределённости. Согласованность диагнозов между специалистами повышается при стандартизации интервью и критериев, но полностью не исчезает, поскольку значительная часть клинического решения остаётся контекстной и «человеко-зависимой» — от выбора ключевых феноменов до весов, которые им придаёт эксперт (Spitzer, 1983; First, 2014). В результате, там, где требуется максимальная строгость, психиатрия вынуждена опираться на механизм коллегиальности и комиссионности, то есть фактически на социальный способ снижения ошибки, а не на инструментальную объективизацию.

Именно в судебной психиатрии данная проблема обнажается в наиболее концентрированном виде. Судебно-психиатрическая экспертиза предъявляет к психиатрии требования, близкие по форме к требованиям «жёстких» дисциплин: однозначность критерия, доказательность вывода, трассируе-

мость аргументации, сопоставимость заключений. При этом объект экспертизы чаще всего представляет собой не только клинический феномен, но и правовую ситуацию, включающую реконструкцию состояния на момент деяния, анализ материалов уголовного дела, интерпретацию свидетельств и поведения, оценку критики и волевой регуляции. В таких условиях одно и то же лицо может оказаться в пространстве существенно разных заключений, а расхождения комиссий воспринимаются обществом как доказательство субъективности психиатрии в целом. Для профессионального сообщества подобные расхождения обычно объясняются различиями в качестве материалов, полноте обследования или в методологической школе. Однако более глубокий анализ показывает, что причиной часто является не столько недобросовестность, сколько фундаментальная зависимость экспертного вывода от внутреннего состояния эксперта и от того, каким способом он «собирает» целостную картину личности из фрагментов наблюдаемого и сообщаемого.

Эта монография создавалась с убеждением, что эпоха, в которой психиатрия вынужденно оставалась преимущественно интерспективной, подходит к завершению. Не потому, что человеческий опыт утратил ценность, и не потому, что эмпатия или клиническая интуиция стали «устаревшими». Напротив, эмпатия и клиническая наблюдательность продолжают быть важнейшими условиями помощи. Но в XXI веке возникли предпосылки для принципиально ино-

го дополнения психиатрического познания — для внешнего аналитического контура, который способен стандартизировать и удерживать в единой модели то, что человеческая психика удерживает лишь частично, выборочно и подверженно искажениям. Развитие вычислительных методов в медицине и психиатрии, включая подходы computational psychiatry и вероятностное моделирование психических состояний, уже продемонстрировало, что сложные клинические феномены могут быть описаны в форме формализованных моделей, допускающих проверку и сравнение (Friston, 2010; Huys, Maia, Frank, 2016). Одновременно прогресс машинного обучения и современных архитектур анализа данных показал, что алгоритмические системы способны извлекать устойчивые закономерности из многомерных массивов сигналов, не подменяя клиническое решение, а предлагая иной, внешне организованный способ «видеть» динамику состояния (Bishop, 2006; Topol, 2019).

Собственная мотивация автора состоит в том, чтобы сформулировать этот новый способ наблюдения психики как отдельную научную категорию. В психологии и психиатрии существует множество терминов, описывающих наблюдение, измерение и оценку: обследование, мониторинг, объективизация, психометрия, поведенческий анализ. Однако отсутствует понятие, которое бы фиксировало ключевой эпистемологический факт: психика исследуется не только через психику другого человека, но и посредством внеш-

него по отношению к человеческой психике наблюдателя, способного быть воспроизводимым и лишённым аффективной вовлечённости. Именно поэтому вводится термин «экзоспекция» и обосновывается необходимость его отделения от привычных инструментальных описаний. Экзоспекция в данной работе понимается как режим познания, при котором психическое состояние реконструируется и оценивается через формализованную интеграцию внешне наблюдаемых параметров — речи, поведения, физиологических ритмов, динамики активности и иных фенотипических проявлений — с использованием систем искусственного интеллекта, выступающих в роли внешнего аналитического агента.

При этом важно подчеркнуть, что идея экзоспекции не исходит из наивной веры в «безошибочность» алгоритма. Современная наука о данных убедительно показала, что алгоритмы могут наследовать смещения, допускать ошибки обобщения и демонстрировать уязвимости в реальных, несбалансированных клинических контекстах (Obermeyer, Powers, Vogeli, Mullainathan, 2019). Поэтому мотивация автора включает не только стремление к объективизации, но и стремление к честному описанию границ нового подхода: где экзоспекция усиливает клиническую и экспертную практику, а где она требует осторожности, контроля и человеческой ответственности. Экзоспекция не должна становиться новым источником догматизма напротив, она должна привести психиатрию к большей проверяемости и к более строго-

му обращению с неопределённостью.

Отдельный пласт мотивации связан с тем, что психиатрия исторически развивалась как поле пересечения медицинского, философского и культурного знания. Российская психиатрическая и психологическая традиция, включая труды, посвящённые системному пониманию высших психических функций, патопсихологии и клинической феноменологии, постоянно поднимала вопрос о структуре психики и о принципах её описания (Vygotsky, 1934; Лурия, 1973; Bekhterev, 1907). В отечественной судебной психиатрии акцент на экспертной ответственности и на необходимости строгого клинического анализа всегда был особенно выражен, что делало проблему субъективных расхождений в заключениях ещё более чувствительной в профессиональном смысле. Мотивация данной книги заключается также в том, чтобы соединить эту традицию с современными возможностями искусственного интеллекта, не разрушая клиническую культуру, но усиливая её методологическими средствами, которые прежде были недоступны.

Наконец, мотивация к написанию книги определяется убеждением, что интеграция МКБ-10/11 в экзоспективную практику может стать не формальным, а содержательным шагом вперёд. МКБ-11 фиксирует тенденцию к большему вниманию к функционированию, контексту и клинической применимости критериев, что создаёт более благоприятную рамку для сопряжения нозологической логики с динамиче-

скими моделями состояния. Экзоспекция, в свою очередь, может предоставить инструменты для более строгого описания динамики симптомов и функционального профиля, а значит — для более содержательной клинической интерпретации того, что в классификациях обозначено критериями. Таким образом, мотивация автора состоит не в отрицании существующих систем, а в их методологическом усилении, направленном на повышение воспроизводимости и на снижение зависимости психиатрического знания от индивидуальной субъективности.

Эта книга написана с намерением предложить научному сообществу понятие, которое может стать предметом дискуссии, критики и последующей операционализации. Автор считает, что психиатрия объективизируется не тогда, когда исчезает человеческий фактор, а тогда, когда он становится методологически осмысленным и дополненным внешними средствами проверки. Экзоспекция в этом смысле не отменяет клинического взгляда; она предлагает вторую, независимую оптику, способную укрепить диагностику, мониторинг и экспертные выводы там, где цена ошибки требует максимальной строгости.

О границах и ответственности экзоспекции

Появление экзоспективного подхода, основанного на использовании искусственного интеллекта как внешнего наблюдателя психического состояния, неизбежно порождает вопрос не только о научной состоятельности и практической пользе данного метода, но и о его границах, а также об ответственности, возникающей в связи с его применением. Этот вопрос является принципиальным, поскольку психиатрия и клиническая психология относятся к тем областям знания, где исследование и интерпретация данных напрямую затрагивают фундаментальные человеческие права, достоинство личности, автономию, а в ряде случаев — свободу и жизнь человека. По этой причине любое усиление диагностического инструментария должно сопровождаться ясным определением того, что именно способен сделать новый метод, чего он сделать не может, и кто несёт ответственность за последствия его использования. Иными словами, экзоспекция не может рассматриваться исключительно как технологический прогресс; она должна быть встроена в нормативную, этическую и правовую рамку, сопоставимую по строгости с её предполагаемой объективизирующей функцией (Beauchamp, Childress, 2019).

Прежде всего, следует подчеркнуть, что экзоспекция, даже в максимально развитой форме, не совпадает с понятием «объективной истины» в строгом философском смысле. Она предлагает иной режим наблюдения и анализа, повышающий воспроизводимость и снижающий влияние индивидуальной субъективности специалиста, однако сама по себе не устраняет неопределённость, присущую психическим феноменам. Психика человека не является объектом, полностью исчерпываемым измеряемыми параметрами, и любая попытка её формализации сталкивается с тем, что часть клинически значимых проявлений остаётся контекстной, нарративной и межсубъектной. Это обстоятельство было ясно обозначено ещё в классической феноменологической психопатологии, где указывалось, что понимание переживаний другого человека всегда опосредовано и не может быть сведено к простой регистрации признаков (Jaspers, 1913). Экзоспекция не отменяет данного ограничения, но предлагает компенсировать его путём добавления внешнего аналитического контура, способного обнаруживать закономерности и несогласованности, которые человеческий наблюдатель может не увидеть или интерпретировать различно.

Понятие границы экзоспекции в данной работе включает как эпистемологическую, так и этико-правовую составляющую. Эпистемологическая граница определяется тем, что искусственный интеллект не обладает переживанием и не является субъектом психической жизни; следовательно, он не

способен к «пониманию» в том смысле, который традиционно приписывается клиническому контакту. Его сильная сторона состоит в анализе структуры данных, в выявлении статистических и динамических паттернов, в интеграции множества источников информации и в формировании вероятностных моделей состояния. Однако этот же факт означает, что экзоспекция, основанная на ИИ, должна быть осмыслена как метод оценки по внешним проявлениям и данным, а не как замена человеческой интерпретации смыслов. В клинике это ограничение требует сохранения роли врача или психолога как субъекта клинического решения, способного учитывать личностный, культурный и биографический контекст пациента, а также смысловую ткань его высказываний и переживаний (Gadamer, 1960).

Этико-правовая граница экзоспекции связана с тем, что внедрение ИИ в психиатрическую и психологическую практику неизбежно меняет распределение ответственности и может создать иллюзию «технической безошибочности». Подобная иллюзия особенно опасна именно в сфере психиатрии, поскольку здесь традиционно существует высокий риск стигматизации, злоупотреблений и принудительных вмешательств, которые в истории дисциплины неоднократно становились предметом социальной и политической критики (Foucault, 1961). Поэтому экзоспекция должна развиваться в логике не усиления власти диагноза, а усиления проверяемости и прозрачности диагностического процесса.

ИИ в данном контексте не должен становиться новой формой авторитарного заключения; напротив, он обязан служить инструментом, который делает процедуру анализа более трассируемой, а аргументацию — более разложимой на элементы, поддающиеся проверке.

Ключевым принципом ответственности является сохранение человеческого субъекта решения. Даже если экзоспективная система демонстрирует высокую точность на валидированных выборках и обеспечивает высокую согласованность результатов, она остаётся инструментом поддержки принятия решений и не может быть наделена юридической субъектностью. В клинической практике ответственность за диагноз, назначение терапии и организацию наблюдения принадлежит врачу, поскольку именно он вступает в профессиональные и правовые отношения с пациентом, несёт ответственность за безопасность и исход лечения и обладает полномочиями действовать в условиях неопределённости. Это соответствует фундаментальным принципам медицинской этики, в которых ответственность не может быть делегирована техническому устройству или алгоритму (Beauchamp, Childress, 2019). В судебной психиатрии данный тезис приобретает ещё более строгий характер: экспертное заключение является юридически значимым документом, и ответственность за него несут конкретные лица, действующие в рамках процессуального закона. Экзоспекция может стать частью экспертного инструментария, но не мо-

жет заменить эксперта как субъекта юридического действия.

Особое место в вопросе границ экзоспекции занимает проблема данных. Экзоспекция мыслится как метод, основанный на интеграции многоканальной информации: клинической беседы, наблюдения, анамнеза, материалов дела, психометрических и патопсихологических тестов, а также возможных цифровых маркеров поведения и физиологических показателей. Однако именно расширение спектра данных делает экзоспекцию уязвимой в отношении конфиденциальности и вторжения в частную жизнь. Психические данные относятся к наиболее чувствительным категориям информации, поскольку они способны раскрывать не только актуальное состояние, но и личностные особенности, привычки, межличностные связи и элементы биографии. Эти риски усиливаются при применении цифрового фенотипирования и пассивного мониторинга, где граница между медицинским наблюдением и тотальным контролем может быть размыта (Insel, 2017). Следовательно, экзоспекция требует строгих принципов информированного согласия, минимизации данных, ограничения целей обработки и независимого контроля безопасности.

Важнейшей границей экзоспекции является её валидность. В психиатрии давно известно, что повышение надёжности измерения не всегда означает повышение истинности или клинической адекватности выводов. Система может быть весьма согласованной и воспроизводимой, но при

этом систематически ошибаться в отношении определённых групп пациентов или контекстов. Современные исследования в области медицинских алгоритмов показали, что даже широко используемые модели могут содержать скрытые смещения и приводить к неравенству в доступе к помощи или к ошибочным решениям в отношении отдельных популяций (Obermeyer, Powers, Vogeli, Mullainathan, 2019). Для психиатрии это означает, что экзоспективные системы должны проходить многоуровневую проверку: на разных культурах, языках, возрастных группах и клинических профилях. Более того, в судебной психиатрии валидность должна включать не только клиническую точность, но и процессуальную допустимость методов, прозрачность процедуры и возможность независимой экспертизы результатов.

Ещё одна принципиальная граница связана с тем, что экзоспекция может ошибочно восприниматься как «детектор лжи» или универсальный инструмент выявления симуляции. Исторически судебная практика неоднократно демонстрировала склонность к поиску окончательных технических решений для определения истинности высказываний или мотивов поведения. Однако психиатрия и психология знают, что симуляция и диссимуляция являются сложными поведенческими феноменами, зависящими от контекста, личности, интеллектуальных возможностей и мотивации. Экзоспекция способна выявлять несогласованности, атипичные паттерны и статистически редкие сочетания при-

знаков, но она не может превращаться в инструмент категорического обвинения, поскольку это противоречит как научной осторожности, так и правовым принципам презумпции невиновности и состязательности процесса (Faigman, Monahan, Slobogin, 2014). В экспертной практике экзоспекция должна использоваться как средство повышения тщательности анализа, а не как механизм окончательного «разоблачения».

В этой связи особую значимость приобретает принцип объяснимости. Психиатрическое заключение, особенно судебное, должно быть не только результатом анализа, но и аргументированным текстом, в котором прослеживается логика от фактов к выводам. Экзоспективные модели, основанные на сложных алгоритмах машинного обучения, нередко критикуются за «чёрный ящик», то есть за невозможность чётко реконструировать ход рассуждения системы. Для клиники эта проблема частично компенсируется наблюдением в динамике и возможностью коррекции. Для суда такая непрозрачность недопустима. Следовательно, одна из границ экзоспекции состоит в том, что она должна стремиться к формированию объяснимых выводов, построенных на трассируемых признаках и критериях, которые могут быть оценены экспертом и представлены в процессуально значимой форме (Doshi-Velez, Kim, 2017). Экзоспекция, претендующая на место в судебной практике, обязана быть не только точной, но и интерпретируемой.

Наконец, границы экзоспекции определяются гуманистическим ядром психиатрии. Психическое расстройство — это не только совокупность симптомов и не только функциональное снижение; это человеческое страдание, укоренённое в биографии, отношениях и смыслах. Психиатрия не может быть сведена к измерительной технике, поскольку её конечная цель заключается не в классификации, а в помощи. Экзоспекция должна усиливать способность к помощи, снижая вероятность ошибок, улучшая мониторинг и повышая обоснованность решений, но она не должна превращать человека в объект тотального наблюдения. В этом смысле ответственность экзоспекции состоит в том, чтобы служить человеку, а не дисциплинировать его, и обеспечивать большую справедливость и научную добросовестность там, где ранее господствовали субъективные колебания и неустранимые человеческие ограничения (Goffman, 1961).

Таким образом, экзоспекция требует одновременно научной смелости и нормативной осторожности. Её границы проходят по линии между усилением диагностики и угрозой технологического редукционизма, между повышением воспроизводимости и риском алгоритмической предвзятости, между расширением данных и вторжением в приватность, между вероятностным анализом и соблазном окончательных вердиктов. Ответственность за экзоспекцию в конечном итоге остаётся человеческой, поскольку именно человек несёт юридические и этические последствия решения, именно че-

ловек способен к моральному суждению и именно человек сохраняет обязанность видеть в пациенте личность, а не профиль данных. Экзоспекция, будучи внешним наблюдением, не отменяет внутренней ответственности; напротив, она делает эту ответственность более требовательной, поскольку теперь у специалиста появляются дополнительные основания для проверки себя и своей интерпретации, а значит — меньше оправданий для произвольности.

ВВЕДЕНИЕ

Кризис субъективной психиатрии в XXI веке

Психиатрия вступила в XXI век, сохранив фундаментальную особенность, которая на протяжении всей её истории одновременно обеспечивала дисциплине жизнеспособность и определяла её методологическую хрупкость: психика другого человека познаётся преимущественно через психику врача. Клиническая беседа, наблюдение, феноменологическое описание, выделение симптомов и синдромов, сопоставление их с диагностическими критериями, интерпретация жалоб и поведения — всё это представляет собой не только профессиональный акт, но и особый эпистемологический режим, в котором субъект познания неизбежно становится частью результата познания. Данный факт был осмыслен в классической общей психопатологии, где подчёркивалось, что психиатрическая диагностика всегда опирается на понимающее и описательное знание, а не на прямую инструментальную регистрацию внутренних состояний (Jaspers, 1913). Однако именно в XXI веке эта особенность

перестала восприниматься как допустимая неизбежность и превратилась в источник системного напряжения, которое можно обозначить как кризис субъективной психиатрии.

Кризис, о котором идёт речь, не следует понимать как отрицание психиатрии, её научной состоятельности или клинической эффективности. Он означает, что традиционный способ производства психиатрического знания всё чаще сталкивается с требованиями современного общества и современной науки, которые выходят за пределы того, что может быть обеспечено одной лишь интерспективной компетенцией специалиста. В большинстве медицинских дисциплин прогресс связан с ростом инструментальной измеримости, стандартизацией диагностики и повышением воспроизводимости решений. Психиатрия, напротив, остаётся областью, где центральную роль играют клиническое впечатление, опыт, феноменологическая точность и способность специалиста удерживать сложный контекст. Это не недостаток как таковой; это исторически закономерная форма существования дисциплины. Однако именно здесь возникает противоречие: психиатрия всё чаще должна действовать в режимах, где требуется не только клиническая тонкость, но и стандартизируемая, проверяемая, воспроизводимая аргументация, сопоставимая по форме с тем, что ожидается от науки и от правовых институтов (Kendell, 1975).

Современные классификационные системы, включая МКБ-10/11, представляют собой попытку решить часть этой

проблемы через унификацию языка и критериев. Однако классификация сама по себе не устраняет главного источника вариативности способа клинического обнаружения и интерпретации феноменов. Даже идеально сформулированный критерий остаётся зависимым от того, как специалист распознаёт соответствующий феномен в живой клинической реальности, как он задаёт вопросы, на что обращает внимание, какие сведения считает ключевыми, а какие второстепенными. В результате возникает разрыв между нормативной формой диагноза и фактическим процессом его построения. Этот разрыв особенно заметен в пограничных случаях, в коморбидности, в ситуациях, когда симптоматика маскируется, изменяется во времени или зависит от контекста. В таких условиях формальная унификация критериев не гарантирует унификации диагностических решений, что приводит к расхождениям между специалистами и центрами даже при одинаковой классификационной рамке (Spitzer, 1983; First, 2014).

Внутренняя субъективность психиатрии имеет несколько взаимосвязанных уровней. Прежде всего, она связана с тем, что психические явления проявляются преимущественно в поведении и речи, то есть в знаках, требующих интерпретации. Это качественно отличается от измерения соматических параметров, где измерительный прибор регистрирует величину независимо от смысла. Психиатрическое наблюдение, напротив, включает в себя не только регистрацию,

но и понимание, а понимание всегда опосредовано культурой, языком, личным опытом и эмоциональной вовлечённостью наблюдателя. Герменевтический характер клинического знания делает психиатрию особенно чувствительной к различиям между наблюдателями и к изменчивости самого клинициста во времени (Gadamer, 1960). Далее субъективность связана с тем, что клиническая ситуация является межличностной: пациент сообщает о переживаниях, иногда не имея языка для их точного описания, а специалист должен выстроить картину состояния на основе неполной и потенциально искажённой информации. При этом сам специалист неизбежно вовлечён в эмоциональное поле контакта, где возможны эффекты переноса и контрпереноса, формирующие скрытые смещения восприятия (Freud, 1912; Kernberg, 1975). Наконец, субъективность усиливается там, где психиатрия пересекается с оценочными и нормативными категориями: опасность, способность к самоконтролю, критика, социальная адекватность, ответственность. Эти категории неизбежно затрагивают моральные и культурные представления и потому особенно уязвимы к вариативности.

В XX веке данная особенность психиатрии воспринималась как часть её профессиональной природы. Общество и наука допускали, что в области психического здоровье невозможно добиться точности, сравнимой с лабораторными измерениями. Однако в XXI веке изменились условия, в которых психиатрия функционирует, и изменились ожи-

дания к ней. Во-первых, значительно расширился масштаб психиатрической и психологической помощи: психические расстройства и психологические проблемы стали частью массовой медицины и массового социального запроса, что неизбежно требует стандартизации процессов и сопоставимости решений в больших системах здравоохранения. Во-вторых, увеличилась цена ошибки в публичном и юридическом измерении: судебные процессы, экспертизы, вопросы принудительного лечения и ограничения свободы требуют от психиатрии аргументации, способной выдержать внешнюю проверку и критику. В-третьих, произошло культурное изменение отношения к субъектности: общество одновременно требует гуманизма и уважения к личности и в то же время требует от специалистов прозрачности и доказательности, что порождает напряжение между индивидуальным подходом и необходимостью формализованного обоснования.

Особым образом кризис субъективности проявляется в судебной психиатрии, где психиатрическое знание превращается в юридически значимое заключение. Судебно-психиатрическая экспертиза, как правило, претендует на высокую степень строгости, поскольку её объектом является оценка состояния человека в контексте правового критерия, а результат влияет на правовые последствия. При этом именно в экспертной области наиболее заметны расхождения между комиссионными выводами и трудности воспроизводимо-

сти. Такая ситуация не может быть объяснена исключительно различиями клинических школ или качеством материалов дела. Она указывает на более глубокий факт: интерспективный механизм познания психики, приемлемый в терапевтическом контексте, оказывается недостаточным там, где требуется процедура, сопоставимая по воспроизводимости с инструментальным измерением. Судебная практика тем самым становится своего рода «лакмусовой бумагой» для всей психиатрии, выявляя пределы субъективного клинического знания и превращая эти пределы в общественно значимую проблему (Faigman, Monahan, Slobogin, 2014).

Ещё один аспект кризиса связан с изменением самого объекта наблюдения. XXI век характеризуется радикальным усложнением социальной среды, ускорением информационных потоков, цифровизацией коммуникации, ростом тревожности, изменением семейных и трудовых структур. Психические состояния всё чаще формируются в динамике, на фоне постоянного стресса, с высокой коморбидностью и изменчивостью симптоматики. В такой реальности единичное клиническое обследование становится менее информативным, а необходимость мониторинга и анализа динамики возрастает. Однако человеческий наблюдатель ограничен по объёму удерживаемых данных, по возможности длительной фиксации параметров и по способности интегрировать многочисленные разнородные сигналы в единый вывод. Клинический опыт остаётся решающим, но он неизбежно фрагмен-

тарен по отношению к многомерной динамике современного пациента. Здесь возникает новая форма субъективности: не только личностная, но и когнитивная, связанная с ограничениями человеческой обработки информации и с тем, что сложность клинических случаев превышает естественные возможности наблюдателя (Kahneman, 2011).

Таким образом, кризис субъективной психиатрии в XXI веке проявляется не в том, что психиатрия «ошибочна» или «ненаучна», а в том, что её традиционный режим познания сталкивается с новой реальностью — социальной, юридической, эпистемологической и технологической. Психиатрия оказывается перед необходимостью либо защищать интерспективную традицию как единственно возможную, либо признать её пределы и дополнить её внешними инструментами, способными повысить воспроизводимость, прозрачность и проверяемость клинических и экспертных решений. В этом месте и возникает ключевой тезис настоящей работы: если психиатрия хочет сохранить гуманистический характер и одновременно приблизиться к стандартам зрелой науки, ей требуется новый слой познания, не отменяющий клинического контакта, но вводящий внешний аналитический контур. Экзоспекция предлагается как понятие, способное описать этот слой и сделать его предметом методологии, научной дискуссии и практического внедрения.

Экзоспекция в дальнейшем будет рассмотрена как ответ на кризис субъективности не в смысле устранения челове-

ка из психиатрии, а в смысле изменения архитектуры психиатрического знания. Клиническая психиатрия и психология сохраняют свой предмет — человеческое страдание и его смысл, — однако дополняются инструментом, который способен видеть структуру и динамику психического состояния без тех искажений, которые неизбежны для человеческого наблюдателя. Этот поворот не является случайным и не может быть редуцирован к «моде на искусственный интеллект». Он обусловлен внутренней логикой развития психиатрии, её неизбежным движением от описания к измеримости, от индивидуального опыта к проверяемой системе, от неполной воспроизводимости к стандартизируемой аргументации. Если этот переход не будет осуществлён в научной и этически контролируемой форме, то психиатрия рискует оказаться объектом внешней критики и регуляции, которые могут быть менее компетентны и менее гуманистичны, чем сама психиатрия. Поэтому вопрос об экзоспекции является не только научным, но и профессионально-историческим: он касается того, сможет ли психиатрия сохранить свой статус дисциплины, отвечающей одновременно требованиям науки, морали и права.

Почему именно сейчас стала возможна экзоспекция

Экзоспекция как эпистемологическая возможность не могла возникнуть в произвольный исторический момент. Её появление обусловлено совпадением нескольких линий развития, которые в предыдущие эпохи существовали раздельно и потому не могли сложиться в новую методологию. В XIX и большей части XX века психиатрия была вынуждена оставаться интерспективной не потому, что клиницисты не осознавали ограничений субъективного подхода, а потому, что не существовало внешнего наблюдателя, который мог бы выполнять функции, аналогичные измерительному прибору в естественных науках. Можно сказать, что психиатрия исторически находилась в положении дисциплины, где «прибор» совпадает с наблюдателем, а наблюдатель является носителем тех же классов искажений, что и исследуемый объект. Это обстоятельство в классической феноменологической традиции было признано как неизбежность: психическое подлежит описанию, пониманию и интерпретации, но не прямой регистрации (Jaspers, 1913). Тем не менее, именно XXI век делает возможным иное положение дел, поскольку формируются условия для появления внешнего аналитического агента, не являющегося носителем психики и потому

способного действовать как экзоспективный контур.

Первое условие этой возможности связано с преобразованием самой среды данных. Психиатрия прошлого века опиралась главным образом на клиническую беседу, наблюдение в стационаре, данные анамнеза и редкие лабораторно-инструментальные исследования, которые носили преимущественно исключающий характер, помогая дифференцировать психические расстройства от соматоневрологических причин. Сегодня жизнедеятельность человека всё чаще сопровождается цифровыми следами: ритмы сна и бодрствования, двигательная активность, характер коммуникаций, вариативность поведения, изменения темпа речи и даже элементы социальной динамики могут быть зарегистрированы, пусть и с разной степенью точности, в непрерывном временном режиме. В медицине это явление уже привело к переходу от эпизодического измерения к мониторинговому, когда состояние понимается как динамический процесс, а не как снимок в момент обследования (Topol, 2019). Для психиатрии этот переход имеет принципиальное значение: психическое состояние по самой природе является динамическим, контекстным и чувствительным к времени, а потому наблюдение в форме непрерывных или повторяемых измерений теоретически лучше соответствует объекту, чем единичное клиническое интервью.

Однако само наличие данных ещё не делает возможной экзоспекцию. **Второе условие** связано с развитием мето-

дов, способных интегрировать многомерные и разнородные сигналы в связную модель. Психиатрическое знание традиционно строилось как качественная интеграция: врач объединяет отдельные симптомы в синдромы, учитывает личность, контекст, динамику, сопоставляет их с нозологическими рамками МКБ-10/11 и формирует клинический вывод. Этот процесс требует одновременного удержания множества параметров, что неизбежно ограничено когнитивными возможностями человека. Психиатрическая субъективность в XXI веке во многом становится не только личностной, но и когнитивной, поскольку сложность реальных случаев, коморбидность и объём информации всё чаще превышают то, что может быть интегрировано без потерь и искажений (Kahneman, 2011). Именно здесь развивается роль вычислительных методов: машинное обучение и вероятностное моделирование способны удерживать высокоразмерные пространства признаков и строить модели, обнаруживающие устойчивые закономерности там, где человек вынужден опираться на эвристики (Bishop, 2006).

Третье условие связано с концептуальным изменением в понимании психических расстройств. В конце XX и начале XXI века в психиатрии постепенно укрепляется подход, в рамках которого психические расстройства рассматриваются не только как дискретные нозологические сущности, но и как динамические состояния, возникающие на пересечении биологических, психологических и социальных факто-

ров. Эта тенденция выражена как в развитии нейронаук и когнитивной психологии, так и в становлении computational psychiatry, стремящейся связать клинические феномены с формализуемыми механизмами, пусть и на уровне моделей, а не окончательных доказательств (Friston, 2010; Huys, Maia, Frank, 2016). МКБ-11 в ряде разделов усиливает акцент на клинической применимости, функциональной оценке и контекстной трактовке расстройств, что в целом согласуется с идеей, что диагноз является не только ярлыком, но и моделью состояния, необходимой для прогнозирования и выбора вмешательства. Экзоспекция становится возможной именно на фоне такого понимания психики как системы, поскольку внешний наблюдатель по определению лучше работает с системами, динамикой и вероятностными зависимостями, чем с уникальными «случаями» в феноменологическом смысле.

Четвёртое условие — технологическое, но его значение выходит за рамки техники. Развитие искусственного интеллекта, особенно методов глубокого обучения и современных архитектур обработки языка, речи и изображений, создаёт возможность анализа тех аспектов психики, которые исторически считались исключительно качественными. Речь, нарратив, связность мышления, просодия, динамика диалога — это те области, где психиатрия традиционно опиралась на клиническую интуицию и феноменологическое описание. Однако современные модели обработки естественного языка и аудиосигналов позволяют выделять структурные

признаки, измерять их устойчивость и изменения во времени, сопоставлять их с клиническими профилями и использовать как элементы вероятностной оценки состояния (Insel, 2017). Важно подчеркнуть, что речь не идёт о «прочтении мыслей» или прямом доступе к переживанию. Речь идёт о том, что внешние проявления психического процесса могут быть представлены как данные, а данные — как объект формализованного анализа. Именно этот переход от качественного впечатления к формализуемым паттернам делает возможным новый режим наблюдения, который в данной книге обозначается как экзоспекция.

Пятое условие связано с институциональным и социальным контекстом. XXI век предъявляет к психиатрии требования прозрачности, доказательности и справедливости, которые усиливаются в публичной сфере и особенно в судебной практике. Судебно-психиатрическая экспертиза фактически является местом, где психиатрия вынуждена говорить языком, понятным правовым институтам: языком критериев, аргументации и проверяемых процедур. Однако интерспективная природа психиатрии делает этот перевод трудным. В условиях, когда разные комиссии могут давать различные заключения по сходным материалам, доверие к дисциплине становится уязвимым, а общественный запрос на стандартизацию усиливается. Параллельно развивается общий тренд на цифровую верификацию, когда решения в медицине и праве всё чаще требуют опоры на данные и на вос-

производимые методы. Экзоспекция появляется как ответ на этот запрос, но она может быть реализована только тогда, когда существует технологическая возможность для создания внешнего аналитического агента и инфраструктура, позволяющая собирать и хранить данные в защищённой и процессуально пригодной форме (Topol, 2019).

Шестое условие методологическое состоит в осознании того, что экзоспекция возможна лишь при сохранении чёткой границы между анализом и решением. История медицины показывает, что внедрение инструментов измерения приводит к изменению статуса врача не потому, что прибор «заменяет» клинициста, а потому, что он перераспределяет функции: прибор обеспечивает регистрацию и вычисление, врач — интерпретацию, клиническое суждение и ответственность. В психиатрии такая схема долгое время была невозможна, поскольку отсутствовал прибор, способный работать с психическими проявлениями. Современный ИИ потенциально заполняет эту нишу, но только при условии, что он будет рассматриваться как аналитический контур, а не как автономный субъект решения. Это принципиально важно и для клиники, и для экспертизы. Экзоспекция возможна именно сейчас потому, что одновременно возникла и возможность технологического анализа, и необходимость этико-правового разграничения ролей, сформулированная современной биоэтикой и правовой теорией ответственности (Beauchamp, Childress, 2019).

Наконец, экзоспекция становится возможной именно сейчас потому, что психиатрия накопила достаточный объём структурированного знания, которое может быть использовано для обучения и калибровки внешних систем. Нозологические модели МКБ-10/11, клинические руководства, стандартизированные интервью и психометрические инструменты создали метаязык, позволяющий описывать психические феномены в относительно устойчивых категориях. Психиатрия подготовила формальный каркас, на который могут быть наложены новые методы анализа. В этом смысле экзоспекция не является разрывом с традицией; она является её продолжением на новом уровне, где клинические категории и феноменологические описания становятся не только предметом человеческого понимания, но и объектом внешней аналитической обработки.

Таким образом, возможность экзоспекции определяется не одним фактором, а совпадением исторических линий: цифровизации жизненных процессов, роста объёма доступных данных, развития методов машинного анализа, изменения теоретического понимания психических расстройств, усиления общественного и правового запроса на воспроизводимость и, наконец, наличия классификационных систем, обеспечивающих язык и структуру для формализации. В этих условиях искусственный интеллект впервые получает шанс выступить как внешний наблюдатель психического состояния, а психиатрия — шанс дополнить интерспективную

традицию экзоспективным контуром, способным повысить объективность и системность клинического и экспертного знания.

Цели, задачи и структура монографии

Цель настоящей монографии заключается в том, чтобы предложить научному и практическому сообществу концептуально строгую и клинически применимую рамку экзоспекции психики человека, понимаемой как внешний, формализованный и воспроизводимый режим наблюдения психического состояния, осуществляемый при помощи систем искусственного интеллекта. Эта цель включает одновременно теоретическое и практическое измерения. Теоретическое измерение связано с необходимостью описать экзоспекцию не как набор технологических инструментов, а как новый эпистемологический слой психиатрического знания, возникающий на границе клинической феноменологии, философии науки и современной вычислительной методологии (Jaspers, 1913; Kendell, 1975). Практическое измерение связано с задачей показать, каким образом экзоспекция может быть встроена в реальные процессы клинической диагностики, мониторинга и судебно-психиатрической экспертизы, не разрушая гуманистического основания дисциплины и не подменяя профессиональную ответственность врача и психолога алгоритмическими предписаниями (Beauchamp, Childress, 2019).

Постановка цели в таком двойном виде не является ком-

промиссом между академическим и прикладным стилем; она отражает внутреннюю природу обсуждаемого предмета. Экзоспекция, будучи возможной именно благодаря техническому развитию искусственного интеллекта, неизбежно оказывается междисциплинарной. Она не может быть полноценно осмыслена в рамках только клинической психиатрии, так же как не может быть корректно внедрена, если рассматривать её исключительно как инженерную задачу без клинического и этического контекста. Поэтому монография изначально строится как единое пространство, где философские основания психиатрического знания и практические регламенты работы с данными связаны общей логикой: от анализа исторической зависимости психиатрии от интерспекции к формулированию требований к внешнему наблюдателю и далее к описанию того, как этот наблюдатель может работать с различными классами расстройств и с наиболее ответственными областями практики.

Задачи настоящей работы определяются тем, что сама возможность экзоспекции предъявляет к психиатрии и психологии новые требования. **Во-первых**, необходимо прояснить, что именно в психиатрии следует понимать под субъективностью и почему эта субъективность является системной, а не случайной. Это требует обращения к феноменологическим основаниям психопатологии, к истории классификаций и к проблеме воспроизводимости клинических решений, включая различия в диагностике при использова-

нии одних и тех же критериев (Jaspers, 1913; Spitzer, 1983; First, 2014). **Во-вторых**, требуется определить экзоспекцию как понятие, отделив её от близких терминов, которые существуют в психиатрии и цифровой медицине: мониторинга, объективизации, поведенческого анализа, психометрии, цифрового фенотипирования. Если экзоспекция будет понята лишь как технологический мониторинг, она утратит свой методологический смысл; если же её трактовать как универсальную замену клиническому пониманию, она превратится в идеологию. Поэтому задача состоит в том, чтобы дать экзоспекции определение, которое одновременно является строгим и ограничивающим, то есть таким, которое фиксирует границы применимости подхода (Insel, 2017).

В-третьих, необходимо описать требования к экзоспективному субъекту и обосновать тезис о том, почему человек в принципе не может быть внешним наблюдателем психики другого человека в строгом смысле. Это не означает отрицания клинической эмпатии; это означает признание того, что эмпатия и интерпретация неизбежно включают субъективные фильтры, тогда как задача экзоспекции состоит в создании воспроизводимого аналитического контура. Здесь задача монографии заключается в том, чтобы объяснить, почему отсутствие психики у ИИ при всех рисках алгоритмических смещений является эпистемологическим преимуществом, и почему именно в этом смысле ИИ способен выступать как внешний наблюдатель, а не как «врач-заменитель» (Bishop,

2006; Topol, 2019).

В-четвёртых, требуется рассмотреть вопрос о данных и о том, какие формы наблюдаемого фенотипа психики действительно могут быть использованы для экзоспекции. В психиатрии данные всегда были смешанными: субъективный отчёт пациента, наблюдение врача, описания родственников, анамнестические сведения, результаты психологических тестов, иногда лабораторные и инструментальные показатели. XXI век добавляет к этому цифровые и физиологические маркеры, позволяющие наблюдать динамику поведения, речи, сна и активности. Однако превращение этих сигналов в клинически релевантные показатели требует строгого отбора, операционализации и критического анализа, иначе экзоспекция рискует стать набором произвольных корреляций. Поэтому задача состоит в том, чтобы не только перечислить потенциальные источники информации, но и показать, как они должны быть методологически встроены в клиническую рамку и соотнесены с нозологическими моделями МКБ-10/11 .

В-пятых, необходимо продемонстрировать применимость экзоспекции на уровне ключевых групп психических расстройств и психологических проблем. Для этого требуется связать обсуждение экзоспективных признаков с клиническими феноменами, с динамикой состояния и с практическими задачами диагностики и мониторинга. При этом монография сознательно ориентируется на то, чтобы не про-

тивопоставлять экзоспективный подход существующим диагностическим системам, а использовать их как язык и каркас, который может быть усилен внешней аналитикой. Такая позиция принципиальна: экзоспекция должна усиливать клиническую применимость МКБ-10/11, позволяя более строго фиксировать динамику и структуру феноменов, но не претендуя на немедленную замену классификационного мышления (First, 2014; World Health Organization, 2019).

В-шестых, отдельной задачей является разработка основания для применения экзоспекции в судебной психиатрии и судебной психологии, поскольку именно здесь максимальна цена ошибки и наиболее заметна проблема расхождений экспертных заключений. Эта задача требует особой строгости, так как судебная экспертиза предъявляет не только клинические, но и процессуальные требования: прозрачность аргументации, воспроизводимость процедур, объяснимость выводов, возможность независимой проверки. Монография стремится показать, что экзоспекция может стать не «судьёй», а инструментом повышения стандартизации и трассируемости экспертной логики, снижая влияние субъективных колебаний и обеспечивая более однозначную структуру обоснования заключения (Faigman, Monahan, Slobogin, 2014). При этом подчёркивается, что юридическая ответственность и нормативный выбор остаются человеческими, а экзоспекция должна служить средством повышения научной добросовестности, а не инструментом технологической

власти.

Наконец, **практическая задача** монографии заключается в том, чтобы предложить специалистам — психиатрам и психологам — понятный путь входа в экзоспективную практику. Это включает изменение клинического мышления в направлении большего внимания к структуре данных, формированию корректных запросов к ИИ-системам, интерпретации экзоспективных отчётов и интеграции результатов внешнего анализа с клиническим опытом. Такое руководство необходимо, поскольку без него экзоспекция рискует остаться либо абстрактной философской идеей, либо инженерной разработкой без клинической ответственности. В этом смысле монография задумана как мост между академической теорией и практикой, где теория не является украшением, а практика — не является упрощением.

Структура книги построена таким образом, чтобы эта последовательность задач была реализована как единая повествовательная линия. В первых отделах рассматриваются эпистемологические основания, без которых экзоспекция не может быть корректно определена. Здесь анализируется интерспекция как исторический фундамент психиатрии, выявляются пределы интерспективного знания и обсуждается проблема объективности в гуманитарных и медицинских науках. Далее логика книги переходит к формулированию экзоспекции как нового режима познания психики, где даётся определение понятия, обосновывается необходимость внеш-

него наблюдателя и рассматривается искусственный интеллект как экзоспективный агент. Следующий структурный блок посвящён данным и каналам наблюдения, поскольку экзоспекция невозможна без строго определённых источников информации и без понимания того, что именно считается наблюдаемым фенотипом психического состояния. После этого монография переходит к экзоспективной диагностике: обсуждаются общие принципы, а затем — применение подхода к ключевым группам расстройств, соотносимым с нозологическими рамками МКБ-10/11. Особое место занимает судебная экспертиза, где экзоспекция рассматривается как способ стандартизации и повышения аргументативной прозрачности. Завершающие отделы носят практический и нормативный характер: в них описывается, как специалист может внедрять экзоспекцию в работу, и какие этические, правовые и профессиональные условия должны быть соблюдены для предотвращения злоупотреблений и для сохранения человеческой ответственности.

Таким образом, книга организована так, чтобы читатель последовательно прошёл путь от осознания кризиса субъективной психиатрии к пониманию того, как экзоспекция может стать методологически обоснованным ответом на этот кризис. При этом структура монографии рассчитана на разные аудитории: практикующий психиатр и психолог получают в ней язык и инструменты для внедрения экзоспективного подхода, судебный эксперт — рамку для стандарти-

зации и повышения проверяемости выводов, исследователь — концепт и аргументацию, пригодные для цитирования и дальнейшей разработки, а специалист по ИИ — клинически релевантную постановку задач и критерии ответственности, без которых инженерное решение не может считаться научно и профессионально приемлемым.

Для кого написана эта книга

Настоящая монография адресована не одной профессиональной группе и не одному уровню подготовки, поскольку сама идея экзоспекции по своей природе междисциплинарна и затрагивает одновременно клиническую практику, научную методологию, судебно-экспертную сферу и инженерную разработку систем искусственного интеллекта. Экзоспекция не может быть полноценно осмыслена в пределах одной традиции — только психиатрической, только психологической или только технологической — без утраты существенной части смысла. Психика человека является объектом, который в клиническом знании описывается языком феноменологии и нозологий, в правовой сфере — языком ответственности и нормативных критериев, а в вычислительной сфере — языком данных, моделей и алгоритмов. Эта книга написана как попытка соединить эти языки в единую рамку, сохраняя научную строгость и практическую применимость, а также обеспечивая возможность дальнейшей исследовательской разработки и профессионального обсуждения (Jaspers, 1913; Kendell, 1975; Topol, 2019).

Прежде всего, книга предназначена для психиатров, работающих в амбулаторной и стационарной практике, в консультативной службе, в системе мониторинга психического

здоровья и в экспертной деятельности. Для клинициста экзоспекция важна не как абстрактная философская идея, а как инструмент, потенциально способный расширить диагностическое поле, усилить отслеживание динамики состояния и повысить воспроизводимость клинических выводов там, где традиционная интерспекция демонстрирует пределы. Психиатрическая работа неизбежно связана с вероятностными решениями, с коморбидностью, с неполнотой данных и с необходимостью делать выводы в условиях ограниченного времени. В этих условиях внешний аналитический контур может стать средством повышения устойчивости клинического мышления, если он будет корректно интегрирован в практику и соотнесён с существующими нозологическими рамками, в том числе с МКБ-10/11, которые продолжают оставаться основным международным языком клинической классификации. Книга адресована тем психиатрам, которые видят в объективизации не угрозу клиническому опыту, а возможность методологического усиления, позволяющего лучше контролировать собственные диагностические решения и снижать влияние неизбежных когнитивных и аффективных искажений (Kahneman, 2011).

Второй важной аудиторией являются клинические психологи, психотерапевты и специалисты в области психологической диагностики. Экзоспекция затрагивает психологию не в меньшей степени, чем психиатрию, поскольку многие признаки, потенциально значимые для внешнего наблюдения,

лежат в сфере речи, поведения, нарратива, эмоциональной регуляции и межличностной динамики. Психологическая диагностика исторически развивалась как область, стремящаяся к стандартизации через психометрию, тестовые методики и структурированные интервью, однако и она остаётся уязвимой к вариативности интерпретации и к зависимости результатов от контекста взаимодействия. Для психолога экзоспекция представляет собой возможность дополнить традиционные методы внешним анализом динамических и поведенческих параметров, а также интегрировать результаты с клинической картиной, сохраняя при этом центральное значение смыслового и личностного понимания (Gadamer, 1960). Книга адресована тем, кто готов рассматривать искусственный интеллект не как конкурента психологическому пониманию, а как новый тип инструмента, повышающего точность наблюдения и позволяющего работать с динамикой психического состояния в более структурированном виде.

Особая группа читателей — судебные эксперты: судебные психиатры, судебные психологи и специалисты, участвующие в комплексных психолого-психиатрических экспертизах. Судебная сфера является тем местом, где кризис субъективной психиатрии становится максимально заметным и социально значимым, поскольку экспертное заключение превращается в юридический факт. Для судебного эксперта экзоспекция является не технологическим дополнением, а потенциальным способом повысить стандартизацию эксперт-

ной аргументации, сделать выводы более трассируемыми и снизить влияние случайной вариативности, связанной с различиями комиссий, индивидуальных подходов и клинических школ (Faigman, Monahan, Slobogin, 2014). Вместе с тем именно судебная практика предъявляет к экзоспекции наиболее жёсткие требования: объяснимость, процессуальная допустимость, независимая проверяемость, контроль смещений и строгие ограничения на использование данных. Поэтому книга адресована судебным специалистам не как обещание «идеального алгоритма», а как научно обоснованная постановка вопроса о том, каким образом внешний аналитический контур может быть встроен в экспертную процедуру, оставаясь инструментом, а не субъектом решения, и не нарушая юридических принципов ответственности и прав человека (Beauchamp, Childress, 2019).

Следующая аудитория — исследователи: специалисты по психопатологии, философии психиатрии, методологии науки, психометрии, нейронаукам и computational psychiatry. Для исследовательского сообщества книга предлагает не только терминологическое введение понятия экзоспекции, но и рамку для обсуждения более широкого вопроса о том, каким образом дисциплина, исторически основанная на интерпретативном знании, может укреплять свою научную состоятельность через развитие внешних инструментов наблюдения. В этом смысле монография адресована тем, кто заинтересован в операционализации психических феноменов без

редукции их человеческого содержания, а также в построении моделей, способных быть проверяемыми и сопоставимыми. Экзоспекция в предлагаемом здесь понимании является не частной технологией, а метатеоретической конструкцией, которая может стать предметом критики, уточнения, эмпирической проверки и дальнейшего развития (Friston, 2010; Huys, Maia, Frank, 2016). Для исследователей важно и то, что книга удерживает связь с клиническими классификациями, рассматривая МКБ-10/11 как язык, необходимый для сопоставимости клинических и исследовательских выводов.

Наконец, монография адресована специалистам в области искусственного интеллекта, разработчикам медицинских систем, инженерам данных и архитекторам цифровых решений в здравоохранении. Для этой аудитории книга имеет принципиально иной смысл: она предлагает клинически релевантную постановку задачи и одновременно задаёт нормативные ограничения, без которых любая техническая разработка в сфере психического здоровья обречена либо на низкую применимость, либо на высокие риски злоупотребления. В современной практике ИИ часто развивается быстрее, чем клиническая методология успевает сформировать стандарты его использования. Это создаёт опасность того, что алгоритмы будут внедряться как «чёрные ящики», без понимания клинической ответственности, без учёта контекстов, без контроля смещений и без процессуальной прозрач-

ности. Книга адресована тем инженерам и исследователям ИИ, которые готовы строить системы не только точные в статистическом смысле, но и клинически осмысленные, объяснимые и этически допустимые (Doshi-Velez, Kim, 2017; Obermeyer, Powers, Vogeli, Mullainathan, 2019). Именно поэтому в тексте постоянно удерживается различение между анализом и решением, между выявлением паттернов и клинической интерпретацией, между вероятностной оценкой и юридическим выводом.

При этом монография не исключает более широкого круга читателей, связанных с организацией здравоохранения, управлением качеством медицинской помощи и разработкой стандартов клинической и экспертной деятельности. Психиатрия в XXI веке всё чаще функционирует внутри больших систем, где сопоставимость и стандартизация решений становятся организационной необходимостью. Экзоспекция в этом контексте может рассматриваться как один из путей повышения качества и прозрачности процессов, но только при условии, что её внедрение будет осуществляться не как техническая модернизация ради самой модернизации, а как методологически осмысленное изменение архитектуры диагностического знания.

Таким образом, эта книга написана для тех, кто воспринимает психиатрию и клиническую психологию как дисциплины, находящиеся в состоянии исторического перехода. Она адресована практикам, которым необходимы новые инстру-

менты без утраты клинической ответственности; экспертам, которым требуется повышение воспроизводимости выводов при максимальной цене ошибки; исследователям, заинтересованным в строгих моделях психического состояния; инженерам, готовым создавать ИИ-системы, учитывающие клиническую реальность и этические границы. Экзоспекция в предлагаемом здесь понимании может быть принята или отвергнута, уточнена или подвергнута критике; однако книга написана с убеждением, что обсуждение данного понятия стало неизбежным, поскольку современная психиатрия уже вступила в эпоху, где внешние аналитические контуры перестают быть гипотезой и становятся практическим вызовом.

ОТДЕЛ I. ЭПИСТЕМОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ЭКЗОСПЕКЦИИ

Глава 1. Психиатрия как знание, основанное на интерспекции

1.1. Интерспекция как исторический фундамент психиатрии

Психиатрия как клиническая дисциплина возникла и развивалась в условиях, радикально отличных от условий становления большинства медицинских специальностей. Её предметом с самого начала стали не орган и не функция, поддающиеся непосредственной регистрации, а человеческая субъективность, выраженная в речи, поведении, аффекте, переживаниях и смысловых структурах. Уже на ранних этапах становления психиатрии обнаружилось, что психическое страдание не может быть описано исключительно через внешние признаки в том виде, в каком соматическая ме-

дицина описывает телесные синдромы. Человек, обращающийся за помощью, не просто предъявляет симптом, но сообщает о внутреннем опыте, который нельзя увидеть напрямую, нельзя измерить линейкой и нельзя полностью вывести из соматических параметров. Именно поэтому психиатрическое знание исторически сформировалось как знание интерпретативное, в значительной мере основанное на интерспекции — то есть на способности врача использовать собственную психику как инструмент распознавания, понимания и классификации психических феноменов другого человека (Jaspers, 1913).

Важно уточнить, что термин «интерспекция» в данном контексте не следует понимать в узком психологическом смысле как самоотчёт субъекта о собственных переживаниях. В психиатрии интерспективность означает более широкий эпистемологический механизм: клиницист, наблюдая пациента, неизбежно соотносит увиденное и услышанное со своим собственным опытом субъективности, с внутренними моделями нормального и патологического, с собственной способностью распознавать значения, намерения и эмоциональные оттенки. Этот процесс включает эмпатическое «считывание», внутреннюю симуляцию, морально-культурную оценку и профессиональную интерпретацию. Иными словами, интерспекция в психиатрии — это не столько «самонаблюдение», сколько использование внутренней психической организации врача как основного аналитического

инструмента, позволяющего строить заключение о психике другого (Dilthey, 1910; Jaspers, 1913).

Историческое закрепление интерспекции как основания психиатрии связано с тем, что в течение длительного времени отсутствовал альтернативный путь объективизации психических явлений. Соматическая медицина развивалась в тесной связи с анатомией, физиологией и инструментальными методами исследования, постепенно создавая измерительные устройства, лабораторные тесты и визуализационные технологии. Психиатрия же, несмотря на постоянные попытки найти биологические корреляты психических расстройств, оставалась дисциплиной, где решающим звеном являлась клиническая беседа и наблюдение, то есть взаимодействие двух субъектов в социально-языковом пространстве. Даже в эпоху интенсивного развития нейронаук и психофармакологии психиатрическая диагностика продолжала опираться на феноменологическое описание: симптом фиксировался не как биомаркер, а как клинически распознаваемое явление, описываемое в терминах поведения и субъективного отчёта (Kraepelin, 1913; Bleuler, 1911).

На раннем этапе формирования психиатрии интерспективность проявлялась, прежде всего, в том, что диагноз строился вокруг «психологических» категорий, тесно связанных с общечеловеческим опытом: печаль, страх, подозрительность, возбуждение, отчаяние, спутанность, отчуждение. Эти явления распознавались врачом потому, что они

были в некотором смысле знакомы ему как человеку, хотя и проявлялись у пациента в патологически усиленном, деформированном или разрушенном виде. Психиатрия в этом отношении развивалась на границе между медициной и философией, поскольку она должна была определить, какие формы субъективного опыта считать болезненными, какие вариантом нормы, а какие — следствием социальных обстоятельств. Эпистемологическое ядро психиатрии формировалось как ядро «понимающего знания», где врач выступает не только наблюдателем, но и интерпретатором смыслов, а клиническое мышление неизбежно включает элементы герменевтики (Gadamer, 1960).

Одним из ключевых исторических шагов стала попытка сделать психиатрическое знание более научным через систематизацию наблюдений и выделение устойчивых клинических картин. Работы Эмиля Крепелина сыграли решающую роль в формировании нозологического подхода, основанного на течении и исходе заболевания (Kraepelin, 1913). Однако даже у Крепелина, стремившегося к максимальной клинической объективности, первичным материалом оставались наблюдения поведения, речи и эмоционального выражения, а значит — интерспективное распознавание психических феноменов. Нозологическая систематизация не устраняла интерспекцию, а лишь структурировала её результат: врач продолжал «видеть» психическое расстройство через клиническую сцену, но теперь сопоставлял её с типологией,

выстроенной на основании накопленного опыта наблюдения.

Параллельно развивалась феноменологическая линия психиатрии, кульминацией которой стала общая психопатология Карла Ясперса. Её значение состояло не только в описании психопатологических феноменов, но и в методологическом признании того, что психиатрия имеет двойственный характер: она включает объяснение (Erklären), ориентированное на причинные связи, и понимание (Verstehen), ориентированное на смысловые структуры и субъективный опыт (Jaspers, 1913). Ясперс тем самым ввёл в психиатрию эпистемологическую честность: он не пытался подменить интерспективное основание дисциплины иллюзией полной объективности, а, напротив, показал, что понимание является неизбежным элементом клинического знания. В этом смысле интерспекция стала не скрытым механизмом психиатрии, а её осознанным методом, имеющим свои правила, границы и критерии корректности.

Интерспективное основание психиатрии проявлялось и в развитии психоаналитической традиции, где клинический материал рассматривался как продукт отношений, а не только как совокупность симптомов. Психоанализ радикализировал тезис о том, что врач неизбежно вовлечён в исследование психики пациента, поскольку сам контакт является частью психической реальности, подлежащей анализу (Freud, 1912). Хотя психоаналитическая методология отличается от нозологического подхода и имеет собственные основания,

она усилила понимание того, что психиатрическая и психотерапевтическая практика не может быть полностью отделена от личности специалиста. Здесь интерспекция становится не только инструментом распознавания симптомов, но и средством понимания бессознательных структур, что ещё больше укрепляет роль внутреннего опыта врача как источника знания о другом человеке (Kernberg, 1975).

В отечественной традиции интерспективность психиатрии проявлялась в развитии клинико-психопатологического метода, где центральным оставалось наблюдение, описание психического статуса и анализ симптомов в их динамике. Российская психиатрия исторически сочетала нозологическое мышление с вниманием к структуре психических функций и к социально-личностному контексту. Патопсихология, развивавшаяся в отечественной школе, придала этому направлению дополнительную строгость, вводя экспериментально-психологические методы как форму внешней проверки клинических гипотез, но и здесь интерспекция сохраняла свою роль, поскольку интерпретация результатов тестирования и экспериментальных проб неизбежно соотносилась с клиническим пониманием личности и состояния (Лурия, 1973; Zeigarnik, 1962). В этом смысле даже там, где вводились элементы объективизации, они не отменяли интерспективного ядра, а лишь предоставляли дополнительные опоры для клинического суждения.

Следует подчеркнуть, что интерспекция как историче-

ский фундамент психиатрии не является «ошибкой» дисциплины или признаком её научной неполноценности. Напротив, именно интерспективность позволила психиатрии сохранять клиническую адекватность в условиях отсутствия биомаркеров и инструментальных критериев. Она обеспечила тонкость различений, способность работать с уникальностью человеческого опыта и возможность терапии, основанной на понимании. Проблема возникает не в том, что психиатрия интерспективна, а в том, что интерспективность имеет пределы воспроизводимости и проверяемости, которые становятся критически важными в современной практике, особенно в судебно-экспертной сфере. Таким образом, задача настоящей работы не состоит в отрицании интерспекции; напротив, она предполагает её тщательное историко-методологическое осмысление как основания, которое должно быть сохранено, но дополнено внешним аналитическим контуром (Kendell, 1975; Beauchamp, Childress, 2019).

Исторический анализ показывает, что интерспекция выполняла в психиатрии функции измерительного прибора до тех пор, пока не появилась возможность создать иной инструмент. В этом смысле интерспекция является не просто психологическим механизмом, а социально-историческим условием существования психиатрии как дисциплины. Она формировала язык описания, структуру клинического мышления и критерии профессиональной компетентности. Врач-психиатр оценивался по способности «видеть» психопатоло-

гию, распознавать феномены, удерживать сложный контекст и формировать интегральное заключение. Это сформировало особый тип профессиональной идентичности, где личность врача и его клинический опыт становятся частью метода. Именно поэтому переход к экзоспекции в XXI веке не может быть простым внедрением технологии: он неизбежно затрагивает исторически сложившуюся эпистемологию психиатрии и требует ясного понимания того, что именно должно быть дополнено, а что — сохранено как ядро дисциплины.

На этом основании в последующих подразделах главы будет показано, каким образом личность врача участвует в формировании диагноза, почему эмпатия одновременно является силой и источником искажений, и каким образом интерспективная природа психиатрии приводит к диагностическим смещениям и вариативности. Эти вопросы необходимы для того, чтобы экзоспекция была введена не как внешняя надстройка, а как методологически оправданное продолжение исторического пути психиатрии, направленное на повышение объективности и системности без утраты гуманистического основания.

1.2. Роль личности врача в формировании диагноза

Рассмотрение интерспекции как исторического фундамента психиатрии неизбежно приводит к следующему шагу: к анализу того, каким образом личность врача включена в сам акт диагностики. В отличие от большинства областей соматической медицины, где клиницист, при всей значимости опыта и клинического мышления, имеет возможность опереться на измерительные системы, которые стандартизируют наблюдение, психиатрия сохраняет принципиально межсубъектный характер. Диагноз здесь формируется не только на основании данных о пациенте, но и на основании того, каким образом эти данные становятся доступными — через разговор, наблюдение, интерпретацию и клиническое суждение, осуществляемое конкретным специалистом. Это означает, что психиатрический диагноз всегда является продуктом взаимодействия двух психик, и личность врача выступает не внешним условием, а одним из внутренних факторов формирования диагностической картины (Jaspers, 1913; Gadamer, 1960).

Данный тезис легко недооценить, пока он рассматривается как общая декларация. Однако его практические следствия крайне конкретны. Личность врача влияет на диагностику на уровне выбора вопросов, на уровне распределения внимания, на уровне смысловой интерпретации ответов, на уровне того, какие элементы повествования пациента воспринимаются как существенные, а какие — как шум. Даже структура самого интервью редко является нейтральной:

она отражает профессиональную школу, привычки клинициста, его представления о «главном» и «второстепенном», а также его готовность выдерживать неопределённость. В психиатрии неопределённость является не исключением, а нормой, поскольку психические состояния часто проявляются в неполной, изменчивой и контекстно-зависимой форме. Способ врача выдерживать неопределённость, не заполняя её преждевременной категоризацией, является личностной характеристикой не в меньшей степени, чем профессиональной (Kahneman, 2011; Croskerry, 2003).

Роль личности врача особенно заметна в тех клинических ситуациях, где симптоматика опосредована отношениями и коммуникативным стилем пациента. Один и тот же пациент может предъявить разные аспекты своей психической жизни разным специалистам. Это не обязательно связано с сознательной симуляцией или диссимуляцией; чаще это связано с тем, что общение само является психологическим событием. Пациент «настраивается» на собеседника, считывает его реакции и адаптирует свою речь, темп, степень откровенности, даже выражение аффекта. Врач, в свою очередь, может стимулировать определённую форму самораскрытия или, напротив, невольно блокировать её. В результате диагностическая картина формируется как феномен взаимодействия, а не как простая сумма симптомов. Эта мысль хорошо известна психотерапевтическим традициям, но в психиатрии она часто остаётся латентной, хотя действует с не

меньшей силой (Rogers, 1957; Freud, 1912).

С методологической точки зрения влияние личности врача можно описать как наличие «наблюдательного фильтра». Этот фильтр включает в себя когнитивные схемы, аффективные реакции и культурно-нормативные представления. Когнитивный компонент связан с тем, что специалист опирается на внутренние прототипы расстройств и на эвристики распознавания. Такие эвристики неизбежны: без них клиническое мышление стало бы парализованным, поскольку количество возможных дифференциально-диагностических вариантов и комбинаций симптомов превышает возможности строгого алгоритмического перебора в человеческом сознании. Однако именно эвристики создают систематические смещения: преждевременное «закрепление» за одной гипотезой, подтверждающее смещение, эффект доступности, когда яркие или недавние случаи влияют на текущий диагноз, и эффект репрезентативности, когда клиницист предпочитает диагноз, который «похож» на типичную картину, даже если данные неоднозначны (Tversky, Kahneman, 1974; Croskerry, 2003).

Аффективный компонент фильтра связан с тем, что психиатр не является нейтральным прибором: он реагирует на пациента эмоционально, даже если эти реакции не осознаются. В клинике это выражается в симпатии и антипатии, в раздражении, тревоге, сочувствии, усталости, чувстве угрозы или, напротив, в склонности идеализировать пациента.

В экспертной практике эмоциональная реактивность может принимать более сложные формы, поскольку материал дела и социальный контекст часто содержат элементы морального давления: тяжесть деяния, общественный резонанс, отношение к жертве, ожидания следствия или суда. Всё это способно влиять на то, как врач интерпретирует «критичность», «управляемость», «искренность» и другие категории, которые в судебной психиатрии приобретают юридическую значимость. Именно поэтому профессиональная этика эксперта традиционно требует дистанции и процедурной строгости, однако личность эксперта остаётся источником вариативности даже в рамках формально единых правил (Gutheil, Simon, 2004).

Культурно-нормативный компонент фильтра проявляется в том, что психиатрическое суждение неизбежно включает представление о норме. Хотя современные классификации, включая МКБ-10/11, стремятся минимизировать моральные оценки и опираться на клиническую значимость страдания, нарушения функционирования и устойчивость симптомов, граница между вариантом нормы и патологией в ряде областей остаётся контекстной. Например, оценка своеобразия личности, религиозных убеждений, культурно обусловленных форм поведения, а также оценка социальной адекватности требуют чувствительности к культурному контексту. Врач, принадлежащий к определённой культуре и социальному слою, может иначе воспринимать выраженность

эмоциональности, нормы общения, допустимость агрессии или формы самопрезентации. Это особенно важно в многонациональных обществах и в ситуациях миграции, где клинические феномены могут быть выражены иначе или описаны иным языком (Kirmayer, Ryder, 2016). Следовательно, личность врача включает и культурно сформированную оптику, которая становится частью диагностического процесса.

Ещё один ключевой аспект — профессиональная идентичность врача и её связь с диагностическим стилем. Психиатрическая практика содержит разные роли: врач может быть ориентирован на биологическую модель и фармакотерапию, может быть ориентирован на психодинамическое понимание, может быть более когнитивно-поведенчески структурирован, может быть ориентирован на социальную психиатрию и функциональную оценку. Эти различия не всегда осознаются как «личностные», но они тесно связаны с индивидуальными ценностями, с опытом обучения, с тем, какие клинические случаи были наиболее значимыми, и с тем, какие результаты лечения врач считает «успехом». В результате один специалист будет склонен акцентировать нозологическую точность и соответствие критериям, другой — акцентировать функциональный диагноз и уровень адаптации, третий — видеть за симптомами прежде всего травматическую историю, четвёртый — рассматривать симптомы как проявление нейробиологической дисрегуляции. Эти

стили не являются произвольными: они укоренены в научных традициях. Однако на уровне конкретного пациента они порождают вариативность диагноза и вариативность формулировок клинического заключения (Kendell, 1975; First, 2014).

Динамика влияния личности врача особенно ясно проявляется в переходных и пограничных состояниях, где диагностические категории не отделены «жёсткими» границами. Примером может служить дифференциация между расстройствами шизофренического спектра и аффективными психозами, между личностной патологией и хроническими формами травматизации, между расстройствами аутистического спектра и шизоидными особенностями, между обсессивно-компульсивными феноменами и психотическими переживаниями, между соматоформными проявлениями и тревожными расстройствами. Во всех этих случаях решающим становится не один симптом, а интегральная интерпретация структуры состояния, его динамики, критики и функционального уровня. Именно здесь личность врача — его клиническая школа, терпимость к неопределённости, стиль общения, склонность к категоризации — становится ключевым элементом того, какая рамка будет выбрана для описания состояния пациента. Классификационные критерии МКБ-10/11 задают общую структуру, но не устраняют того, что «перевод» живой клинической реальности в диагностическую категорию осуществляется человеком, а не системой

измерений.

Особую форму влияния личности врача составляет эффект власти и ответственности, который в психиатрии выражен сильнее, чем во многих других специальностях. Психиатрическое заключение затрагивает не только лечение, но и социальный статус, профессиональные возможности, вопросы дееспособности, права на вождение, владение оружием, опеку над детьми, а в судебной психиатрии — вопросы свободы и наказания. Осознание этой власти и ответственности неизбежно влияет на врача. У одних специалистов возникает тенденция к «защитной» диагностике, когда предпочтение отдаётся более осторожной формулировке или более «тяжёлой» категории, чтобы минимизировать риск пропустить опасность. У других, напротив, возникает тенденция к минимизации патологии, чтобы избежать стигматизации и неоправданного ограничения прав. Эти различия часто объясняются как «профессиональная позиция», но они имеют и личностный корень: уровень тревожности врача, отношение к риску, моральные убеждения, опыт столкновения с негативными исходами, пережитые профессиональные травмы. В современной литературе подобные явления рассматриваются в рамках теории клинического риска и когнитивных смещений в принятии решений (Croskerry, 2003; Kahneman, 2011).

Необходимо подчеркнуть: признание роли личности врача не является обвинением врача в субъективности. Это

признание является условием научной честности. Психиатрия исторически строилась как дисциплина, где «инструмент» диагностики включает человеческую психику, а значит, этот инструмент должен быть описан, калиброван и защищён от собственных систематических ошибок. Психиатрическая традиция выработала множество механизмов частичной компенсации: супервизию, консилиумы, клинические разборы, стандартизированные интервью, психометрические шкалы, требования документирования психического статуса. Все эти меры направлены на уменьшение произвольности и на повышение согласованности. Однако они не устраняют принципиального факта: итоговая клиническая формулировка остаётся продуктом субъективного синтеза, а субъективный синтез неизбежно включает личность синтезирующего субъекта (Jaspers, 1913; Kendell, 1975).

Именно в этом месте становится понятным, почему экзоспекция не может быть представлена как «альтернатива врачу». Экзоспекция, если она будет развита как метод, должна стать способом внешней калибровки интерспективного процесса. Она может снизить вариативность, связанную с личностью врача, не устраняя личность врача из процесса, а создавая второй контур наблюдения: контур, который фиксирует параметры поведения, речи, динамики состояния и контекстных факторов в стандартизируемой форме, а затем предоставляет врачу материал для интерпретации. Врач в таком подходе сохраняет роль носителя кли-

нического понимания и ответственности, но получает возможность опереться на внешнюю систему, которая уменьшает влияние случайных колебаний его собственного состояния, усталости, эмоциональной реактивности и эвристических смещений. Таким образом, анализ роли личности врача в формировании диагноза является не критикой клинициста, а методологическим обоснованием того, почему психиатрии требуется внешний наблюдатель психического состояния как элемент научной зрелости дисциплины (Topol, 2019; Beauchamp, Childress, 2019).

В последующих подразделах главы будет показано, что субъективность не равна ошибке: она содержит клиническую силу, но имеет пределы. Будет также рассмотрено, каким образом эмпатия, опыт и клиническая интуиция выступают одновременно ресурсом и источником систематических искажений, а контрперенос и слепые зоны становятся механизмами, через которые личность врача влияет на диагностическое решение. Это позволит далее перейти к вопросу о том, какие именно свойства должен иметь экзоспективный контур, чтобы снижать влияние личностных факторов, не разрушая при этом гуманистическую природу психиатрии.

1.3. Субъективность, эмпатия и клинический опыт: сила и пределы

Субъективность в психиатрии традиционно рассматривается как неизбежное и в известной мере даже ценное свойство клинического знания. В отличие от дисциплин, оперирующих преимущественно измеряемыми физическими величинами, психиатрия имеет дело с внутренним опытом человека, выраженным через язык, поведение, эмоциональные реакции и межличностное взаимодействие. Именно поэтому субъективное восприятие врача, его способность к эмпатии и накопленный клинический опыт на протяжении десятилетий считались не просто допустимыми, но и центральными инструментами диагностики. Однако в условиях усложнения психиатрической реальности и роста ответственности профессиональных решений эти же инструменты обнаруживают свои концептуальные и практические пределы.

Эмпатия, понимаемая как способность врача временно сонастроиться с эмоциональным состоянием пациента и интуитивно уловить его внутренний мир, исторически была одним из ключевых оснований клинической психиатрии. Начиная с феноменологической традиции, эмпатическое «вчувствование» рассматривалось как необходимое условие понимания психопатологических переживаний, ко-

торые невозможно свести к внешнему наблюдению симптомов (Jaspers, 1913). Через эмпатию врач получает доступ к субъективной логике пациента, к его мотивациям, страхам и ценностям, что особенно важно при оценке аффективных состояний, личностных особенностей и расстройств самосознания. Клинический опыт, в свою очередь, позволяет врачу выстраивать сложные ассоциативные связи между текущей клинической картиной и ранее наблюдавшимися случаями, формируя своего рода профессиональную интуицию.

Сила этих факторов становится очевидной в повседневной практике. Опытный психиатр способен за ограниченное время уловить нюансы речевого поведения, эмоциональной реактивности и межличностного контакта, которые ускользают от формализованных диагностических критериев. Именно клинический опыт позволяет адекватно интерпретировать неоднозначные или пограничные состояния, не укладывающиеся в строгие рамки классификаций МКБ-10/11. Более того, эмпатия играет важную терапевтическую роль, формируя доверие и повышая приверженность лечению, что косвенно влияет и на диагностическую точность.

Однако та же субъективность, которая обеспечивает глубину клинического понимания, одновременно является источником системных ограничений. Эмпатия по своей природе избирательна и неравномерна. Она зависит от личностных особенностей врача, его текущего эмоционального состоя-

ния, уровня профессионального выгорания и даже от культурных и ценностных различий между врачом и пациентом. В результате один и тот же клинический материал может вызывать принципиально разные эмпатические отклики у разных специалистов, что ведёт к расхождениям в диагностических суждениях. Клинический опыт, в свою очередь, подвержен эффекту когнитивных искажений, таких как склонность к подтверждению собственной гипотезы или чрезмерное обобщение на основе ограниченного числа наблюдений (Kahneman, 2011).

Особую проблему представляет тот факт, что субъективность врача редко осознаётся как переменная, требующая контроля. В традиционной клинической парадигме личность специалиста выступает своего рода «чёрным ящиком», влияние которого на диагностическое решение принимается как данность. При этом многочисленные исследования свидетельствуют о низкой воспроизводимости психиатрических диагнозов, особенно в сложных и экспертно значимых случаях, что указывает на структурную роль субъективных факторов (Spitzer, 1974). В условиях судебно-психиатрической экспертизы эти различия приобретают критическое значение, поскольку от интерпретации врача зависят юридические выводы о вменяемости, способности осознавать фактический характер своих действий и руководить ими.

Таким образом, субъективность, эмпатия и клинический опыт следует рассматривать как двойственные феномены. С

одной стороны, они обеспечивают глубину и человечность психиатрического знания, позволяя работать с уникальностью каждого пациента. С другой стороны, именно они ограничивают возможность стандартизации, воспроизводимости и объективной проверки диагностических выводов. В современных условиях, когда психиатрия всё чаще сталкивается с задачами, требующими высокой степени доказательности и сопоставимости решений, данные ограничения становятся всё более очевидными.

Осознание этих пределов не означает отказа от эмпатии или обесценивания клинического опыта. Напротив, оно создаёт предпосылки для поиска инструментов, способных дополнить субъективное клиническое знание внешними, формализуемыми и воспроизводимыми источниками анализа. Именно на этом этапе возникает необходимость перехода от исключительно интерспективной модели познания психики к интеграции экзоспективных подходов, которые позволяют вынести часть аналитической нагрузки за пределы личности врача. В таком контексте субъективность перестаёт быть единственным основанием диагностики и занимает своё место в более широкой системе профессионального мышления, где её сила уравновешивается объективирующими механизмами анализа.

1.4. Контрперенос, слепые зоны и диагностические искажения

Проблема контрпереноса занимает особое место в эпистемологии психиатрического знания, поскольку она наиболее наглядно демонстрирует, каким образом внутренний мир врача становится активным участником диагностического процесса. Если эмпатия представляет собой относительно осознаваемый и профессионально культивируемый инструмент понимания пациента, то контрперенос, напротив, относится к тем уровням взаимодействия, которые чаще всего остаются частично или полностью неосознаваемыми. Именно поэтому его влияние на клиническое суждение оказывается столь значительным и в то же время трудно поддающимся контролю.

Первоначально понятие контрпереноса возникло в психоаналитической традиции и рассматривалось как эмоциональная реакция аналитика на перенос пациента (Freud, 1910). В дальнейшем содержание этого термина существенно расширилось и стало включать весь спектр эмоциональных, когнитивных и телесных реакций специалиста, возникающих в контакте с пациентом (Heimann, 1950). В современной психиатрии контрперенос следует понимать шире, чем в рамках психоанализа: он выступает как универ-

сальный феномен клинического взаимодействия, затрагивающий любого врача, независимо от его теоретической ориентации и профессионального опыта.

Контрперенос может проявляться в виде симпатии, раздражения, тревоги, защитной дистанции или, напротив, чрезмерной вовлечённости. Эти реакции нередко воспринимаются врачом как «естественные» или «интуитивно оправданные», однако именно через них формируются скрытые слепые зоны клинического восприятия. Врач может недооценивать выраженность симптомов у пациента, вызывающего сочувствие, или, напротив, переоценивать патологию у субъекта, чьё поведение провоцирует отторжение. В экспертной практике подобные искажения особенно опасны, поскольку они напрямую отражаются на юридически значимых выводах.

Слепые зоны клинического восприятия представляют собой не просто индивидуальные ошибки, а структурное следствие интерспективной модели психиатрии. Поскольку основным инструментом анализа остаётся психика самого врача, неизбежно возникает пересечение двух субъективных систем — пациента и специалиста. В этом пересечении формируется пространство, где часть информации усиливается, часть искажается, а часть вовсе остаётся недоступной восприятию. Эти механизмы могут быть связаны как с личной историей врача, так и с его профессиональной социализацией, принадлежностью к определённой диагностической шко-

ле или устойчивыми когнитивными установками.

Диагностические искажения, возникающие в результате контрпереноса, редко носят грубый характер. Гораздо чаще они проявляются в виде смещения акцентов, выбора одной диагностической гипотезы при игнорировании альтернативных или в интерпретации амбивалентных данных в пользу уже сформированного мнения. Подобные эффекты хорошо описываются в рамках когнитивной психологии как ошибки атрибуции, эвристики доступности и эффекты первичной гипотезы (Kahneman, 2011). В психиатрии эти когнитивные искажения накладываются на эмоциональный компонент взаимодействия, что делает их особенно устойчивыми.

Особого внимания заслуживает тот факт, что профессиональный опыт не только не устраняет данные искажения, но в ряде случаев может усиливать их. Опытный врач чаще опирается на интуитивные суждения и паттерны распознавания, сформированные в ходе многолетней практики. С одной стороны, это повышает скорость и эффективность клинического мышления, но с другой — снижает чувствительность к уникальным и нетипичным проявлениям психопатологии. Возникает феномен профессиональной ригидности, при котором новые данные интерпретируются через призму уже существующих концептуальных схем.

В судебно-психиатрической экспертизе проблема контрпереноса и слепых зон приобретает принципиальное значе-

ние. В отличие от терапевтической практики, здесь отсутствует возможность длительного наблюдения и коррекции первоначального впечатления. Экспертное заключение формируется в условиях ограниченного времени и часто под воздействием материалов уголовного дела, которые сами по себе могут вызывать выраженные эмоциональные реакции. В таких условиях риск неосознаваемых искажений многократно возрастает, а их последствия выходят далеко за пределы медицинской сферы.

Осознание роли контрпереноса и диагностических искажений привело к развитию различных форм супервизии, коллегиального обсуждения и комиссионной экспертизы. Однако эти механизмы, будучи основанными на том же интерспективном принципе, не устраняют проблему полностью, а лишь перераспределяют её между несколькими субъектами. Если комиссии состоят из специалистов сходной профессиональной школы или культурного контекста, их коллективные решения могут воспроизводить одни и те же искажения, создавая иллюзию объективности.

Именно здесь становится очевидной фундаментальная граница интерспективной психиатрии как формы знания. Пока психическое состояние человека оценивается преимущественно через психику другого человека, полностью исключить влияние контрпереноса и слепых зон невозможно. Это не является упрёком в адрес врачей, а отражает онтологическое ограничение человеческого познания. В этом

смысле необходимость экзоспективного подхода вытекает не из стремления заменить клиническое мышление, а из потребности дополнить его внешним аналитическим контуром, который не включён в эмоциональное поле взаимодействия.

Переход к экзоспекции предполагает возможность вынести часть диагностической процедуры за пределы субъективной психики врача и тем самым снизить влияние неосознаваемых искажений. Искусственный интеллект, лишённый аффективной реакции и личной истории, не подвержен контрпереносу в человеческом смысле этого слова. Его аналитические процедуры могут быть воспроизводимыми, проверяемыми и независимыми от индивидуальных эмоциональных состояний. Тем самым создаётся принципиально новый уровень диагностики, в котором интерспективные и экзоспективные элементы не исключают, а взаимно дополняют друг друга, формируя более устойчивую и объективно ориентированную систему психиатрического знания.

Глава 2. Пределы интерспекции в клинической и экспертной практике

2.1. Воспроизводимость психиатрических диагнозов

Проблема воспроизводимости психиатрических диагнозов является одним из ключевых индикаторов пределов интерспекции как доминирующего способа познания психической патологии. Под воспроизводимостью в данном контексте понимается степень совпадения диагностических выводов при независимой оценке одного и того же клинического случая разными специалистами, а также устойчивость диагноза при повторном обследовании пациента во времени. В классических медицинских дисциплинах высокая воспроизводимость считается необходимым условием научной состоятельности знания; в психиатрии же данный критерий на протяжении десятилетий остаётся проблематичным и неоднозначным.

Исторически психиатрия развивалась как область, где диагноз формируется на основе клинической беседы, наблюдения и интерпретации субъективного опыта пациента. Та-

кая модель по определению предполагает вариативность, поскольку каждый врач использует собственную систему понятий, профессиональных акцентов и личных интуиций. Уже в середине XX века стали появляться исследования, демонстрирующие существенные расхождения в диагностике одних и тех же состояний между различными клиницистами, особенно в области психозов, аффективных и личностных расстройств (Kendell, 1975). Эти расхождения нельзя было объяснить лишь недостатком подготовки или ошибками отдельных специалистов; они указывали на более глубокие методологические ограничения.

Попытки повысить воспроизводимость привели к созданию операционализированных диагностических критериев, кульминацией чего стало внедрение современных классификаций, прежде всего МКБ-10 и позднее МКБ-11. Эти системы задумывались как инструменты стандартизации клинического языка и минимизации субъективных интерпретаций. Однако, несмотря на значительное улучшение формальной согласованности диагнозов, проблема воспроизводимости была решена лишь частично. Строгие критерии позволяют повысить межэкспертное согласие на уровне категориальных диагнозов, но не устраняют вариативность при оценке тяжести, динамики, коморбидности и клинической значимости отдельных симптомов (Regier et al., 2013).

Особенно уязвимой в этом отношении остаётся зона пограничных состояний, где симптомы распределены конти-

нуально и не образуют чётких синдромальных комплексов. В таких случаях решение о наличии или отсутствии расстройства во многом определяется интерпретацией врача, его порогами клинической значимости и личным пониманием нормы. Даже при использовании одинаковых критериев разные специалисты могут приходить к различным выводам, опираясь на разные элементы клинической картины. Таким образом, формальная стандартизация не устраняет интерспективный характер диагностики, а лишь структурирует его.

Воспроизводимость диагностики осложняется и временным фактором. Психические расстройства по своей природе динамичны, их проявления меняются в зависимости от контекста, стадии заболевания, лечения и психосоциальных условий. Повторное обследование одного и того же пациента, проведённое даже тем же специалистом, может привести к изменению диагностической формулировки. В ряде случаев это отражает реальную клиническую динамику, однако нередко связано с изменением интерпретации тех же самых феноменов. Это особенно заметно при ретроспективной оценке состояния, например, при анализе психического статуса на момент совершения правонарушения, где непосредственное наблюдение невозможно.

Судебно-психиатрическая практика делает проблему воспроизводимости ещё более острой. Здесь диагностическое расхождение перестаёт быть сугубо научным или клиниче-

ским вопросом и приобретает прямое социальное и правовое значение. Различия в экспертных заключениях по одному и тому же делу, включая противоположные оценки вменяемости, подрывают доверие к психиатрии как к источнику объективного знания. В подобных ситуациях становится очевидно, что интерспекция, даже в комиссионной форме, не обеспечивает достаточного уровня независимости и повторяемости выводов.

С точки зрения эпистемологии, низкая воспроизводимость свидетельствует о том, что объект познания — психическое состояние — в значительной степени конструируется в процессе наблюдения. Диагноз оказывается не столько отражением устойчивой «вещи», сколько результатом взаимодействия между пациентом и наблюдателем. Это не означает, что психические расстройства не существуют как реальные феномены, но указывает на то, что способы их фиксации и описания остаются недостаточно отделёнными от субъективного контекста наблюдения.

В этом смысле проблема воспроизводимости является не частной методической трудностью, а симптомом системного ограничения интерспективной модели психиатрии. Пока основным инструментом диагностики остаётся человеческое восприятие, полностью стандартизировать и воспроизвести диагностический процесс невозможно. Любая попытка повышения объективности, не выходящая за рамки интерспекции, сталкивается с тем, что разные субъекты неиз-

бежно вносят разные интерпретации, даже если формально используют одни и те же диагностические критерии.

Осознание этих пределов подготавливает почву для перехода к экзоспективным подходам, которые позволяют вынести часть диагностической процедуры за пределы индивидуального восприятия врача. Экзоспекция не отменяет клинического диагноза, но создаёт возможность дополнить его внешними, воспроизводимыми параметрами — поведенческими, речевыми, физиологическими и временными. В таком подходе воспроизводимость перестаёт быть исключительно проблемой согласия между экспертами и начинает опираться на повторяемость данных и алгоритмов их анализа. Именно здесь возникает перспектива перехода от «согласованности мнений» к воспроизводимости процессов, что является принципиально новым этапом в развитии психиатрического знания.

2.2. Разброс клинических интерпретаций как научная проблема

Разброс клинических интерпретаций в психиатрии представляет собой не частный дефект практики и не следствие индивидуальных ошибок, а устойчивую научную проблему, укоренённую в самом способе получения знания о психике. Если воспроизводимость диагнозов отражает количествен-

ную сторону расхождений, то вариативность интерпретаций указывает на качественное различие в понимании одного и того же клинического материала. Именно на этом уровне обнаруживаются фундаментальные пределы интерспекции, которые невозможно устранить исключительно за счёт повышения формальной стандартизации.

Клиническая интерпретация в психиатрии всегда включает в себя несколько уровней: описание феноменов, их группировку в синдромы, оценку патогенеза, прогноза и клинической значимости, а также соотнесение наблюдаемого с категориями классификации. Каждый из этих уровней допускает альтернативные трактовки. Даже при согласии относительно наличия тех или иных симптомов клиницисты могут радикально различаться в том, какие из них считать ведущими, какие — вторичными, а какие — контекстуальными. В результате клиническое мышление формирует разные «картины болезни», которые сосуществуют, не будучи строго опровергаемыми или подтверждаемыми.

С научной точки зрения такая ситуация означает, что психиатрическое знание часто не удовлетворяет критерию интерсубъективной проверяемости. Описание случая может быть убедительным и клинически «правдоподобным», но при этом не обладать свойствами, позволяющими независимо воспроизвести ту же интерпретацию другим исследователем. В гуманитарных науках подобная ситуация является допустимой и даже ожидаемой, однако в медицине, особен-

но там, где решения имеют прямые последствия для судьбы человека, она становится методологически проблемной.

Причины разброса интерпретаций многоуровневы. Одной из ключевых является зависимость клинического мышления от теоретической парадигмы, в рамках которой обучался и работает специалист. Психодинамическая, биологическая, когнитивно-поведенческая и феноменологическая традиции по-разному структурируют клинический материал, придавая разный вес тем или иным аспектам психического функционирования. В результате один и тот же пациент может рассматриваться как носитель расстройства личности, аффективной патологии или реактивного состояния, в зависимости от теоретической оптики интерпретатора. Эти различия не сводятся к «ошибкам», поскольку каждая из интерпретаций может быть внутренне последовательной и клинически обоснованной.

Дополнительным источником вариативности выступает контекст наблюдения. Клиническая интерпретация формируется не в вакууме, а в условиях конкретного учреждения, временных ограничений, ожиданий пациента и задач, стоящих перед врачом. Амбулаторный приём, стационарное наблюдение и судебная экспертиза предъявляют к клиницисту различные требования и, тем самым, направляют его внимание на разные элементы психического состояния. То, что в одной ситуации будет интерпретировано как вариант нормы или адаптации, в другой может получить статус симптома

или синдрома.

Существенную роль играет и феномен ретроспективной реконструкции. Психиатр часто имеет дело не только с текущим состоянием пациента, но и с попыткой интерпретировать прошлые эпизоды, опираясь на фрагментарные данные, воспоминания и документы. В таких случаях интерпретация неизбежно приобретает нарративный характер, где отдельные факты встраиваются в логическую историю заболевания. Разные клиницисты могут выстраивать различные нарративы, одинаково правдоподобные, но ведущие к разным выводам.

С точки зрения научной методологии, разброс интерпретаций указывает на отсутствие стабильного уровня описания, независимого от наблюдателя. Психиатрические феномены существуют в пространстве смыслов, а не только измеримых величин, и потому оказываются чувствительными к контексту интерпретации. Это делает невозможным простое заимствование моделей объективности из «жёстких» наук, где объект исследования сохраняет свои свойства независимо от наблюдателя. В психиатрии же наблюдатель является активным участником процесса конституирования объекта познания.

Попытки решить проблему за счёт расширения диагностических шкал, чек-листов и структурированных интервью, безусловно, повышают формальную согласованность интерпретаций, однако не устраняют их концептуальное разнооб-

разие. Стандартизированные инструменты сами по себе требуют интерпретации, а их результаты включаются в более широкий клинический контекст, где вновь вступают в силу субъективные решения врача. Таким образом, интерспекция остаётся центральным механизмом, даже когда она опосредована формальными процедурами.

Разброс клинических интерпретаций становится особенно заметным в ситуациях, где требуется бинарное или квазибинарное решение, например, при определении наличия расстройства, степени его выраженности или клинико-юридической значимости. Здесь многозначность интерпретаций вступает в конфликт с необходимостью однозначного вывода. Именно в этих точках психиатрия сталкивается с кризисом доверия со стороны общества и смежных дисциплин, ожидающих от неё большей определённости и предсказуемости.

В этом контексте экзоспекция предлагает иной путь работы с интерпретационным разбросом. Вместо попыток полностью устранить субъективность, она предполагает вынесение части интерпретационного процесса за пределы индивидуального клинического сознания. Экзоспективные данные, представленные в виде временных рядов, поведенческих и речевых паттернов, физиологических коррелятов, создают дополнительный уровень описания, менее зависимый от теоретической ориентации и личного опыта врача. В таком подходе интерпретации не исчезают, но получают внешние яко-

ря, позволяющие ограничить их произвольность и повысить научную сопоставимость.

Таким образом, разброс клинических интерпретаций следует рассматривать не как недостаток отдельных специалистов, а как структурную характеристику интерспективной модели психиатрии. Признание этой проблемы является необходимым шагом к переосмыслению способов получения психиатрического знания и подготовке перехода к экзоспективным формам анализа, которые способны дополнить клиническое мышление новыми, воспроизводимыми основаниями.

2.3. Интерспекция в психологии и психиатрии: сходства и различия

Интерспекция как метод познания психического занимает ключевое место как в психологии, так и в психиатрии, однако её статус, функции и эпистемологические последствия в этих дисциплинах существенно различаются. Формальное сходство методов — клиническая беседа, анализ субъективных переживаний, реконструкция внутреннего опыта — нередко маскирует принципиальные различия в задачах, уровнях ответственности и критериях истинности, которые определяют границы применимости интерспективного знания в каждой из областей.

В психологии интерспекция исторически выступала как один из базовых методов, начиная с классических работ структуралистской школы, где субъективный отчёт рассматривался как легитимный источник данных о содержании сознания. Несмотря на последующую критику и развитие объективированных подходов, включая бихевиоризм и когнитивную психологию, интерспекция не была вытеснена полностью, а была трансформирована. В современном психологическом знании субъективный опыт рассматривается как феномен, подлежащий описанию, интерпретации и корреляции с поведенческими или экспериментальными показателями. При этом принципиально важным остаётся то, что психологическая интерспекция, как правило, не претендует на установление медицинских или юридически значимых фактов, а её выводы носят вероятностный и гипотетический характер.

В психиатрии интерспекция выполняет иную функцию. Здесь она становится не просто способом понимания субъективного мира человека, но основанием для медицинских решений, включая постановку диагноза, выбор терапии и, в ряде случаев, вынесение экспертных заключений с правовыми последствиями. Психиатрическая интерспекция включает в себя не только восприятие рассказов пациента, но и постоянную рефлексию врача относительно достоверности, критичности и клинической значимости получаемой информации. Таким образом, интерспекция в психиатрии оказыва-

ется встроенной в систему власти знания, где субъективное переживание пациента опосредуется интерпретацией специалиста и трансформируется в клинический факт.

Сходство интерспекции в психологии и психиатрии проявляется в признании ограниченной доступности психики внешнему наблюдению. В обеих дисциплинах внутренний опыт не может быть непосредственно измерен и потому требует опосредованных форм реконструкции. Эмпатия, клиническое слушание, анализ нарратива и невербальных проявлений служат инструментами приближения к этому опыту. Кроме того, и психолог, и психиатр сталкиваются с феноменом искажения субъективных отчётов, обусловленных защитами, социальными ожиданиями, культурными факторами и особенностями саморефлексии.

Однако различия становятся принципиальными, когда речь заходит о критериях валидности интерпретации. В психологии допустима множественность объяснительных моделей, сосуществование различных теоретических интерпретаций одного и того же феномена без необходимости окончательного разрешения противоречий. Интерспективное знание здесь часто понимается как контекстуально обусловленное и зависящее от исследовательской перспективы. В психиатрии же интерпретация должна быть сведена к определённому клиническому решению, соотнесённому с диагностическими категориями, такими как расстройства, описанные в МКБ-10/11. Это требует от интерспекции гораздо

большей определённости, чем та, которую она в принципе способна обеспечить.

Ещё одно различие связано с объектом интерспективного анализа. В психологии объектом чаще выступает функционирующая, относительно сохранная психика, даже если речь идёт о трудностях адаптации или субъективном дистрессе. В психиатрии интерспекция нередко направлена на оценку патологических изменений, затрагивающих саму способность к самонаблюдению и критике. При психотических, тяжёлых аффективных и органических расстройствах интерспекция пациента становится ненадёжным источником информации, а интерспекция врача, в свою очередь, вынуждена компенсировать этот дефицит за счёт собственных интерпретаций. Таким образом, психиатрическая интерспекция часто работает с искажённой или фрагментированной субъективностью.

Принципиальным является и различие в уровне ответственности. Ошибки психологической интерпретации, как правило, имеют ограниченные последствия и подлежат коррекции в процессе дальнейшей работы. В психиатрии же интерспективные ошибки могут приводить к неверному диагнозу, неадекватному лечению, стигматизации или ограничению прав пациента. Это усиливает напряжение между субъективной природой интерспекции и объективными ожиданиями, предъявляемыми к психиатрическому знанию со стороны медицины, права и общества.

Методологически психология оказалась более готовой

признать ограниченность интерспекции и интегрировать её с экспериментальными, поведенческими и нейропсихологическими данными. В психиатрии же интерспекция долгое время сохраняла статус центрального метода, даже по мере развития нейровизуализации, психофармакологии и нейронаук. Это привело к тому, что психиатрическая интерспекция стала перегруженной функциями, для которых она методологически не предназначена.

В контексте экзоспекции данное различие приобретает особое значение. Экзоспекция не отменяет ценность интерспекции ни в психологии, ни в психиатрии, но переопределяет её место. В психологии экзоспективные данные могут служить дополнительным инструментом корреляции субъективного опыта с поведенческими и физиологическими параметрами. В психиатрии же они потенциально способны взять на себя часть функций, связанных с оценкой состояния, динамики и тяжести расстройств, тем самым снижая нагрузку на интерспективные механизмы врача.

Таким образом, анализ сходств и различий интерспекции в психологии и психиатрии показывает, что кризис интерспективного знания наиболее остро проявляется именно в психиатрии, где требования к объективности и воспроизводимости существенно выше. Это создаёт методологическое основание для обращения к экзоспекции как к новому режиму познания психики, способному дополнить интерспекцию там, где её пределы становятся критическими.

2.4. Судебная психиатрия как зона максимальной цены ошибки

Если клиническая психиатрия допускает определённую «пластичность» интерпретаций, компенсируемую динамическим наблюдением и возможностью коррекции диагноза во времени, то судебная психиатрия устроена принципиально иначе: здесь выводы врача фиксируются в форме заключения, приобретающего юридическую силу и становящегося частью механизма государственного принуждения. Именно поэтому судебная психиатрия является областью максимальной цены ошибки, где любая неточность интерспективного анализа, любая диагностическая иллюзия, любой эффект личностной предвзятости или эмоционального контекста могут иметь необратимые последствия для судьбы человека, безопасности общества и доверия к правосудию (Gunn, 1977; Appelbaum, 2008).

Специфика судебной психиатрии заключается в том, что её предметом является не просто психическое состояние как таковое, а психическое состояние в юридически значимой рамке. Правовые категории — вменяемость, дееспособность, способность осознавать характер и общественную опасность своих действий, способность руководить ими — не совпадают с клиническими категориями и не выводят-

ся из них прямолинейно. Они требуют реконструкции сложной связи между психопатологическими феноменами и конкретным поступком, совершённым в конкретных обстоятельствах, в конкретное время, с конкретными мотивами и социальными последствиями. Судебный психиатр постоянно работает на границе двух рациональностей: медицинской и юридической, каждая из которых предъявляет собственные требования к доказательности, языку описания и критериям истинности (Morse, 2006; Eastman, 2011).

Интерспекция в судебной психиатрии сталкивается с радикальным усложнением уже на уровне сбора материала. В клинике пациент чаще всего приходит с жалобой, то есть с хотя бы минимально разделяемой рамкой «мне плохо» или «я нуждаюсь в помощи». В экспертизе субъект часто вовлечён в ситуацию конфликта интересов, и его сообщение о себе становится потенциально инструментальным: он может стремиться избежать наказания, смягчить юридическую оценку, получить более благоприятные условия содержания, или, напротив, демонстративно отрицать симптоматику из страха стигмы либо из-за личностных установок. Следовательно, словесный нарратив обследуемого утрачивает презумпцию искренности и превращается в объект критического анализа, где каждое высказывание должно быть соотнесено с внешними данными, логикой поведения и внутренней согласованностью психического статуса (Rogers, 2008; Resnick, 1997).

Отсюда вытекает фундаментальная эпистемологическая проблема: судебная психиатрия требует от интерспекции того, чего она не может гарантировать по своей природе, а именно высокой воспроизводимости выводов в условиях ограниченного времени, неполной информации и активного сопротивления объекта исследования. Клиническая интерспекция может позволить себе опору на длительное наблюдение, на терапевтический альянс, на постепенное раскрытие симптоматики. Судебная интерспекция часто вынуждена строить заключение в условиях однократного контакта или короткой серии интервью, при этом сталкиваясь с неоднозначностью данных, разнородностью источников и давлением процессуальных сроков. В этих условиях возрастает роль неявных эвристик, профессиональных привычек и личностных установок эксперта, что делает судебную психиатрию особенно уязвимой для когнитивных искажений (Tversky, Kahneman, 1974; Croskerry, 2003).

Особую опасность представляет смещение от феноменологического описания к преждевременной интерпретации. Классическая психопатология призывала начинать с «видимого» и «слышимого», отделяя первичное описание переживания от его объяснения и этиологизации (Jaspers, 1913). Судебная практика постоянно провоцирует обратное: эксперт невольно стремится «собрать» целостную версию события, увязать симптомы с мотивом, подогнать психическое состояние под правовой вопрос. Возникает риск нарратив-

ной детерминации, когда событие начинает объяснять психопатологию, а психопатология — событие, образуя замкнутый круг. В результате экспертная интерспекция может стать не исследованием психической реальности, а реконструкцией правдоподобного сценария, удобного для процессуальной логики, но не обязательно соответствующего клинической истине (Hacking, 1999; Eastman, 2011).

Цена ошибки в судебной психиатрии многоуровнева. На индивидуальном уровне она выражается в неправомерном лишении свободы, назначении принудительных мер медицинского характера, ограничении гражданских прав или, наоборот, в недооценке риска, что может привести к повторному насилию, саморазрушительным действиям или социально опасным поступкам. На институциональном уровне ошибка разрушает доверие к экспертному знанию, порождает общественные конфликты и усиливает поляризацию между медициной и правом. На научном уровне она закрепляет ложные корреляции между диагнозами и поведением, подпитывает стигматизацию психических расстройств и подменяет клиническую дискуссию морализаторством (Appelbaum, 2008; Fazel, Grann, 2006).

Особенно важно подчеркнуть, что судебная психиатрия является пространством, где клинические классификации МКБ-10/11 используются не как чисто медицинские инструменты, а как языки, через которые юридическая система «узнаёт» психическую патологию. Но классификация, как

бы она ни была совершенна, не гарантирует правильности экспертного вывода. Диагноз в МКБ — это статистически и конвенционально определённая категория, описывающая набор симптомов и критериев, но не дающая прямого ответа на вопрос о способности к пониманию и волевому контролю в момент деяния. Более того, разные диагностические уровни — синдромологический, нозологический, функциональный — могут расходиться, и именно в судебной психиатрии это расхождение превращается в источник риска. Например, наличие психотической симптоматики не тождественно утрате критики в юридически значимом смысле, а выраженная личностная патология может сопровождаться сохранной интеллектуальной оценкой, но нарушением регуляции поведения. Следовательно, эксперт, опирающийся лишь на категорию диагноза, неизбежно упрощает реальность .

Дополнительным фактором уязвимости судебной интерспекции является групповая динамика комиссионных экспертиз. Коллективное обсуждение, с одной стороны, должно снижать индивидуальные искажения, однако на практике может усиливать конформизм, авторитарное влияние более опытного специалиста, эффект доминирующей гипотезы и «психологию консенсуса». В таких условиях интерспекция превращается не только в индивидуальный акт понимания, но и в социальный процесс производства заключения, где истина может уступать место согласованности, а сомнение — восприниматься как слабость. Риски группового мышления

в экспертных комиссиях описаны в различных областях высоких ставок и в полной мере применимы к судебной психиатрии, где цена «ошибки консенсуса» столь же высока, как цена индивидуальной ошибки (Janis, 1972; Croskerry, 2003).

Ключевым феноменом, обостряющим проблему, является симуляция и диссимуляция. Судебная психиатрия фактически вынуждена развивать «эпистемологию недоверия», то есть методологию, предполагающую возможность намеренного искажения данных обследуемым. Но такая эпистемология имеет обратную сторону: постоянная подозрительность может привести к систематическому недооцениванию истинной симптоматики, к «атрибутивной ошибке», когда клинические проявления объясняются манипуляцией, а не болезнью. Баланс между критичностью и открытостью — одна из самых трудных профессиональных задач, и именно здесь интерспекция эксперта становится наиболее зависимой от его личностных установок, профессионального опыта и эмоциональной устойчивости (Rogers, 2008; Resnick, 1997).

Показательно, что в судебной психиатрии постоянно присутствует запрос на «объективацию» — на такие формы данных, которые не могут быть полностью сведены к словам обследуемого или интуиции врача. Речь идёт о структурированных интервью, шкалах, оценке согласованности показаний, анализе медицинской документации, свидетельских материалов, видеозаписей, цифровых следов поведения. Одна-

ко даже эти источники не устраняют интерспективный компонент, поскольку конечное решение всё равно принимает человек, интерпретирующий данные. И всё же тенденция очевидна: судебная психиатрия, будучи зоной максимальной цены ошибки, первой обнаруживает пределы интерспекции как монопольного способа познания психики и первой формирует потребность во внешнем наблюдателе, способном стандартизировать и воспроизводимо обрабатывать разнородные источники информации (Morse, 2006; Appelbaum, 2008).

Именно в этом месте логика монографии делает необходимым переход к следующему разделу. Экзоспекция, в предлагаемом здесь понимании, не является попыткой заменить судебного психиатра или подменить клиническое суждение «машинным вердиктом». Её смысл — в снижении доли неконтролируемой субъективности там, где ставки максимальны, а ошибки системно неизбежны. Судебная психиатрия, как дисциплина, демонстрирует не «несостоятельность» психиатрии, а её эпистемологическую перегруженность: от неё ожидают объективности физики при методах гуманитарного понимания. Экзоспекция может стать тем недостающим звеном, которое позволит сохранить гуманитарную глубину психиатрии, одновременно усилив её измеримость, воспроизводимость и прозрачность там, где цена ошибки перестаёт быть сугубо клинической и становится судьбоносной (Jaspers, 1913).

Глава 3. Объективность в гуманитарных и медицинских науках

3.1. Понятие объективности: философский и научный анализ

Вопрос об объективности в гуманитарных и медицинских науках неизбежно начинается с признания: слово «объективность» принадлежит одновременно философии, методологии науки и профессиональной этике исследователя, а потому редко имеет одно-единственное значение. В практическом обиходе под объективностью часто понимают «непредвзятость», «точность», «строгость» или «соответствие фактам», однако эти интуитивные формулы скрывают концептуальную сложность. На уровне эпистемологии объективность выступает не как свойство отдельного высказывания, а как режим производства знания, предполагающий определённые способы наблюдения, фиксации, проверки и согласования результатов внутри сообщества (Daston, Galison, 2007). В этом смысле вопрос об объективности в психиатрии и смежных дисциплинах — это не только вопрос о том, «правильно ли мы описываем психику», но и вопрос о том, какие процедуры делают наши описания научно состоятель-

ными, воспроизводимыми и социально ответственными.

Классическая философская интуиция связывала объективность с независимостью истины от субъекта познания. Ещё кантовская традиция предложила различать условия возможности опыта и «вещь-в-себе», тем самым переводя спор об объективности в плоскость не метафизического доступа к реальности, а структур, делающих опыт общезначимым (Kant, 1781). В дальнейшем «объективность» всё чаще понималась как интерсубъективная валидность: знание считается объективным постольку, поскольку оно доступно проверке другими, не зависит от частной точки зрения и допускает устойчивое согласование наблюдений разных субъектов при соблюдении одних и тех же процедур (Nagel, 1986). В гуманитарных дисциплинах, где объектом исследования является смысл, действие и переживание, эта формула никогда не могла быть принята без оговорок: смысл не лежит «вне» субъекта так же, как физический объект, а переживание не существует как чисто внешняя величина, доступная наблюдателю без участия интерпретации (Dilthey, 1883; Gadamer, 1960). Тем не менее именно здесь возникает важный поворот: объективность в гуманитарной сфере может быть переопределена не как устранение интерпретации, а как её дисциплинирование, то есть как подчинение интерпретации правилам, допускающим критику, сравнение и повторяемость в пределах заданного метода.

История науки показывает, что идеал объективности не

был неизменным. В XIX веке формируется мощный норматив «механической объективности», предполагающий исключение субъективного вмешательства исследователя и опору на «саморегистрацию» явления — прибор, протокол, изображение, статистику (Daston, Galison, 2007). В XX веке этот идеал подвергается двоякой критике. С одной стороны, логический эмпиризм пытался сделать объективность функцией логического языка, операциональных определений и верифицируемости, то есть свести знание к системе предложений, связанных правилами подтверждения (Carnap, 1936; Hempel, 1965). С другой стороны, историко-научный анализ показал, что наблюдение неизбежно «теоретически нагружено»: мы видим и фиксируем мир через понятийные схемы, научные традиции и инструменты, которые сами являются продуктом истории (Kuhn, 1962). Поэтому объективность не может быть сведена к «чистому наблюдению»; она должна включать осознание рамок, внутри которых наблюдение становится возможным, и процедуры, позволяющие этим рамкам противостоять или, по крайней мере, делать их явными.

Отсюда возникает принципиальное различие между объективностью как «отсутствием субъекта» и объективностью как «контролем субъективности». В реальной науке субъект не устраняется, а преобразуется в элемент системы контроля: исследователь обязан не перестать быть человеком, а научиться обращаться со своими когнитивными и аффективными особенностями как с потенциальными источника-

ми ошибки. В клинических дисциплинах этот тезис приобретает особую значимость, поскольку наблюдение и интерпретация неотделимы от человеческого взаимодействия. Лечащий врач и эксперт не могут превратиться в нейтральный измерительный прибор, однако могут построить практику так, чтобы личностный фактор перестал быть «слепым» и стал управляемым: через стандартизированные процедуры, сверку с независимыми источниками, формализованные критерии, документирование и критический анализ альтернативных гипотез (Croskerry, 2003; Kahneman, 2011). В этом смысле объективность в медицине — это не обещание безошибочности, а обязательство строить решения так, чтобы ошибки были обнаруживаемы, обсуждаемы и исправляемы.

На уровне методологии науки принято различать несколько аспектов объективности, и хотя мы избегаем их перечисления как формального списка, для дальнейшей логики монографии важно удерживать три взаимосвязанные линии. Первая линия — онтологическая: существует ли независимая от нас реальность, к которой относятся наши утверждения. Вторая — эпистемическая: какими средствами мы обеспечиваем надёжность познания, то есть оправдание утверждений и их устойчивость к критике. Третья — социальная: как устроены институциональные и коммуникативные механизмы, которые делают знание коллективно проверяемым и, следовательно, «объективируемым» в рамках научного сообщества (Longino, 1990). Эти линии не сво-

димы друг к другу. Можно признавать независимую реальность и при этом производить плохо проверяемое знание; можно иметь технически строгие методы и при этом попадать в ловушки группового мышления; можно обеспечивать коллективную проверяемость, но работать с объектами, которые по своей природе не допускают простой редукции к измеряемым величинам. Психиатрия находится в точке пересечения всех трёх линий: она вынуждена говорить о реальности психических расстройств, оправдывать свои диагностики и одновременно поддерживать доверие общества к экспертным решениям.

Философия медицины добавляет сюда ещё одно напряжение: медицина оперирует одновременно описательными и нормативными категориями. «Заболевание» не является чисто дескриптивным понятием, потому что включает оценку вреда, страдания, дисфункции и социального неблагополучия (Boorse, 1977; Wakefield, 1992). В психиатрии это напряжение особенно заметно: критерии расстройства неизбежно затрагивают ценностные представления о нормальности, автономии, ответственности и допустимых формах поведения. Следовательно, объективность в психиатрии не может быть понята как простое соответствие измеряемым фактам; она должна включать ясное разграничение описания, объяснения и оценки. Там, где это разграничение размывается, наука превращается либо в морализаторство, либо в технократическую симуляцию точности, когда сложные

ценностные вопросы маскируются под «нейтральные» числа (Putnam, 2002).

В гуманитарной традиции существовал соблазн противопоставить объяснение и понимание: естественные науки якобы объясняют, гуманитарные — понимают (Dilthey, 1883). Но для психиатрии подобное противопоставление оказывается недостаточным. Психиатрическое знание исторически строилось как гибрид: оно включает феноменологическое описание переживаний и смыслов, клиническое наблюдение поведения, биологические гипотезы, фармакологические эффекты и социально-правовые рамки. Уже в классической психопатологии подчёркивалось, что понимание переживания (Verstehen) и причинное объяснение (Erklären) не взаимоисключают друг друга, а относятся к разным уровням анализа (Jaspers, 1913). Следовательно, объективность психиатрии должна быть «многослойной»: феноменологическая точность в описании субъективного опыта, методологическая строгость в диагностических критериях и эмпирическая проверяемость там, где речь идёт о прогнозе, эффективности лечения и рисках.

В философии науки XX века важным идеалом объективности стала фальсифицируемость как принцип демаркации научного знания: утверждение считается научным, если можно описать условия, при которых оно было бы опровергнуто (Popper, 1959). В медицине и особенно в психиатрии этот идеал имеет ограниченную прямую применимость, по-

тому что клинические понятия часто являются вероятностными и контекстно зависимыми. Тем не менее попперовский мотив остаётся продуктивным: он требует формулировать диагностические гипотезы так, чтобы они могли столкнуться с опровергающими данными, а не превращались в объяснение «на все случаи». Практический эквивалент фальсифицируемости в клинике — это готовность врача держать альтернативные диагнозы открытыми, фиксировать критические признаки, проводить повторные оценки и не выдавать интерпретативную уверенность за эмпирическую необходимость (Kahneman, 2011; Croskerry, 2003). Этот мотив особенно важен для судебной психиатрии, где заключение фиксируется во времени и приобретает необратимые последствия.

Ещё один крупный поворот в понимании объективности связан с признанием роли измерительных систем и инструментов. В «жёстких» науках объективность часто реализуется через прибор, который расширяет органы чувств и стандартизирует доступ к явлению. Однако прибор не является нейтральным: он воплощает теорию, выбирает параметры, задаёт шкалу и тем самым формирует сам объект измерения (Hacking, 1983). В медицине это проявляется особенно отчётливо. Глюкометр, ЭКГ, МРТ и лабораторные маркеры не просто «показывают» реальность, но создают устойчивую систему корреляций, на базе которой строится клиническое решение. В психиатрии исторически не хватало имен-

но такого класса инструментов, способных переводить динамические, контекстные и часто языковые феномены в воспроизводимые параметры без полной утраты их клинического смысла. Именно эта нехватка и породила долговременную зависимость психиатрии от интерспекции как основного способа фиксации психического состояния: врач был вынужден выступать одновременно «прибором», «интерпретатором» и «судьёй», совмещая измерение и вывод в одном акте.

Здесь становится понятным, почему спор об объективности в психиатрии не может быть решён простым требованием «быть более точными» или «строго следовать критериям». Критерии, подобные тем, что представлены в МКБ-10/11, действительно являются попыткой институциональной объективизации: они создают общий язык, фиксируют минимальные признаки, задают структуру синдромов и расстройств, обеспечивают сопоставимость описаний между клиниками и странами. Но эти критерии не отменяют того, что симптомы добываются через речь, наблюдение и контекстное понимание, а значит, неизбежно проходят через субъективный фильтр врача. Более того, критерии в клинике работают не как алгоритм, а как инструмент мышления: они направляют внимание, но не заменяют феноменологической работы. Поэтому объективность психиатрии в реальности оказывается «объективностью второго порядка»: это не прямой доступ к объекту, а система процедур, которые

уменьшают вариативность интерпретации и делают её прозрачной для проверки.

Философский анализ объективности в гуманитарных и медицинских науках приводит к решающему выводу, который станет опорным для дальнейших глав. Объективность не следует понимать как отказ от субъективного; напротив, она требует признать субъективное как неизбежное и потенциально ценное, а затем встроить его в дисциплинированную систему контроля, где субъективность перестаёт быть единственным источником данных и единственным механизмом вывода. Для психиатрии это означает: задача объективности заключается не в том, чтобы «вычеркнуть» эмпатию, понимание и клинический опыт, а в том, чтобы дополнить их такими формами внешней фиксации, которые позволяют проверять, сопоставлять и воспроизводить выводы за пределами конкретной личности врача. Отсюда логически вытекает следующий вопрос главы: почему именно психиатрия исторически отставала от дисциплин, где объективность обеспечивалась инструментально и статистически, и какие условия должны быть выполнены, чтобы подобная инструментальная объективизация стала возможной без утраты клинического смысла психического (Daston, Galison, 2007; Hacking, 1983).

3.2. Почему психиатрия отставала от “жёстких” наук

Разговор о том, почему психиатрия исторически «отставала» от естественных наук, неизбежно рискует превратиться либо в обвинение, либо в самооправдание. Однако в эпистемологическом анализе речь должна идти не о моральной оценке дисциплины, а о различии объектов, языков описания, измерительных возможностей и социальных функций знания. Психиатрия возникла и развивалась как область, где предметом рассмотрения является не только биологический организм, но и переживающий субъект, включённый в культуру, право, мораль и повседневные практики. Именно эта «двойная принадлежность» — к медицине и гуманитарному знанию — сделала психиатрию интеллектуально богатой, но методологически уязвимой, поскольку на протяжении долгого времени она была вынуждена добывать данные и строить выводы преимущественно в среде смыслов, а не в среде прямых измерений (Jaspers, 1913; Dilthey, 1883).

Традиционное представление о «жёстких» науках подразумевает несколько взаимосвязанных признаков: наличие параметров, поддающихся количественной фиксации; устойчивые и воспроизводимые экспериментальные процедуры; приборы, стандартизирующие наблюдение; а также

возможность строить теории, которые дают предсказания с проверяемой точностью (Hacking, 1983; Popper, 1959). В медицине «жёсткость» достигается там, где клинический феномен удаётся связать с физиологическим параметром, лабораторным маркером, визуализируемой структурой или чётко измеряемой функцией. Психиатрия, в отличие от кардиологии или эндокринологии, десятилетиями оставалась в положении, где ключевые феномены — настроение, тревога, бредовая убеждённость, нарушения самосознания, качество контакта, «связность мышления» — либо вообще не имели прямых инструментальных коррелятов, либо эти корреляты были слишком вариативны, контекстны и неспецифичны, чтобы стать опорой диагностической процедуры. Тем самым психиатрия была вынуждена сохранять центральную роль клинического интервью и наблюдения, то есть методов, заведомо зависящих от личности врача, языка, культурного контекста и конкретной ситуации взаимодействия (Gadamer, 1960; Kahneman, 2011).

Первый фундаментальный фактор «отставания» связан с природой самого объекта. Психическое расстройство описывается через субъективный опыт и его внешние проявления, но субъективный опыт не является объектом непосредственного наблюдения; он доступен через речь, метафору, нарратив, невербальные сигналы и поведенческие паттерны, которые всегда интерпретируются (Jaspers, 1913). Даже когда симптом формулируется как «наблюдаемый», в

психиатрии это наблюдение редко бывает прямым в смысле физики. Например, «психомоторная заторможенность» воспринимается в темпе речи, паузах, общей моторике, снижении спонтанности, но каждая из этих характеристик содержит культурную норму и контекст: то, что в одной среде выглядит как заторможенность, в другой может быть стилем общения или проявлением социального ожидания. Поэтому даже базовый клинический факт здесь уже включает скрытую норму и интерпретативное решение, а не только регистрацию параметра.

Второй фактор — ограниченная операционализация и историческая зависимость понятий. В «жёстких» науках прогресс часто связан с тем, что понятия удаётся связать с измерительными процедурами: температура становится измеряемой через термометрию, давление — через манометрические шкалы, электрическая активность — через приборы регистрации. В психиатрии многие ключевые понятия долго оставались «семейно-сходными» и расплывчатыми: они удерживались традицией, клиническими школами и описательными конвенциями, но не имели однозначной операциональной привязки, одинаково принимаемой в разных странах и школах (Kuhn, 1962). В результате понятия служили клинике, но не всегда служили воспроизводимой науке: разные специалисты могли использовать одно и то же слово, вкладывая разные критерии. Попытки унификации через диагностические руководства, включая МКБ-10/11, су-

щественно улучшили сопоставимость, но не устранили философскую проблему: критерии стандартизируют описание, однако не превращают само психическое в легко измеряемый объект.

Третий фактор — ограниченность эксперимента и этики вмешательства. Психиатрия исторически не могла использовать многие формы экспериментального контроля, доступные физиологии или фармакологии, без существенных этических рисков. Нельзя произвольно индуцировать психоз ради проверки гипотезы; нельзя систематически лишать человека сна или социального контакта, чтобы «воспроизвести» синдром; нельзя манипулировать травматическим опытом в лаборатории как независимой переменной. Эти ограничения не являются недостатком дисциплины: они выражают моральный статус человека как субъекта, а не объекта. Однако они объективно затрудняют построение причинных моделей в строгом смысле и вынуждают психиатрию опираться на естественные наблюдения, клинические серии, эпидемиологию и сравнительные дизайны, где контроль над переменными ограничен (Popper, 1959; Hempel, 1965).

Четвёртый фактор — гетерогенность причинности и множественность уровней объяснения. Даже там, где психиатрия приближается к биологии, она сталкивается с многоуровневой причинностью: генетические предрасположенности, нейроразвитие, стрессовые события, семейные паттерны, социальная депривация, культурные сценарии, личност-

ные особенности и смысловые интерпретации могут одновременно участвовать в формировании клинического состояния (Engel, 1977). В «жёстких» дисциплинах причинная модель часто стремится к минимальному набору параметров с высокой предсказательной силой; в психиатрии же причинная структура нередко представляет собой сеть взаимодействий, где нет единственного «главного» фактора, а разные траектории приводят к фенотипически сходным синдромам. Такая множественность порождает неизбежный методологический компромисс: либо мы упрощаем модель до биомедицинских переменных, теряя клинический смысл и контекст, либо сохраняем контекст, но получаем слабую формализацию и снижение воспроизводимости. Исторически психиатрия чаще выбирала второе, потому что клиника требовала понимания человека, а не только регистрации параметров.

Пятый фактор — роль языка как носителя данных. В психиатрии язык не просто средство сообщения о факте, а часть самого феномена. Мы наблюдаем мышление и самосознание через речь; мы фиксируем бредовую убеждённость через аргументацию, тематические поля, устойчивость суждений; мы оцениваем депрессию не только по жалобам, но и по стилю повествования, снижению будущностной перспективы, характеру самооценки и смысловой тональности (Beck, 1967). Следовательно, психиатрическое знание неизбежно включает герменевтический компонент: нужно не только услышать слова, но и понять их значение, функ-

цию и контекст. Герменевтика, однако, исторически воспринималась как менее «научная», чем измерение, и это создавало хроническое напряжение между клинической адекватностью и научной формализацией (Gadamer, 1960). Там, где язык — основной канал данных, стандарт объективности не может быть механически перенесён из лабораторных наук; его необходимо переопределять с учётом дисциплинирования интерпретации.

Шестой фактор — нормативность и социальная нагруженность диагнозов. Психиатрический диагноз всегда находится рядом с вопросами нормы, ответственности, опасности, способности к труду, возможности быть субъектом права и доверия. Это особенно очевидно в судебной психиатрии, но присутствует и в клинике: диагноз определяет доступ к лечению, социальные льготы, стигму, ограничения, а иногда и принудительные меры. Поэтому психиатрия функционирует в поле, где научная классификация немедленно становится социальным действием (Foucault, 1961). В «жёстких» науках ошибка может быть критичной, но чаще остаётся внутри научной системы; в психиатрии ошибка часто выходит наружу и приобретает правовые и моральные последствия. Это стимулирует осторожность, но одновременно провоцирует институциональные компромиссы: иногда диагноз становится «удобной» административной формой, а не чисто научной категорией. Когда классификация частично обслуживает социальное управление, неизбежно возни-

кает риск размывания научного содержания или, напротив, искусственного ужесточения критериев ради юридической определённости (Putnam, 2002).

Седьмой фактор — историческая конкуренция парадигм и отсутствие единого «естественного» основания классификации. На протяжении XX века психиатрия существовала между биологическими, психодинамическими, феноменологическими, поведенческими и социальными подходами. Каждая парадигма создавала собственные объяснительные модели и собственные критерии значимости фактов. В условиях такой конкуренции дисциплина часто развивалась как набор школ, а не как единая кумулятивная наука, где новые результаты однозначно интегрируются в общий корпус знания (Kuhn, 1962). Попытки создать «общий язык» через международные классификации (МКБ-10, МКБ-11) частично стабилизировали коммуникацию, но не сняли парадигмального напряжения: классификация — это компромисс между традициями, доказательной базой и практическими потребностями систем здравоохранения . Компромисс повышает совместимость, но не гарантирует «жёсткости» в смысле физики.

Восьмой фактор — проблема измерительной инфраструктуры и масштаба данных. «Жёсткие» науки исторически наращивали точность через развитие приборов и накопление больших массивов измерений. Психиатрия долгое время не имела сопоставимой инфраструктуры: данные бы-

ли локальными, описательными, зависимыми от конкретной клиники, а записи — преимущественно текстовыми и слабо стандартизированными. Даже там, где применялись психометрические шкалы, они часто фиксировали субъективные самоотчёты или экспертные оценки, то есть оставались внутри интерспективного поля, лишь придавая ему форму числовых баллов (Cronbach, Meehl, 1955). Число само по себе не делает знание объективным; объективность возникает тогда, когда число связано с воспроизводимой процедурой измерения, устойчивой к вариативности наблюдателя и контекста. В психиатрии такая устойчивость формировалась медленно, поскольку процедуры оценки нередко оставались «полуформальными», а источники данных — преимущественно коммуникационными.

Однако важно подчеркнуть: «отставание» психиатрии не означает стагнации. Скорее, психиатрия выполняла иную функцию: она сохраняла клиническую чувствительность к уникальности человека и к смысловой структуре страдания, даже тогда, когда инструментальная база была слабой. Это особая историческая роль дисциплины. Если бы психиатрия преждевременно редуцировала психическое к грубым физиологическим показателям, она могла бы приобрести иллюзию жёсткости ценой утраты предмета. Поэтому психиатрия развивалась как область, где высока цена «ложной объективности» — ситуации, когда видимость точности скрывает потерю клинического смысла (Daston, Galison, 2007). И имен-

но поэтому сегодняшняя задача не сводится к механическому переносу стандартов естественных наук: необходимо создать такие формы инструментального знания, которые сохраняют феноменологическую точность и клиническую релевантность, но при этом уменьшают вариативность интерпретации и усиливают воспроизводимость.

В этом контексте становится понятным, почему следующий раздел — об инструментальном знании и измерительных системах — является не техническим дополнением, а центральным эпистемологическим мостом. Если психиатрия отставала не из-за «ошибки мышления», а из-за недостатка измерительных средств, способных работать с языковыми, поведенческими и динамическими феноменами психики, то вопрос о том, какие именно измерительные системы могут возникнуть сегодня, становится вопросом о возможности нового режима знания. И именно здесь — на стыке цифровых данных, вычислительных методов и клинической интерпретации — открывается пространство для экзоспекции как попытки построить внешний наблюдательный контур психического состояния, дополняющий интерспекцию, но не отменяющий её (Hacking, 1983; Longino, 1990).

3.3. Инструментальное знание и роль измерительных систем

Переход от «мягкого» знания, удерживаемого традицией описаний и клиническим мастерством, к знанию инструментальному является одним из центральных эпистемологических механизмов, благодаря которым естественные науки стали тем, чем они являются сегодня. Под инструментальным знанием в данном контексте следует понимать не просто совокупность «данных», и даже не просто использование приборов, а особый тип когнитивной организации опыта, в котором наблюдение дисциплинируется стандартизированной процедурой, а феномен переводится в измеримый, сопоставимый и воспроизводимый параметр. В этом смысле инструментальное знание является не добавкой к теории, а фундаментом нового режима объективности: оно обеспечивает возможность отделить «то, что происходит в объекте», от «того, что происходит в наблюдателе» (Hacking, 1983; Daston, Galison, 2007).

В гуманитарных и медицинских науках вопрос об инструментальном знании осложнён тем, что измерение здесь неизбежно соприкасается с интерпретацией. Однако именно поэтому роль измерительных систем становится ключевой: измерительная система — это механизм, который превращает интерпретацию из свободного искусства в управляемую, проверяемую и публично сопоставимую процедуру. В философии науки давно отмечено, что «факты» не существуют в вакууме: они производятся внутри определённых практик, где фиксируется, какие различия считаются существенны-

ми, какие шкалы признаются легитимными и какие условия считаются достаточными для повторения результата (Latour, Woolgar, 1979; Hacking, 1983). Следовательно, измерительная система — это не нейтральная «техника», а социально и методологически оформленная инфраструктура знания, которая делает возможным коллективное доверие к результату.

С этой точки зрения объективность в науке может быть рассмотрена как особый режим межсубъектной согласуемости, который достигается не «отсутствием субъекта», а ограничением и стандартизацией субъективного вклада. Объективность здесь не означает, что наблюдатель исчезает; она означает, что вклад наблюдателя становится предсказуемым, контролируемым и, в идеале, одинаковым для разных наблюдателей. Именно это и обеспечивают измерительные системы: они вводят процедуры калибровки, протоколы регистрации, стандарты отбора сигналов и правила интерпретации, которые позволяют свести вариативность человеческого восприятия к допустимому минимуму. Эта логика особенно важна для психиатрии, где наблюдение, традиционно основанное на речи и поведении пациента, на реакции врача и на контексте беседы, демонстрирует высокую зависимость от индивидуальных особенностей специалиста и ситуационных факторов (Jaspers, 1913; Kahneman, 2011).

Если рассматривать измерительную систему строго, то она включает по меньшей мере четыре слоя, которые в «жёстких» науках обычно не разделяются, потому что дав-

но институционализированы. **Первый слой** — это онтология измеряемого: то есть ответ на вопрос, что именно считается «величиной» и почему. В физике это может быть длина, масса, температура; в психиатрии это должны быть параметры состояния, которые допускают внешнюю фиксацию: темп речи, латентность ответа, вариабельность сердечного ритма, структура сна, моторная активность, частота социальных взаимодействий, индекс связности нарратива, устойчивость убеждений в диалоге, динамика когнитивного контроля. Но онтология измеряемого в психиатрии неизбежно смешанная: часть параметров биологична, часть поведенческая, часть лингвистическая, часть контекстная. Следовательно, измерительная система должна быть многоканальной по определению, иначе она воспроизводит старую редукцию психики к одному «главному» уровню (Engel, 1977).

Второй слой — процедура извлечения и регистрации сигнала, то есть ответ на вопрос, как именно феномен превращается в фиксируемое событие. В классической медицине это лабораторный анализ, ЭКГ, визуализация; в психиатрии в качестве сигналов всё чаще выступают «цифровые следы»: аудио и текст речи, видеопоток мимики и моторики, данные носимых устройств, паттерны сна и активности, закономерности взаимодействия с цифровой средой. Однако главное здесь не «новизна» каналов, а то, что процедура регистрации должна быть стандартизирована. Если запись голоса делается в разных условиях, на разные микрофоны,

с разной дистанцией, то вариативность технического шума может превысить вариативность клинического сигнала, и тогда измерение будет создавать иллюзию точности, не увеличивая объективность. Следовательно, психиатрическое измерение требует не только выбора параметра, но и дисциплины протокола: одинаковой среды, одинакового сценария задач, одинаковых правил обработки (Hacking, 1983; Daston, Galison, 2007).

Третий слой — это модель преобразования сигнала в показатель. В «жёстких» науках связь между сигналом и показателем часто прозрачна: столбик ртути поднимается, стрелка отклоняется, числовое значение считывается. В современной цифровой диагностике, особенно в психиатрии, преобразование осуществляется через алгоритмы обработки: фильтрацию, извлечение признаков, статистическое моделирование и машинное обучение. Здесь возникает существенная эпистемологическая новизна: показатель становится продуктом вычислительного контура, а не прямого наблюдения. Поэтому объективность должна включать не только стандартизацию регистрации, но и стандартизацию вычисления: воспроизводимость кода, фиксированность версий моделей, прозрачность параметров, протоколы валидации и контроль дрейфа (Longino, 1990). Если эти требования не соблюдены, то алгоритмическое измерение может стать новым источником скрытой субъективности, перенесённой из врача в разработчика и инфраструктуру данных.

Четвёртый слой — это интерпретационный протокол: правила, по которым показатель превращается в клиническое суждение. Здесь и проявляется ключевой момент: измерение само по себе не есть диагноз. Оно создаёт пространство сопоставимых параметров, но клиническая значимость возникает только тогда, когда показатель включён в систему критериев, контекстов и дифференциальных соображений. Психиатрия не может позволить себе прямой аналог «температура выше 38 — значит инфекция», потому что большинство психических феноменов полидетерминированы и контекстно-зависимы. Следовательно, интерпретационный протокол должен быть вероятностным и многомерным, а также совместимым с классификационными рамками МКБ-10/11, где диагноз определяется не одним параметром, а устойчивым набором признаков и их длительностью, выраженностью и влиянием на функционирование .

Именно на этой структуре видно, что измерительная система — это не «прибор», а архитектура, в которой согласованы онтология, протокол регистрации, алгоритм преобразования и клиническая интерпретация. В классической медицине подобная архитектура создавалась столетиями и стала настолько привычной, что кажется «естественной». В психиатрии же проблема состоит в том, что многие параметры психического состояния долгое время не имели внешней измеримости, и поэтому дисциплина вынуждена была удерживать диагностику внутри клинического суждения. В этом

смысле психиатрия, оставаясь глубоко клинической, исторически была слабее институционально-измерительной: она обладала сильной феноменологической традицией, но слабой приборной инфраструктурой (Jaspers, 1913). Современная цифровизация впервые создаёт возможность формировать измерительную инфраструктуру, сопоставимую по масштабу с другими областями медицины, поскольку многие внешние проявления психики — речь, моторика, сон, социальное поведение — естественным образом оставляют регистрируемые следы.

Однако для гуманитарной и клинической дисциплины особенно важно различать два типа инструментализации. Первый тип можно назвать редукционистским: он пытается заменить сложный клинический феномен одним числом и построить на этом ложную «жёсткость». История психиатрии знает соблазн такого подхода: стремление найти единственный биомаркер «депрессии» или «шизофрении» и превратить диагностику в механическую процедуру. Но при нынешнем состоянии знания этот путь нередко приводит либо к разочарованию, либо к наукообразной псевдоточности, поскольку отдельные биологические показатели демонстрируют значительную неспецифичность и вариативность (Kapur, Phillips, Insel, 2012). Второй тип инструментализации можно назвать системным: он рассматривает измерение как способ усилить клиническое понимание, расширить наблюдение во времени, уменьшить влияние случайности и сделать выводы

более проверяемыми, но не отменяет феноменологический слой. Экзоспекция, в логике данной монографии, принадлежит ко второму типу: она не стремится «перепрыгнуть» через клинику, а стремится снабдить клинику внешним контуром наблюдения, который уменьшает неопределённость.

В психиатрии принципиальную роль играет ещё один аспект измерительных систем — временная структура данных. Многие психические расстройства определяются не только набором симптомов, но и их длительностью, фазностью, рецидивированием, контекстной привязкой, суточной динамикой, реактивностью на события и лечение. Классическое интервью фиксирует эту динамику ретроспективно, через память пациента и клиническую реконструкцию. Но память и реконструкция, особенно при тревоге, депрессии, психозе или зависимости, подвержены систематическим искажениям. Измерительная система, способная собирать временные ряды, создаёт качественно новый тип знания: она позволяет описывать не только «что есть», но и «как меняется», а именно динамика является одной из главных клинических подсказок в дифференциальной диагностике между, например, биполярным спектром и рекуррентной депрессией, тревожным расстройством и депрессивной маской, психотическим эпизодом и диссоциативными феноменами (Goodwin, Jamison, 2007). Тем самым измерительная система в психиатрии должна быть по своей природе динамической, иначе она фиксирует лишь срез, который может вводить в заблуж-

дение.

Кроме того, измерительная система в психиатрии неизбежно является системой смыслов, поскольку многие параметры становятся значимыми только в контексте. Например, снижение активности может быть признаком депрессии, но может быть следствием соматической болезни, социальной депривации, профессионального выгорания или культурного режима поведения. Следовательно, измерение должно включать контекстные переменные: жизненные события, режим труда и сна, сезонность, социальную нагрузку, терапевтические вмешательства. В противном случае приборная объективность будет имитировать точность, но фактически закрепит ошибку интерпретации на новом уровне. Именно здесь возникает ключевой эпистемологический тезис: объективность в психиатрии не равна «безконтекстности»; напротив, она требует формализованного контекста. То, что ранее удерживалось в голове врача как «клиническое впечатление», должно стать частью протокола наблюдения как набор внешне фиксируемых условий.

Важным следствием этого подхода является переопределение статуса шкал и тестов. Психометрия XX века уже сделала шаг к инструментализации психического, предложив стандартизированные опросники и рейтинговые шкалы. Однако многие психометрические инструменты, оставаясь важными, по своей природе «внутриинтерспективны»: они фиксируют самоотчёт или экспертную оценку, то есть по-прež-

нему зависят от субъективного канала. Их сила — в стандартизации формулировок и сравнении во времени, но их предел — в зависимости от мотивации, инсайта, стигмы и стратегий ответа. Экзоспективные измерительные системы не отменяют психометрию, но расширяют её, добавляя каналы, менее зависимые от прямого самоотчёта: акустические характеристики голоса, поведенческие паттерны, физиологические индексы автономной регуляции, параметры сна и активности. Это расширение делает возможным «треугольную валидацию» состояния: когда субъективный отчёт, клиническое наблюдение и инструментальная регистрация сходятся или расходятся, создавая диагностически значимую структуру согласия и несогласия (Cronbach, Meehl, 1955).

Вместе с тем следует признать, что измерительная система не является гарантией истины; она является механизмом дисциплины. Она может дисциплинировать ошибку так же, как дисциплинирует точность. Если система построена на смещённых данных, если она некорректно переносится между культурами и языками, если алгоритм обучен на нерепрезентативной выборке, то она может придать систематическому искажению статус «объективного факта». В философии науки это описывается как проблема встроенных предпосылок и социальной проверки знания: объективность достигается не только прибором, но и критической процедурой публичной валидации, сопоставления, репликации и институционального контроля (Longino, 1990; Daston, Galison,

2007). Для психиатрии это означает, что измерительная система должна быть встроена в профессиональные нормы: прозрачность методологии, воспроизводимость результатов, независимая оценка, межцентровые исследования, сопоставимость с классификациями МКБ-10/11, а также этическая и правовая корректность применения.

Таким образом, инструментальное знание в психиатрии не является «техническим проектом», добавляемым к клинике; оно является эпистемологической реконфигурацией клинического мышления. Врач, работающий в режиме интерспекции, опирается на опыт и эмпатию, реконструируя состояние из разговора и наблюдения. Врач, работающий в режиме расширенной объективности, должен уметь мыслить измерительными системами: понимать, что именно измеряется, каков источник шума, каков риск смещения, как интерпретировать расхождение между каналами, и где проходит граница допустимого вывода. Это и есть переход к новой форме профессионализма, в которой клиническая мудрость соединяется с инструментальной дисциплиной.

В логике данной монографии из этого следует центральный вывод: поскольку психика проявляет себя во множестве внешних феноменов, а современная цифровая среда впервые создаёт техническую возможность их систематической регистрации, измерительные системы становятся необходимым звеном между традиционной клинической интерспекцией и новым режимом знания, который мы называем эк-

зоспекцией. В следующем разделе 3.4 будет обосновано, почему сама структура психиатрического объекта — сочетание субъективного опыта, поведения и контекста — делает «внешнего наблюдателя» не метафорой, а методологической необходимостью, и почему таким наблюдателем может выступать не человек, а вычислительная система, способная удерживать многоканальные данные без аффективного искажения и без потери динамики.

3.4. Необходимость внешнего наблюдателя психики

Постановка вопроса о внешнем наблюдателе психики может показаться парадоксальной, если исходить из классического убеждения, что психическое по своей природе «внутренне» и доступно лишь через самопереживание субъекта или через интерпретативное понимание со стороны другого человека. Однако именно в этой парадоксальности и заключается ключевая эпистемологическая проблема психиатрии: объектом её знания являются явления, которые одновременно принадлежат миру субъективного опыта и проявляются вовне в поведении, речи, физиологической регуляции и социальной коммуникации. Эта двойственная природа психики делает традиционную интерспективную модель познания одновременно необходимой и принципиально

ограниченной. Необходимой — потому что без понимания смысла переживания нельзя говорить о клинической психопатологии в духе феноменологии (Jaspers, 1913). Ограниченной, потому что инструменты доступа к этому переживанию неизбежно проходят через субъекта и наблюдателя, каждый из которых несёт систематические искажения.

Интерспекция пациента, как показал ещё классический психологический и философский анализ, не является прозрачным зеркалом психической реальности. Во-первых, субъективный отчёт зависит от словаря и культурной модели самопонимания; субъект описывает себя не напрямую, а через доступные ему категории и социально выученные способы говорить о чувствах и мыслях (Wittgenstein, 1953). Во-вторых, отчёт зависит от мотивации и ситуации: стыд, страх, ожидания, вторичная выгода, желание понравиться или, напротив, демонстративность меняют содержание и форму рассказа. В-третьих, отчёт зависит от самой патологии: депрессия и тревога систематически искажают оценку прошлого и будущего, психотические состояния изменяют критерии реальности, зависимости перестраивают рационализацию, а когнитивные нарушения ограничивают способность к последовательному нарративу (Beck, 1967; Kahneman, 2011). Следовательно, пациентская интерспекция не может быть единственным основанием знания, поскольку она не просто «неполна», но структурно уязвима к ошибкам, которые не являются случайными.

Интерспекция врача, в психиатрии часто понимаемая шире — как клиническое «вчувствование», эмпатическое понимание и профессиональное суждение, — также не является нейтральной. Феноменологическая традиция подчеркивала необходимость осознанной рефлексии, чтобы отделить понимание от проекции и улавливать именно структуру переживания пациента (Jaspers, 1913). Психоаналитическая традиция добавила к этому идею контрпереноса и показала, что эмоциональные реакции специалиста могут быть одновременно источником информации и источником слепоты, если они не распознаются и не контролируются (Freud, 1912; Heimann, 1950). Когнитивная психология и исследования принятия решений в медицине дополнительно продемонстрировали, что человеческое клиническое суждение подвержено систематическим когнитивным искажениям — от эффекта якоря и подтверждения до доступности и ретроспективной рационализации (Tversky, Kahneman, 1974; Kahneman, 2011). В итоге мы имеем двойную уязвимость: пациент ошибается не потому, что «лжёт», а потому, что его психическая система ограничена и искажена; врач ошибается не потому, что «некомпетентен», а потому, что человеческое познание в условиях неопределённости устроено так, что неизбежно строит гипотезы и затем защищает их.

В «жёстких» науках подобная двойная уязвимость компенсируется включением внешнего наблюдателя в форме измерительного прибора и стандартизированного протоко-

ла. Там, где человеческий глаз и человеческое впечатление слишком вариативны, вступает в действие устройство, которое фиксирует одно и то же явление одним и тем же способом, а затем выдаёт результат в сопоставимой шкале. Это не устраняет интерпретацию, но переносит центр тяжести с субъективного впечатления на процедуру, которую можно воспроизвести и проверить (Hacking, 1983; Daston, Galison, 2007). Для психиатрии долгое время подобный перенос казался невозможным: психическое не «лежит» как объект в пространстве, оно не измеряется линейкой, и его нельзя непосредственно сфотографировать. Но развитие поведенческой науки, психометрики и, в последние десятилетия, цифровых технологий постепенно изменило условия задачи. Психическое состояние оставляет систематические следы в поведении, в речи, в структуре внимания и памяти, в психомоторике, во сне и в вегетативной регуляции. Эти следы не тождественны переживанию, но они связаны с ним закономерными корреляциями, и именно эта связность открывает путь к внешнему наблюдателю.

Необходимость внешнего наблюдателя психики следует понимать как необходимость третьего контура знания, который не заменяет ни субъективный отчёт, ни клиническую интерпретацию, но вводит независимую линию фиксации — линию, которая способна удерживать феномен во времени, уменьшать влияние случайности и выявлять закономерности, неочевидные для человеческой памяти. В современ-

ной эпистемологии это соответствует идее триангуляции: когда разные источники данных и разные методы наблюдения сопоставляются, чтобы повысить валидность вывода и отделить устойчивый сигнал от метод-специфического шума (Cronbach, Meehl, 1955). В психиатрии такая триангуляция особенно важна, поскольку значительная часть клинического материала имеет характер «высокого шума» — он зависит от контекста, отношения, ожиданий, языка, культуры и фазы состояния.

Ключевым препятствием на пути к внешнему наблюдателю долгое время оставалась проблема: кто именно может быть внешним наблюдателем психики, если любой человек-наблюдатель тоже обладает психикой, и значит неизбежно привносит свои эффекты? Здесь мы приближаемся к фундаментальному тезису, который подготовлен предыдущими разделами. Если объектом познания является психика, то человеческий наблюдатель — это не нейтральная камера, а система, которая сама производит смыслы, эмоции, защиты и искажения. Следовательно, «внешность» наблюдателя в строгом смысле недостижима для человека, потому что человек не может выйти за пределы человеческой психики. Он может тренировать рефлексию, снижать искажения, следовать протоколам и супервизии, но он не может быть «вне» того самого механизма, который наблюдает. Это ограничение не отменяет ценности клинического понимания, но оно делает принципиальной необходимость внешнего конту-

ра — контура, который, по крайней мере, не является носителем аффекта, идентификации и моральной реакции, и который способен удерживать множественные параметры одновременно без селективного внимания.

В этом месте возникает важное различие между «объективностью» и «внешностью». Внешность не означает метафизического отделения от психики; она означает функциональное отделение от тех механизмов, которые вносят искажения в наблюдение. Если внешняя система не испытывает страха, симпатии, раздражения, усталости, не формирует личной привязанности и не имеет мотивации к самооправданию, то значительная часть типичных клинических искажений действительно может быть устранена или по крайней мере снижена. Такая система, разумеется, может иметь другие искажения — технические, статистические, культурные, связанные с данными и моделями, — но принципиально важно, что эти искажения другого рода и поэтому поддаются другим методам контроля: валидации, тестированию, калибровке, мониторингу дрейфа и сравнительным исследованиям (Longino, 1990). В терминах эпистемологии науки речь идёт о том, что психиатрия нуждается не в «идеальном судье», а в дополнительной форме надёжности, которая достигается организацией практик проверки, а не личной добродетелью наблюдателя.

Необходимость внешнего наблюдателя особенно отчётливо проявляется там, где цена ошибки максимальна и где кли-

ническое впечатление традиционно сталкивается с конфликтом интересов, давлением контекста и неизбежной неполнотой информации. Судебная психиатрия, которая будет подробно рассмотрена в ОТДЕЛЕ V, является именно такой областью: здесь любое заключение влияет на свободу, судьбу и безопасность, а эксперт работает в поле противоречивых ожиданий, ограничений времени, недостатка данных и иногда — намеренного искажения фактов со стороны обследуемого или окружения. В таких условиях внешний наблюдатель психики нужен не как «машина истины», а как система стандартизации и реконструкции, позволяющая снизить вариативность интерпретаций и повысить прозрачность аргументации (Morse, 2011). Там, где человеческое суждение неизбежно, оно должно быть максимально документировано и опираться на воспроизводимые основания.

Однако внешняя наблюдательная система важна не только в экспертизе. Клиническая психиатрия в целом сталкивается с ограничением «момента»: интервью фиксирует состояние здесь и сейчас, но многие расстройства определяются динамикой. МКБ-10/11, при всех различиях, построены на принципе синдромальной диагностики, где значимы длительность, устойчивость, повторяемость и функциональные последствия. В обычной практике эти параметры восстанавливаются по памяти пациента и по фрагментарным данным родственников. Внешний наблюдатель, работающий в режиме длительного мониторинга, способен превратить динами-

ку из рассказа в временной ряд, а временной ряд — в объект клинического анализа. Это особенно важно для пограничных состояний и спектральных расстройств, где диагностические границы размыты и где именно профиль динамики часто является главным ключом к правильной тактике лечения.

Отдельного внимания заслуживает вопрос о том, что именно должен наблюдать внешний наблюдатель, чтобы не превратиться в карикатуру на объективность. Психика — не сумма биосигналов; она включает смысл, намерение, отношения и культурную форму. Следовательно, внешний наблюдатель психики не может быть редуцирован к одному каналу данных и не может претендовать на исчерпывающий «снимок» внутреннего опыта. Его задача — создавать параметрическое описание проявлений психического состояния, которое затем сопоставляется с клинической феноменологией и диагностическими критериями. В этом смысле внешний наблюдатель не «вытесняет» клинику, а расширяет её наблюдательный аппарат. Он фиксирует то, что человек обычно не фиксирует или фиксирует плохо: микродинамику речи и пауз, колебания активности, сдвиги в циркадных ритмах, вариативность автономной регуляции, изменения в паттернах коммуникации. Всё это является «внешним фенотипом» психики, который не заменяет субъективный мир, но коррелирует с ним и позволяет оценивать состояние более надёжно, особенно при повторных измерениях и при срав-

нении с индивидуальной базовой линией.

Здесь мы подходим к ещё одному принципиальному аргументу: внешний наблюдатель необходим, потому что психиатрический объект не является фиксированной сущностью, которая «одинакова у всех», а является системой, проявляющей индивидуальную норму и индивидуальные отклонения. Именно поэтому традиционная психиатрия столь зависима от опыта врача: он интуитивно создаёт «норму данного пациента», исходя из беседы и биографии. Но интуиция не всегда надёжна и плохо передаётся. Внешний наблюдатель, собирающий длительные данные, позволяет построить персональную норму количественно: не в смысле «нормы для всех», а в смысле устойчивых паттернов конкретного человека. Тогда отклонение становится не только сравнением с популяцией, но и сравнением с самим собой во времени. Это особенно важно в раннем выявлении рецидивов, в мониторинге лечения и в профилактике кризисов, включая суицидальный риск, где время реакции критично, а клиническая встреча часто запаздывает относительно развития состояния (Joiner, 2005).

Таким образом, необходимость внешнего наблюдателя психики имеет не идеологический, а строго эпистемологический характер. Она вытекает из трёх взаимосвязанных фактов. Во-первых, психическое состояние доступно напрямую только субъекту, но субъектный доступ систематически искажается как нормальными механизмами самозащиты и

языка, так и самой патологией. Во-вторых, клиническое понимание врача остаётся незаменимым, но оно структурно вариативно и подвержено когнитивным и аффективным искажениям. В-третьих, современные условия — цифровизация поведения и коммуникации, развитие сенсоров и вычислительных методов — впервые позволяют создать измерительные системы, способные фиксировать внешние проявления психики многоканально и динамически, тем самым формируя независимую линию наблюдения. Внешний наблюдатель нужен именно как третий контур, который переводит психиатрию из режима единственного свидетельства (пациент + врач) в режим сопоставимых оснований, где диагноз и вывод становятся не только результатом профессионального искусства, но и результатом проверяемой инфраструктуры наблюдения.

Это подводит нас к следующему отделу монографии, где будет введено понятие экзоспекции как нового режима познания психики. В ОТДЕЛЕ II будет показано, что экзоспекция не является продолжением психометрии или цифрового мониторинга в узком смысле, а представляет собой эпистемологический сдвиг: формирование внешнего наблюдателя, способного удерживать параметры психического состояния без человеческих аффективных и когнитивных искажений, но при обязательном участии врача как интерпретатора, носителя клинической ответственности и смысла.

ОТДЕЛ II. ЭКЗОСПЕКЦИЯ КАК НОВЫЙ РЕЖИМ ПОЗНАНИЯ ПСИХИКИ

Глава 4. Понятие экзоспекции психики человека

4.1. Определение экзоспекции: рабочая и расширенная формулировки

Переход от эпистемологической постановки проблемы к введению термина «экзоспекция» требует предельной строгости в определениях. В психиатрии язык никогда не является нейтральным: он не только описывает реальность, но и конструирует операциональные границы наблюдаемого, задаёт форму протоколов, определяет допустимые основания вывода и, в конечном счёте, регулирует ответственность специалиста. Исторически психиатрия опиралась на «понимающее» знание и феноменологическую установку: внутренний мир пациента рассматривался как первичный источник

смысла, а клиническое интервью — как основной инструмент доступа к этому миру (Jaspers, 1913). Одновременно в течение XX века нарастал запрос на измеримость и воспроизводимость, что привело к развитию психометрии, диагностических руководств и стандартизации клинических критериев, включая МКБ-10/11 как международные классификационные системы. Тем не менее, сама структура психиатрического знания оставалась преимущественно интерспективной: даже стандартизированный диагноз, по сути, представляет собой итог человеческого наблюдения, интерпретации и клинического решения. Экзоспекция вводится в этой монографии как понятие, описывающее качественно иной режим познания психики, в котором центральной становится возможность внешнего наблюдения, фиксации и анализа параметров психического состояния с опорой на технические и вычислительные системы, а не только на субъективный отчёт и клиническое впечатление.

Под экзоспекцией в рабочем смысле предлагается понимать систематическое внешнее наблюдение психического состояния человека через измеряемые и регистрируемые проявления — поведенческие, речевые, физиологические и контекстуальные — с последующей вычислительной обработкой, формированием параметрического профиля состояния и его сопоставлением с клиническими моделями психопатологии и диагностическими критериями, в том числе МКБ-10/11. Эта рабочая формулировка намеренно прагма-

тична: она фиксирует три необходимых элемента, без которых термин теряет смысл. Во-первых, речь идёт именно о внешнем наблюдении, то есть о данных, которые могут быть зафиксированы независимо от субъективного рассказа и независимо от эмоционально-ситуационной динамики контакта «пациент—врач». Во-вторых, речь идёт о параметризации: наблюдаемое должно быть выражено в сопоставимых признаках, позволяющих отслеживать динамику и сравнивать состояния, иначе мы получим лишь новый вариант описательного нарратива. В-третьих, речь идёт о клинической соотнесённости: экзоспекция не является «психологией данных» как самостоятельной дисциплиной, она существует внутри психиатрической ответственности и должна переводиться в язык клинических решений, не отменяя, а дисциплинируя интерпретацию.

Однако рабочее определение неизбежно остаётся неполным, если не раскрыть философско-научный смысл экзоспекции как режима познания. В расширенной формулировке экзоспекция определяется как эпистемологическая и методологическая система, предназначенная для снижения вариативности и субъективных искажений в психиатрическом знании путём введения внешнего наблюдателя психики в форме алгоритмизируемого, воспроизводимого и проверяемого контура сбора и анализа данных, который дополняет интерспективное понимание и клиническое суждение, но не заменяет их. В этом смысле экзоспекция становится

не просто «технологией мониторинга», а новым устройством доказательности: она создаёт третий контур между субъективным опытом пациента и интерпретативной компетенцией врача, аналогично тому, как измерительные системы в естественных науках исторически формировали стандарты объективности (Hacking, 1983; Daston, Galison, 2007). Подобный контур не ликвидирует неопределённость, но переводит её из области «личного впечатления» в область процедурной верификации, где спор решается не авторитетом, а сопоставлением данных, протоколов и моделей (Popper, 1959; Longino, 1990).

Расширенное определение важно ещё и потому, что оно сразу задаёт границы, без которых экзоспекция легко смешивается с рядом соседних направлений. Во-первых, экзоспекция не тождественна «цифровой фенотипизации» или «цифровой психиатрии» в описательном смысле, где акцент делается на сборе данных как таковом. Данные без эпистемологической архитектуры остаются информационным шумом и могут даже усилить иллюзию точности, если их интерпретация не закреплена клиническими и философскими критериями (Kahneman, 2011). Во-вторых, экзоспекция не сводится к психометрии: шкалы и опросники являются формой формализованной интерспекции, поскольку их материалом всё ещё является субъективный ответ, пусть и помещённый в стандартизированный формат. Экзоспекция, напротив, предполагает выход на измеряемые внешние про-

явления, которые могут быть регистрируемы помимо желания, памяти или интерпретативных привычек субъекта. В-третьих, экзоспекция не равна нейровизуализации или биомаркерам как таковым: она может включать биологические данные, но её отличительная черта — многоканальная интеграция и ориентация на клинически значимую динамику состояния, а не на единичный «объективный» показатель, который в психиатрии редко бывает специфичен и редко переводится в решение без контекста (Kendler, 2012).

В расширенной формулировке необходимо также уточнить, что «внешний наблюдатель» в экзоспекции — это не метафизическая фигура и не претензия на «видение внутреннего». Это функциональная позиция, занятая системой, которая способна фиксировать и анализировать проявления психического состояния без тех искажений, которые характерны для человеческого восприятия и памяти. Человеческое клиническое мышление неизбежно опирается на эвристики и подвержено эффектам подтверждения, якорения и доступности, особенно в условиях дефицита времени и высокой эмоциональной нагрузки (Tversky, Kahneman, 1974; Kahneman, 2011). Экзоспекция вводит иной тип ограничений: алгоритмическая система может ошибаться из-за смещения данных, некорректной разметки, дрейфа распределений или культурной несопоставимости обучающих выборок, но эти ошибки принципиально поддаются аудиту и тестированию, то есть обладают иной эпистемической природой по

сравнению с неосознаваемыми человеческими слепыми зонами (Longino, 1990). Это различие не является декларацией превосходства машины; оно является обоснованием комплементарности, на которой строится вся логика монографии.

Отдельно следует уточнить, что экзоспекция, как она определяется здесь, является системой «параметрического профиля», а не системой «единичного диагноза». Диагноз в психиатрии, независимо от того, опирается ли он на МКБ-10/11, представляет собой категориальную форму описания, необходимую для коммуникации, статистики, юридической практики и организации лечения. Но клиническая реальность нередко спектральна и динамична: тревога, депрессия, психотические феномены, расстройства личности и нейроразвития образуют профили с разной выраженностью, разной временной организацией и разными сочетаниями. Экзоспекция предназначена, прежде всего, для построения и обновления такого профиля во времени, поскольку именно динамика и контекст часто несут больше клинического смысла, чем единичная фиксация «симптом—критерий—категория». В этом отношении экзоспекция ближе к логике современной клинической эпидемиологии и к идее многомерной валидности конструкта, чем к традиционному «одноразовому диагнозу» (Cronbach, Meehl, 1955).

Понимание экзоспекции как профилирования не отменяет нозологии, но меняет порядок аргументации. Традиционная диагностика часто движется от впечатления к кате-

гории: врач формирует гипотезу, затем подбирает подтверждающие и исключающие признаки и фиксирует итог. Экзоспекция предлагает обратный путь: от широкого, многоканального описания состояния — к вероятностной карте диагностических гипотез и к их уточнению через клиническую интерпретацию, интервью и дополнительные источники. Такая логика сближает психиатрию с идеалами научного вывода в условиях неопределённости, где гипотезы не объявляются истинными, а калибруются по данным и корректируются при поступлении новой информации (Popper, 1959). При этом остаётся ключевой принцип медицинской ответственности: даже если система предлагает вероятностную оценку, решение о диагнозе и лечении остаётся человеческим, поскольку включает этику, контекст, риски и юридические последствия.

Ещё одним существенным элементом расширенного определения является требование воспроизводимости процедуры, а не только результата. В клинической практике не редкость ситуации, когда два специалиста формально согласны по диагнозу, но приходят к нему разными путями, из разных акцентов и с разной чувствительностью к симптомам; это делает знание трудно передаваемым и плохо проверяемым. Экзоспекция, напротив, должна быть устроена так, чтобы путь от данных к выводу был прозрачен: какие каналы использовались, как были очищены и нормированы данные, как формировались признаки, какая модель приме-

нялась, какова неопределённость, каков диапазон ошибок. Здесь объективность понимается не как «безошибочность», а как возможность независимой проверки и повторения процедуры при сходных условиях — в духе современной философии науки, где научный статус знания определяется не авторитетом говорящего, а организацией практик критики и репликации (Longino, 1990; Daston, Galison, 2007). В этом смысле экзоспекция — это не «новая психиатрия», а новая инфраструктура психиатрического знания.

В рамках данной монографии принципиально важно также разграничить экзоспекцию как режим познания и экзоспективный отчёт как документ. Экзоспекция — это процесс, включающий наблюдение, измерение, вычислительный анализ, формирование профиля и клиническое толкование. Экзоспективный отчёт — это лишь фиксированное представление результата процесса, предназначенное для коммуникации между специалистами и для включения в медицинскую документацию или экспертные материалы. Такая дифференциация необходима, чтобы избежать типичной ошибки цифровой эпохи: смешивания формата отчёта с содержанием знания. Формат может выглядеть строго — графики, показатели, вероятности, — но без корректного режима получения и интерпретации он не становится доказательством. В клинической эпистемологии это соответствует различению «данных» и «свидетельства»: данные становятся свидетельством только в рамках правил вывода, контекста и про-

веряемости (Hacking, 1983).

Наконец, экзоспекция в расширенном смысле предполагает включение нормативного уровня: она не может быть ценностно нейтральной, поскольку психиатрия имеет дело с нормой и отклонением, страданием и функцией, ответственностью и свободой. Это обстоятельство было хорошо описано в традиции клинической философии медицины и в анализе «взгляда клиники», где диагностика выступает не только как распознавание, но и как социально организованная практика власти и заботы (Foucault, 1963). Экзоспекция может усилить эту власть, если будет применяться без этических ограничений, и может усилить заботу, если будет встроена в режим защиты пациента и профессиональной ответственности. Поэтому уже на уровне определения необходимо зафиксировать: экзоспекция — это инструментальная и вычислительная форма наблюдения, которая подчинена клинической цели (уменьшение страдания, повышение безопасности, улучшение прогноза) и юридико-этическим нормам (конфиденциальность, информированное согласие, недопустимость дискриминации). Иначе говоря, экзоспекция в этой книге мыслится не как автономная «машина истины», а как внешний наблюдательный контур, включённый в человеческую систему ответственности.

Таким образом, рабочее определение экзоспекции задаёт минимальный операциональный смысл: внешнее измеряемое наблюдение психического состояния, его параметри-

зация и клиническая соотнесённость. Расширенное определение задаёт эпистемологический статус: экзоспекция как воспроизводимый и проверяемый режим познания, вводящий внешний наблюдательный контур для снижения субъективных искажений и повышения прозрачности клинического вывода при сохранении первичности клинической ответственности. В следующем разделе будет показано, что это понятие становится понятным до конца лишь через сопоставление с интерспекцией: не как с «устаревшим методом», а как с фундаментальным человеческим способом доступа к психическому, который экзоспекция не отменяет, а структурно дополняет (Jaspers, 1913).

4.2. Экзоспекция и интерспекция: принципиальные различия

Понятие экзоспекции приобретает научную определённость лишь в сопоставлении с интерспекцией, поскольку последняя является не просто «старым методом», а исходной антропологической и клинической рамкой психиатрии. Интерспекция — это доступ к психическому через внутренний опыт субъекта и его вербализацию, а также через ту особую форму понимания, которую осуществляет врач, реконструируя смысловые связи переживаний, мотивов и намерений (Jaspers, 1913). Экзоспекция, напротив, строится как доступ

к психическому через внешние проявления, фиксируемые и анализируемые вне зависимости от того, как субъект их описывает и осознаёт. На первый взгляд различие может показаться тривиальным: «внутреннее» против «внешнего». Однако в клинической эпистемологии это различие оказывается принципиальным, поскольку касается не только источника данных, но и типа доказательности, режима ошибок, способа стандартизации и даже статуса ответственности.

Интерспективное знание в психиатрии исторически несёт на себе печать феноменологического проекта: понять психическое явление «изнутри», не редуцируя его к физиологии и не подменяя смысл механикой (Jaspers, 1913). Этим объясняется достоинство интерспекции как клинического инструмента: она позволяет улавливать качественные различия переживаний, различать «как именно» тревога переживается, чем отличается «пустота» при депрессии от «утраты смысла», как субъект удерживает критичность к навязчивостям, какова субъективная убедительность бредовой идеи. Эти тонкости составляют ткань психиатрического интервью и психопатологического анализа. Но именно здесь же обнаруживаются пределы интерспекции: она зависит от способности пациента к самоописанию, от его памяти, мотивации, уровня инсайта, культурного языка эмоций, а также от того, какую форму принимает коммуникация в конкретном диалоге (Vygotsky, 1934; Rogers, 1951). Интерспекция, как правило, не может быть «повторена» в строгом смысле: повтор-

ное интервью уже является другим событием, а сам факт беседы меняет состояние и нарратив, что хорошо известно как в психотерапии, так и в клинике.

Экзоспекция возникает, как попытка создать внешний контур наблюдения, который бы не зависел целиком от качества самоотчёта и от уникальности межличностной ситуации. Её исходный тезис таков: психическое состояние, будучи субъективным по содержанию, проявляет себя в устойчивых внешних коррелятах — в речи, голосе, моторике, режиме сна, вегетативной реактивности, паттернах социальной активности и в способах взаимодействия со средой. Эти корреляты могут быть зарегистрированы, параметризованы и сопоставлены во времени, что делает возможным иной тип клинического вывода: не через единичное впечатление, а через динамический профиль. В данном контексте важно подчеркнуть, что экзоспекция не «отменяет» субъективность психики; она меняет путь доказательства, вводя дополнительный слой данных между переживанием и клиническим решением. Это сближает психиатрию с общей логикой инструментального знания, где измерительные системы не заменяют объект, а создают воспроизводимые процедуры его наблюдения (Hacking, 1983; Daston, Galison, 2007).

Принципиальное различие между интерспекцией и экзоспекцией начинается с различия в онтологическом статусе материала. Интерспекция работает с феноменами как с переживаемыми смысловыми структурами. Экзоспекция ра-

ботает с феноменами как с параметрами, т.е. с внешними «следами» психического в поведении и физиологии. В интерспекции феномен первичен, а признаки вторичны; в экзоспекции признаки первичны как данные, а феномен реконструируется как гипотеза. Эта смена порядка имеет далеко идущие последствия. В интерспекции клиническая истина часто принимает форму «понимания» и «узнавания» — врач распознаёт психопатологическую конфигурацию, соотнося её с опытом и теоретическими моделями. В экзоспекции клиническая истина неизбежно принимает форму вероятностного заключения: профиль признаков повышает или снижает правдоподобие определённых состояний, но редко даёт абсолютное доказательство. Такой вероятностный характер знания не является слабостью; он соответствует реальной природе клинической неопределённости и противостоит соблазну ложной категоричности (Popper, 1959).

Второе принципиальное различие связано с режимом ошибок. Интерспекция ошибается прежде всего через смысловые искажения: пациент может не осознавать, стыдиться, рационализировать, забывать; врач может быть подвержен контрпереносу, когнитивным эвристикам, влиянию контекста и ожиданий (Freud, 1912; Kahneman, 2011). Эти ошибки часто являются неявными: врач может не знать, что он ошибся, и не иметь доступа к процедуре самопроверки, кроме поздней ретроспективной корректировки. Экзоспекция ошибается иначе: её ошибки связаны с качеством дан-

ных, смещением выборок, некорректной разметкой, дрейфом среды, техническими шумами, а также с тем, что модель может улавливать не состояние как таковое, а его социальные или культурные маркеры. Принципиальная новизна экзоспекции заключается в том, что многие из этих ошибок становятся аудируемыми: можно проверить датасеты, сравнить метрики, воспроизвести модель, оценить чувствительность, специфичность, калибровку. Это не гарантирует истинности, но вводит иной этический и научный стандарт ответственности: ошибка должна быть локализуема и описываема процедурно, а не только признаваема постфактум как «клиническая сложность» (Longino, 1990).

Третье различие относится к форме стандартизации. В психиатрии XX века стандартизация была достигнута главным образом через классификацию и критерии, то есть через языковое и процедурное согласование того, что считать расстройством. МКБ-10/11 описывают диагностические рубрики и требования к их установлению, стремясь повысить сопоставимость клинических решений и статистики. Но даже самая строгая классификация остаётся зависимой от того, как врач собирает сведения и как интерпретирует ответы. Экзоспекция вводит стандарт иной природы: стандарт не только терминов, но и каналов наблюдения, форматов данных и методов обработки. Если интерспекция стандартизирует язык диагноза, то экзоспекция стремится стандартизировать путь от наблюдения к выводу. Это различие объясня-

ет, почему экзоспекция не может быть реализована только через «цифровую анкету» или «формализованный опрос»: она требует измерительных систем, протоколов их применения и методологии вычислительного анализа.

Четвёртое различие связано с временной структурой знания. Интерспекция по своей природе эпизодична: интервью, осмотр, контакт. Даже если пациент наблюдается длительно, каждый акт наблюдения остаётся локальным и зависимым от ситуации встречи. Экзоспекция принципиально ориентирована на непрерывность и временные ряды. В ней психическое состояние мыслится как динамический процесс, проявляющийся в паттернах, циклах, колебаниях и трендах. Это особенно важно для расстройств, где ключевой клинический смысл несёт именно динамика: аффективные колебания при биполярном спектре, вариативность тревожной симптоматики, изменение сна и активности, колебания психомоторики, нарастание дезорганизации речи. МКБ-11, в большей степени чем МКБ-10, обращает внимание на функциональные нарушения и контекст, но обе системы в своей диагностической форме остаются категориальными. Экзоспекция призвана дополнить категорию непрерывным профилем, что позволяет иначе трактовать «остаточные» и «подпороговые» состояния, а также ранние признаки рецидива.

Пятое различие затрагивает вопрос о субъекте знания и доверии. В интерспекции субъектом знания остаётся человек: пациент как носитель переживания и врач как интер-

претатор. Доверие строится на отношениях, эмпатии, профессиональном авторитете и на той особой форме «клинического понимания», которую невозможно полностью формализовать (Rogers, 1951). В экзоспекции субъектом знания становится гибридная система: человек плюс измерительные и вычислительные контуры. Доверие приобретает институциональный характер: оно должно быть обеспечено прозрачностью процедур, доказательностью качества моделей, нормативными рамками. Это изменение нельзя недооценивать. Там, где интерспекция опирается на этику отношений, экзоспекция опирается на этику систем: на правила доступа к данным, на защиту конфиденциальности, на недискриминацию, на объяснимость и ограничение применимости результатов. Поэтому «принципиальные различия» — это не абстрактная философия, а проектирование новой профессиональной ответственности.

Шестое различие касается места смысла в диагностике. Интерспекция делает смысл центральным: психопатологический анализ строится вокруг того, что переживание «значит» для субъекта, как оно связано с биографией, травмой, конфликтом, ценностями. Экзоспекция рискует обеднить смысл, если будет сведена к регистрации коррелятов. Этот риск является одним из главных методологических вызовов. Если экзоспекция претендует на роль в психиатрии, а не только в поведенческой аналитике, она должна сохранять связь с уровнем смысловых структур, но делать это ина-

че: через реконструкцию нарратива, через анализ речевой связности и семантической организации высказываний, через моделирование контекста. Иными словами, экзоспекция может включать смысл, но не как непосредственное «понимание», а как объект формализуемого анализа, где смысловые признаки рассматриваются наряду с физиологическими и поведенческими (Vygotsky, 1934). Это принципиально отличает экзоспекцию от грубого редукционизма: она не утверждает, что психическое есть только физиология; она утверждает, что психическое проявляет себя в наблюдаемых структурах, включая языковые.

Седьмое различие связано с юридической и экспертной измеримостью. Интерспекция, даже когда она дисциплинирована протоколами, остаётся уязвимой для оспаривания в ситуации конфликта интересов, судебной экспертизы, вторичных выгод и симулятивного поведения. В таких условиях возрастает цена ошибки, и требование к обоснованию становится жёстче. Экзоспекция потенциально предоставляет дополнительные линии доказательства: не как «машинное заключение», а как независимый слой данных о динамике состояния, согласованности показаний, поведенческих паттернах и физиологических реакциях. Однако здесь же возникают и новые опасности: данные могут быть интерпретированы без учёта контекста, модели — перенесены на популяции, для которых они не валидированы, а отчёты — превращены в псевдообъективный аргумент. Тем самым различие меж-

ду интерспекцией и экзоспекцией проявляется как различие не только инструментов, но и рисков: интерспекция рискует субъективностью, экзоспекция — технократической иллюзией.

Важнейшая мысль, которую необходимо удержать в завершение этого сопоставления, состоит в том, что экзоспекция и интерспекция не являются конкурирующими «школами». Они представляют разные режимы познания психики, каждый из которых обладает собственной истинностной силой и собственной уязвимостью. Интерспекция незаменима там, где нужно понимать переживание, мотивацию и смысл, а также строить терапевтический альянс. Экзоспекция незаменима там, где требуется непрерывность наблюдения, воспроизводимость процедур, раннее выявление изменений и снижение вариативности клинических интерпретаций. Современная психиатрия, если она претендует на усиление научного статуса без утраты гуманитарного измерения, должна не выбирать между ними, а создать архитектуру их сопряжения. Это сопряжение и составляет центральную идею последующих разделов, где будет показано, что экзоспекция является эпистемологическим сдвигом именно потому, что добавляет к интерспективной традиции новый тип доказательности, не разрушая её основания (Jaspers, 1913; Daston, Galison, 2007).

4.3. Экзоспекция как эпистемологический сдвиг

Переход от интерспективной психиатрии к экзоспективной нельзя корректно описать как простое «добавление технологий» к привычному клиническому интервью. Речь идёт о сдвиге в самом способе обоснования знания о психике, то есть об изменении эпистемологического режима. В интерспективной традиции психиатрия закрепляла свою доказательность через феноменологическое описание и клиническое понимание: врач, опираясь на разговор, наблюдение и собственный опыт, реконструировал внутреннюю логику переживания и соотносил её с диагностическими категориями (Jaspers, 1913). Экзоспекция вводит иной фундамент: психическое становится объектом внешнего наблюдения, параметризации и вычислительной реконструкции, причём ключевую роль начинает играть не единичное клиническое впечатление, а воспроизводимая процедура перехода от данных к выводу (Daston, Galison, 2007). Таким образом, меняется не только «что мы знаем», но и «почему мы считаем это знанием», а также «какими средствами мы можем проверить или оспорить клиническое утверждение».

Эпистемологический статус интерспекции исторически был двусмысленным и в то же время продуктивным. С одной

стороны, интерспективное знание гуманитарно по своему типу: оно работает со смыслами, намерениями и переживаниями, которые нельзя исчерпать измерением. С другой стороны, психиатрия как медицинская дисциплина всегда стремилась к статусу науки, требующей процедурной проверяемости и сопоставимости результатов. Это противоречие не является случайностью; оно заложено в самой природе объекта. Психика выступает одновременно предметом наблюдения и средством наблюдения: мы познаём психическое психическими же механизмами, то есть неизбежно включаем в знание субъективность наблюдателя (Jaspers, 1913). Экзоспекция возникает как попытка создать внешний контур познания, который не отменяет феноменологию, но дополняет её измерительной архитектурой, переводящей часть клинического вывода из области «понимания» в область «процедурного доказательства».

Первый слой этого сдвига связан с изменением того, что считается «данными». В интерспективной модели центральным источником данных выступает самоописание пациента и клинически интерпретируемое наблюдение за его поведением, причём эти данные заведомо «обработаны» человеческим смыслом ещё до того, как попадают в диагностическое рассуждение. Экзоспекция расширяет понятие данных за счёт регистрации цифровых следов психического: временных рядов сна и активности, вариативности вегетативных реакций, параметров речи и голоса, особенностей психомото-

рики, паттернов коммуникации и социального функционирования. Эти данные, в отличие от нарратива, обладают формальной структурой и допускают статистическое сравнение, что вводит в психиатрию новый тип эмпиризма — эмпиризм параметров и динамики, а не только эмпиризм феноменов и описаний (Hacking, 1983). При этом принципиально важно: экзоспекция не утверждает, что психическое тождественно измеряемому; она утверждает, что психическое оставляет устойчивые внешние корреляты, которые могут служить опосредованным свидетельством состояния, особенно в динамике и при повторных измерениях.

Второй слой сдвига связан с трансформацией критериев объективности. В интерспективной психиатрии объективность традиционно понималась как добросовестность клинициста, его профессиональная дисциплина, способность к эмпатическому пониманию и к удержанию теоретической рамки; именно поэтому школа, наставничество и клинический опыт считались ключевыми гарантиями качества (Rogers, 1951). Экзоспекция переводит часть критериев объективности из личностных качеств наблюдателя в свойства системы наблюдения. Здесь объективность начинает означать не столько «правильность взгляда», сколько воспроизводимость процедуры: одинаковые входные данные при одинаковых протоколах должны приводить к сопоставимым оценкам профиля состояния. Эта логика близка к тому, что в истории науки описывали как переход от «личной» к «ме-

ханической» или «процедурной» объективности, когда доверие переносится с субъекта на метод (Daston, Galison, 2007). Психиатрия в этом смысле получает шанс приблизиться к стандартам доказательности, характерным для инструментальных дисциплин, не отказываясь от гуманитарного измерения, но ограничивая произвольность интерпретаций там, где это возможно.

Третий слой эпистемологического сдвига проявляется в изменении формы диагностического вывода. Классическая психиатрическая диагностика, даже опираясь на МКБ-10/11, во многом остаётся категорией, то есть решением о принадлежности состояния к рубрике, пусть и с учётом тяжести, длительности и контекста. Экзоспекция по своей природе тяготеет к профилю и континууму: состояние описывается как многомерное пространство параметров, включающее аффективный тонус, уровень психомоторной активации, качество сна, маркеры тревожной реактивности, характеристики речи и темпоральные паттерны. Категория диагноза не исчезает — она остаётся необходимой для клинической коммуникации, юридической ответственности и организационной медицины, — но категория перестаёт быть единственным носителем знания. Возникает напряжение между классификацией и профилированием, и именно это напряжение можно считать признаком нового эпистемологического режима: психиатрия начинает одновременно мыслить категориально (в терминах МКБ) и параметриче-

ски (в терминах динамических профилей). В практическом смысле это означает, что диагноз становится не «приговором-ярлыком», а верхним уровнем описания, тогда как основная диагностическая работа переносится на уровень состояния и его изменений во времени.

Четвёртый слой сдвига связан с тем, как организуется проверка гипотез и контроль ошибок. В интерспективной традиции ошибка часто обнаруживается через клиническое разочарование: лечение не работает, прогноз не оправдывается, повторный контакт выявляет иной синдром, экспертное заключение оспаривается. Однако процедура выявления ошибки здесь нередко непрозрачна, а источники расхождения трудно локализовать, поскольку они распределены между пациентом, врачом, контекстом и языком описания (Kahneman, 2011). Экзоспекция предлагает иной подход: ошибка рассматривается как свойство модели и данных, подлежащее количественной оценке и аудиту. В этом смысле психиатрия получает инструменты, типичные для статистического и вычислительного знания: калибровку вероятностных оценок, оценку переносимости моделей между популяциями, анализ дрейфа данных, сравнение результатов при разных протоколах (Pearl, 2009). Это не устраняет ошибок — напротив, выявляет новые типы ошибок, связанные с технологической инфраструктурой, — но делает ошибку обсуждаемой на языке процедуры, а не только на языке авторитета и «клинического чутья». Такой переход концептуаль-

но созвучен критерию фальсифицируемости и идее научной критики как механизма роста знания: гипотеза должна быть устроена так, чтобы можно было указать, при каких наблюдениях она терпит поражение (Popper, 1959).

Пятый слой сдвига относится к изменению самого предмета психиатрического внимания. Интерспекция фокусируется на субъективном опыте и на смысловых структурах; экзоспекция переводит часть внимания на «психическое как поведение во времени». Это не бихевиоризм в классическом смысле, поскольку экзоспекция не утверждает, что внутреннее несущественно; она утверждает, что внутреннее имеет внешнюю динамику и системные закономерности, доступные наблюдению. Здесь возникает новое понимание клинического объекта: психическое состояние мыслится как процесс, обладающий инерцией, нелинейностями, контекстной зависимостью и фазовыми переходами. Психиатрия начинает сближаться с языком системного анализа и моделирования динамики: эпизоды, рецидивы, ремиссии, продромы и реакции на терапию перестают быть только «описательными этапами» и становятся объектами количественного сравнения. Этот сдвиг особенно важен для областей, где МКБ-10/11 фиксируют категории, но клиническая реальность задаётся континуумом и вариативностью, например в тревожных расстройствах, депрессивном спектре, биполярности и расстройствах личности. Экзоспекция не отменяет клинической типологии, но подталкивает к её переосмысле-

нию как к вероятностной карте состояний, а не к набору дискретных ячеек.

Шестой слой эпистемологического сдвига затрагивает роль языка и нарратива. В интерспекции язык является каналом доступа к переживанию: пациент рассказывает, врач понимает. В экзоспекции язык становится одновременно и каналом, и объектом измерения. Речь анализируется как структурный отпечаток мышления: связность, темп, латентность, семантическая когерентность, прагматические нарушения, особенности просодии — всё это может рассматриваться как внешние признаки, связанные с психическим состоянием. Такой подход возвращает психиатрию к идее, что психическое проявляется в форме, а не только в содержании; но теперь эта идея получает вычислительные методы, позволяющие отделить индивидуальную стилистику от изменений, связанных с состоянием. В этом пункте важно помнить, что «измерение языка» не является прямым измерением смысла. Оно может быть лишь вероятностным свидетельством изменения когнитивной организации, внимания, аффекта и контроля. Поэтому экзоспекция требует методологической осторожности: язык — не прозрачное окно в психику, а культурно и индивидуально опосредованный инструмент, и его параметризация должна быть сопряжена с клиническим контекстом (Vygotsky, 1934).

Седьмой слой сдвига состоит в трансформации профессиональной роли врача. Интерспективная психиатрия истори-

чески формировала врача как «главный измерительный прибор»: его опыт, эмпатия, способность к нюансам — это и есть основание диагностики. Экзоспекция не лишает врача роли, но меняет её структуру: врач становится интерпретатором отчётов и архитектором клинических решений в условиях многоканальных данных. Он должен уметь удерживать двойную рациональность — феноменологическую и вычислительную, — а также понимать границы применимости моделей. Это сродни тому, как в современной медицине клиницист использует лабораторные и инструментальные данные, не сводя диагноз к одному анализу. Однако в психиатрии ставка выше: данные часто косвенные, контекстно зависимые и чувствительные к социальным факторам, поэтому врач обязан сохранять критичность к «ореолу объективности» цифровых показателей. Экзоспекция, таким образом, требует нового клинического мышления: доверять данным как свидетельствам, но не подменять ими клиническое решение, остающееся этически и юридически человеческим.

Наконец, эпистемологический сдвиг, задаваемый экзоспекцией, можно описать в терминах более общей философии науки как смену парадигматического акцента. Психиатрия, будучи дисциплиной на границе гуманитарного и медицинского, долгое время удерживала «парадигму понимания» как фундаментальную. Экзоспекция вводит элементы «парадигмы моделирования», где знание строится как воспроизводимая реконструкция состояния по набору наблюдений.

Это не означает революционного разрыва, но указывает на перераспределение центров тяжести: от единичного клинического случая к популяционным закономерностям, от статического описания к динамическому профилю, от авторитетной интерпретации к процедурной проверяемости (Kuhn, 1962; Lakatos, 1970). В этом смысле экзоспекция является не просто технологией, а формой научной рациональности, которая перестраивает саму карту того, что в психиатрии считается доказательством, как формируется согласие и какие типы вопросов становятся «правильно поставленными».

Однако важно подчеркнуть: эпистемологический сдвиг не равен обещанию полной объективности. Экзоспекция создаёт новый класс неопределённостей и новых угроз. Если интерспекция страдала от вариативности интерпретаций и от когнитивных искажений, то экзоспекция может страдать от систематических смещений данных, от непрозрачности алгоритмов, от ошибочного переноса моделей между культурами и клиническими контекстами, а также от соблазна «объективизировать» социальные нормы под видом психиатрических показателей. Поэтому экзоспекция должна мыслиться не как замена интерспекции, а как её научное расширение, требующее новых стандартов валидации и новой этики ответственности. В этом заключается парадоксальная, но фундаментальная черта сдвига: психиатрия получает шанс стать более воспроизводимой и измеримой, но одновременно обязана стать более рефлексивной, более методологиче-

ски строгой и более осторожной в претензиях на истину. Именно такая двойная дисциплина — дисциплина измерения и дисциплина смысла — и составляет ядро экзоспективного проекта, к которому мы подойдём в следующей подглаве, где будут уточнены границы применимости экзоспекции как режима познания психики.

4.4. Границы применимости экзоспекции

Понятие экзоспекции, введённое в предыдущих подглавах как особый режим внешнего наблюдения психики, неизбежно требует уточнения своих границ. В научной методологии границы применимости — это не второстепенный раздел и не «перечень ограничений», а центральный критерий зрелости концепции: дисциплина становится научной ровно в той мере, в какой она может определить условия валидности собственных утверждений и описать ситуации, в которых её инструменты либо дают систематически искажённый результат, либо принципиально неадекватны объекту (Popper, 1959). Экзоспекция тем более нуждается в такой демаркации, что она позиционируется как ответ на кризис субъективности психиатрии, а значит несёт риск ложного ощущения окончательной объективности, который может быть опаснее самой субъективности.

Границы применимости экзоспекции задаются, прежде

всего, природой самого объекта — психики как феномена, имеющего одновременно внутреннюю (переживательную) и внешнюю (поведенческую, физиологическую, речевую) стороны. Экзоспекция оперирует внешними коррелятами: она наблюдает не «тревогу как переживание», а её вероятностный профиль по совокупности сигналов — динамике сна, вегетативным маркерам, паттернам речи и поведения, изменению социальной активности и контекстным факторам. Однако коррелят по определению не тождественен сущности. Между переживанием и внешним проявлением всегда существует «эпистемический зазор», который нельзя полностью устранить даже при бесконечно точных сенсорах, поскольку часть психической жизни принципиально приватна и не обязана иметь устойчивый поведенческий эквивалент (Nagel, 1974). Это означает, что экзоспекция по своей структуре не может претендовать на прямое измерение субъективного опыта; она может лишь строить реконструкции, пригодные для клинических задач при соблюдении условий валидности и при осознании зоны неопределённости.

Первое фундаментальное ограничение экзоспекции связано с проблемой смысла и контекста. Психическое проявляется во внешнем всегда «встроенным» в ситуацию: одна и та же физиологическая активация может быть проявлением тревоги, нормальной физической нагрузки, соматического заболевания или эффекта стимуляторов; одно и то же снижение активности может означать депрессивную ангедонию,

социальное выгорание, реакцию на утрату, банальную перегрузку работой или культурно обусловленную норму. Экзоспекция, работающая с параметрами, особенно уязвима к контекстным ложноположительным выводам, если контекст не включён в модель как полноценная переменная. Здесь возникает принципиальная граница: без клинической интерпретации и без анкерования в истории жизни экзоспективные данные могут превращаться в набор «безымянных чисел», подменяющих смысл внешней формой. Поэтому экзоспекция применима лишь там, где существует возможность контекстного контроля: либо через сопутствующее клиническое интервью, либо через структурированный сбор данных о среде и событиях, либо через длительную динамику, позволяющую различить устойчивые паттерны от краткосрочных реакций.

Второе ограничение — культурная и языковая зависимость внешних проявлений. Психиатрия изначально сталкивается с проблемой универсалий и вариативности: диагностические категории МКБ-10/11 стремятся к глобальной применимости, но их клиническая реализация неизбежно преломляется через язык, нормы выражения эмоций, социальные сценарии и допустимые формы поведения. Экзоспекция усиливает этот риск, поскольку многие её ключевые источники — речь, мимика, коммуникация, цифровые следы — глубоко культурно обусловлены. Модель, обученная на одной популяции, может систематически ошибаться в дру-

гой не потому, что «психика другая», а потому, что проявления и коды выражения иные. Это вводит границу переносимости: экзоспективные системы требуют локальной валидации и адаптации, иначе они будут воспроизводить не психопатологию, а культурные различия, ошибочно интерпретированные как симптомы. В терминах современной эпистемологии это проблема «объективности без универсальности»: процедура может быть формально воспроизводимой, но не истинной в другом контексте (Daston, Galison, 2007).

Третье ограничение связано с тем, что экзоспекция уязвима к проблеме качества данных, а психиатрические данные особенно «шумные» и неполные. В соматической медицине измерительный шум часто компенсируется относительно устойчивой физиологией и стандартизированными протоколами. В экзоспекции данные собираются в естественной среде: носимые устройства снимают показатели с переменным качеством, записи речи зависят от условий, поведение в цифровой среде изменчиво и часто фрагментарно. Возникает феномен, хорошо известный в статистике и машинном обучении: если входные данные нестабильны или систематически смещены, то даже формально точная модель будет стабильно ошибаться (Pearl, 2009). Поэтому применимость экзоспекции ограничена ситуациями, где обеспечена минимальная инфраструктура качества: достаточная длительность наблюдения, стабильность протоколов, контроль артефактов, корректная привязка данных ко времени и со-

бытиям, а также прозрачность процедур обработки. Без этого экзоспекция превращается в метод производства «точных» чисел из случайного шума, что может создавать иллюзию научности при фактической ненадёжности.

Четвёртое ограничение — проблема причинности. Экзоспекция по своей природе сначала даёт коррелятивное знание: она выявляет связи между паттернами данных и клиническими состояниями. Однако клиническое решение часто требует причинного понимания: что является механизмом симптомов, что — следствием, что — сопутствующим феноменом, а что — вмешиваемой точкой терапии. Корреляции полезны для скрининга, мониторинга и прогнозирования, но они не гарантируют корректного объяснения и не всегда пригодны для выбора вмешательства. В философии науки и статистике это различие давно считается базовым: предсказание не тождественно объяснению (Hempel, 1965). В психиатрии оно особенно критично, потому что вмешательства — психофармакологические и психотерапевтические — влияют на разные уровни системы: нейрохимию, поведение, смыслы, отношения, образ жизни. Если экзоспективная система предлагает вывод без причинного осмысления, она может быть полезна как индикатор состояния, но не как автономный «советник по лечению». Следовательно, граница применимости проходит там, где требуется причинная интерпретация: экзоспекция должна быть встроена в клиническую модель, а не подменять её.

Пятое ограничение касается феноменов, которые принципиально плохо поддаются внешней параметризации или склонны к маскированию. Психическая жизнь включает состояния, где внешние проявления минимальны, противоречивы или сознательно контролируются. В депрессии часть пациентов демонстрирует выраженное страдание при относительно сохранном поведении в обществе; при тревожных расстройствах возможны стратегии избегания и компенсации; при обсессивно-компульсивном расстройстве значительная часть симптоматики может оставаться «внутренней», не переходя в наблюдаемые ритуалы. В судебной и экспертной практике добавляется симуляция и диссимуляция: субъект может намеренно искажать проявления, а также управлять цифровыми следами. Экзоспекция, основанная на наблюдении внешнего, в таких случаях сталкивается с неустранимой границей: она может фиксировать признаки напряжения и несоответствия, но не может гарантировать достоверную реконструкцию внутренних мотивов и намерений без дополнительных источников. Следовательно, экзоспекция применима не как универсальный детектор «истины психики», а как один из модулей доказательства, требующий перекрёстной проверки.

Шестое ограничение — влияние наблюдения на наблюдаемое. В социальных и психологических науках давно известно, что сам факт измерения может менять поведение: люди иначе спят, иначе говорят и иначе действуют, когда

знают, что их оценивают. В цифровой эпохе это принимает новую форму: мониторинг психического состояния может вызывать либо тревожную гиперфокусировку на симптомах, либо, наоборот, демонстративное «нормативное» поведение. Экзоспекция, особенно в формате непрерывного трекинга, тем самым создаёт контур обратной связи, который может усиливать или модифицировать проявления. Это делает результаты зависимыми от психологического отношения человека к системе и от его доверия к ней. Следовательно, применимость экзоспекции ограничена условиями, где минимизирован эффект наблюдателя, либо где этот эффект включён в интерпретацию как часть клинического процесса. Иначе говоря, экзоспекция должна учитывать, что она не только измеряет психическое, но и входит в него как фактор среды.

Седьмое ограничение — нормативная природа психиатрических категорий. В отличие от многих соматических диагнозов, психиатрические рубрики описывают не только «нарушение функции», но и нарушение адаптации, страдание, социальную дезадаптацию, риск, контекстные критерии. МКБ-10/11 фиксируют клинические критерии, но всегда подразумевают оценку значимости симптомов: насколько они приводят к нарушениям функционирования, насколько страдание превышает культурную норму, насколько состояние устойчиво и не объясняется другими причинами. Экзоспекция, опираясь на измеримые показатели, может

незаметно подменить нормативную оценку статистической: «отклонение от среднего» будет ошибочно восприниматься как «расстройство». Здесь проходит критическая граница: отклонение не равно патологии. Психиатрия не может быть сведена к статистике без утраты гуманитарной и клинической сущности. Следовательно, экзоспекция применима лишь при сохранении нормативно-клинического уровня решения, где врач оценивает страдание, смысл, функции и риски, а не только распределения параметров.

Восьмое ограничение касается этики и права как условий возможности самого наблюдения. Экзоспекция требует данных высокой чувствительности, а в психиатрии это не просто медицинская информация, но и материал, затрагивающий интимность личности, социальные отношения, профессию и юридические риски. Невозможно говорить о границах применимости, не признавая, что часть потенциально полезных каналов данных не должна использоваться без строгого согласия, без минимизации, без защищённой инфраструктуры и без ясного разграничения целей. В противном случае экзоспекция превращается в технологию контроля, а не помощи, что разрушает доверие к психиатрии и делает научный проект морально неприемлемым. В этом смысле этика не «надстройка», а внутренний методологический предел: нарушение этических условий делает любые результаты невалидными в клиническом смысле, поскольку они получены ценой разрушения терапевтического контракта и

автономии субъекта (Beauchamp, Childress, 2019). Следовательно, применимость экзоспекции ограничена рамками, где соблюдаются принципы конфиденциальности, информированного согласия и пропорциональности сбора данных поставленной клинической задаче.

Девятое ограничение — организационно-профессиональное. Экзоспекция предполагает, что клиницист способен читать и критически оценивать экзоспективные отчёты, понимать их вероятностную природу, различать сигнал и артефакт, видеть риск систематических смещений и уметь интегрировать данные с клинической картиной. Если экзоспекция внедряется в систему здравоохранения без подготовки специалистов и без стандартов интерпретации, она неизбежно усиливает хаос: один врач будет «верить алгоритму», другой — полностью его игнорировать, а третий — использовать выборочно, подтверждая собственные убеждения. Тогда экзоспекция не устраняет субъективность, а лишь меняет её форму. Следовательно, граница применимости проходит и по линии институциональной зрелости: экзоспекция требует стандартов, протоколов и культуры критического использования, аналогичных тем, что существуют для лабораторной диагностики и инструментальных методов в соматической медицине.

Эти ограничения не обесценивают концепцию экзоспекции; напротив, они очерчивают её научное ядро. Экзоспекция применима там, где психическое состояние действитель-

но оставляет устойчивые внешние динамические следы; где можно собирать данные достаточного качества; где контекст включён в интерпретацию; где результаты рассматриваются как вероятностные и подлежащие клинической проверке; где соблюдены этические и правовые условия; где врач сохраняет роль ответственного интерпретатора и носителя решения. Экзоспекция менее применима там, где требуется реконструкция намерений и смыслов без внешних маркеров; где данные легко манипулируемы; где культурная переносимость не проверена; где «отклонение от нормы» ошибочно отождествляется с диагнозом; где мониторинг становится формой контроля.

В практической перспективе это означает, что оптимальная зона экзоспекции — не «замена диагностики», а усиление тех клинических функций, которые традиционно наиболее уязвимы в интерспективной психиатрии: мониторинг динамики, раннее выявление неблагоприятных изменений, повышение воспроизводимости описаний, поддержка клинического решения при многоканальных данных, структурирование экспертных выводов и снижение вариативности оценок при стандартизированных протоколах. Именно в этом ограниченном, но стратегически важном поле экзоспекция может стать тем, чем она заявлена быть: внешним наблюдателем психического состояния, который не отменяет человека, а создаёт второй контур контроля — контур воспроизводимой процедуры и измерительного знания.

Дальнейшее развитие аргументации требует перейти от границ применимости к вопросу о субъекте экзоспекции: почему человек не может быть полностью внешним наблюдателем собственных и чужих состояний, и какие свойства должен иметь экзоспективный агент, чтобы его наблюдение было не просто технологическим, но эпистемологически состоятельным. Именно этому посвящена следующая глава.

Глава 5. Экзоспективный субъект: почему человек не может быть внешним наблюдателем

5.1. Психика как одновременно объект и инструмент познания

Переход от обсуждения границ применимости экзоспекции к вопросу об экзоспективном субъекте требует смены угла зрения: если ранее речь шла о том, что можно и чего нельзя наблюдать извне, то теперь необходимо понять, почему человек — даже при высокой профессиональной подготовке — принципиально ограничен в роли внешнего наблюдателя психики. Центральная причина состоит в особом онтологическом статусе психики: в человеческом познании психика выступает одновременно тем, что познаётся, и тем, чем познаётся. Иными словами, она является и объектом, и инструментом исследования, а это создаёт уникальную ситуацию эпистемологической замкнутости, не имеющую прямых аналогов в большинстве «жёстких» естественных наук (Kant, 1781; Husserl, 1913).

Любой акт клинического понимания, даже когда он на-

правлен на другого человека, реализуется через внутренние механизмы субъекта-наблюдателя: через внимание, память, категоризацию, эмоциональный отклик, интуитивные модели причинности и социального смысла. Врач, психолог или эксперт воспринимает речь пациента, его мимику, поведение, историю жизни — но эти данные никогда не поступают «в чистом виде». Они проходят через систему фильтров, которые задаются культурой, языком, профессиональной школой, личной биографией, текущим эмоциональным состоянием и — что особенно важно — неявными когнитивными эвристиками. Именно поэтому психиатрическая интерпретация в реальной практике редко является механическим применением диагностических критериев МКБ-10/11; она является актом реконструкции, где данные и теории переплетены, а граница между «наблюдением» и «объяснением» постоянно смещается (Jaspers, 1913).

Эта двойственность психики как объекта и инструмента особенно ясна, если сравнить психиатрию с дисциплинами, где измерение отделимо от измеряемого. Когда физик измеряет температуру, термометр может быть сколь угодно сложным, но он остаётся внешним по отношению к явлению: он не переживает температуру, не страдает от неё и не строит моральных интерпретаций. Когда врач измеряет уровень глюкозы, прибор фиксирует концентрацию вещества, а интерпретация осуществляется на следующем уровне — клиническом, где уже действуют нормативные решения, но сам

факт измерения в значительной мере независим от эмоциональной структуры измеряющего субъекта. В психиатрии же «измерительный прибор» — это во многом сама психика врача: его способность понимать смысл, распознавать аффект, удерживать контекст, строить гипотезы о мотивах и защитах, различать истинное и демонстративное. В этом смысле психиатрическая диагностика неизбежно содержит элемент герменевтики, то есть интерпретации смысла, а герменевтика по определению делает наблюдателя участником процесса (Dilthey, 1883; Gadamer, 1960).

Однако речь не идёт о банальном утверждении, что «все субъективно». Проблема глубже: если инструмент познания находится внутри системы, которую он пытается познать, то он не может занять позицию полной внешности. Классическая философия описывала этот парадокс как невозможность «выйти за пределы» условий собственного опыта, поскольку сами условия опыта формируют то, что считается фактом (Kant, 1781). Феноменология уточнила: сознание всегда направлено на нечто, но оно не может быть рассмотрено как объект так же, как рассматриваются вещи в мире, потому что оно является условием явленности этого мира (Husserl, 1913). В клинической психиатрии этот философский тезис получает практическое выражение: врач не может наблюдать психику «нейтрально», потому что сама нейтральность — это психическое состояние, которое требует усилий, тренировки и постоянно нарушается контрпере-

носом, усталостью, тревогой ответственности, моральными оценками и социальной позицией.

Двойственная роль психики проявляется и в интерспекции пациента. Традиционная психиатрия, особенно в её гуманистических и психотерапевтических линиях, опирается на предпосылку, что субъект способен сообщать о своём внутреннем состоянии, а врач способен эмпатически и профессионально это состояние реконструировать. Но пациент также использует психику как инструмент самоописания: он должен заметить переживание, назвать его, отделить от ситуации, связать с временем, выстроить нарратив. Это не автоматическая функция; она зависит от уровня рефлексии, культуры эмоционального словаря, защитных механизмов и самой психопатологии. При депрессии снижается способность видеть будущие перспективы и формулировать желания; при тревоге внимание фиксируется на угрозах; при психозе нарушается реальность-тестинг; при расстройствах личности описания могут быть насыщены оценкой и аффективной поляризацией. Иначе говоря, психика пациента одновременно является источником данных и механизмом их кодирования, а при психических расстройствах именно этот механизм повреждён. Поэтому интерспекция как метод имеет встроенную уязвимость: она требует исправности того, что часто и является объектом диагностики (Jaspers, 1913; Beck, 1976).

Из этого следует важный эпистемологический вывод: пси-

хиатрия, основанная на интерспекции, неизбежно сталкивается с «двойным искажением». Первое искажение возникает на стороне пациента, где внутренний опыт преобразуется в рассказ и поведение, причём преобразуется через психопатологические механизмы. Второе искажение возникает на стороне врача, где рассказ и поведение преобразуются в клиническую концептуализацию, причём преобразуются через личность врача, его теоретическую школу и когнитивные фильтры. В результате клинический диагноз, даже формально соответствующий рубрикам МКБ-10/11, оказывается продуктом двух взаимно влияющих психических систем. Это не делает диагноз произвольным, но делает его вероятностным и контекстно зависимым, что и проявляется в известной вариативности интерпретаций, обсуждавшейся в предыдущей главе.

Психика как инструмент познания обладает ещё одной особенностью: она не только фильтрует данные, но и непрерывно производит «гипотезы о другом». Человеческое социальное восприятие устроено так, что мы склонны немедленно приписывать смысл и намерения, достраивать недостающие элементы и формировать целостный образ личности по фрагментарным признакам. В когнитивной психологии это описывается через схемы, эвристики, эффекты первичности и подтверждения, а также через фундаментальную ошибку атрибуции (Tversky, Kahneman, 1974; Ross, 1977). В клинике это приобретает особую значимость: врач может непро-

извольно «увидеть» в пациенте знакомый тип, заранее предположить расстройство, интерпретировать неопределённые признаки в пользу предпочтительной гипотезы. Строго говоря, это и есть проявление того, что инструмент познания не нейтрален: он активен, конструктивен и предсказателен, а значит не может быть чистым зеркалом объекта.

Эта конструктивность человеческой психики является одновременно силой и слабостью. Она обеспечивает клиническую интуицию, способность схватывать сложные паттерны и строить вероятностные модели на основе ограниченной информации. Но именно она создаёт систематические ошибки, особенно в условиях неопределённости и высокой ответственности, где тревога врача может повышать потребность в быстром закрытии неопределённости и снижать терпимость к диагностическим альтернативам. В экспертной практике, особенно судебной, эта тенденция усиливается: социальный запрос на определённость, давление системы и цена ошибки увеличивают риск того, что психика эксперта будет искать окончательный ответ там, где допустим лишь вероятностный вывод. Следовательно, сама человеческая психика как инструмент познания стремится к смысловой завершённости, тогда как научная добросовестность требует удержания неопределённости и границ метода.

Особое место в этой логике занимает проблема рефлексивности. Человек способен наблюдать собственные мысли и эмоции, но эта способность ограничена: мы не видим боль-

шую часть собственных мотивов, не осознаём многих автоматизмов внимания и часто рационализируем причины поведения задним числом. Психоаналитическая традиция описала эту область как бессознательное и защитные механизмы, подчёркивая, что значимая часть психической жизни недоступна прямому самоотчёту (Freud, 1915; Anna Freud, 1936). Современные когнитивные исследования также показывают, что люди часто неверно оценивают причины собственных решений, подменяя объяснение социально приемлемым нарративом (Nisbett, Wilson, 1977). Для психиатрии это означает, что даже при максимальной честности пациент может давать систематически неполные или искажённые данные, а врач, опирающийся на эмпатию и опыт, может не распознавать эти искажения, если они совпадают с его собственными схемами понимания.

Наконец, психика как инструмент познания всегда нормативна: она не просто фиксирует факт, но оценивает его с точки зрения ценностей, морали и социального порядка. Психиатрия как область медицины и одновременно как социальный институт особенно чувствительна к этому, потому что понятия «норма», «расстройство», «опасность», «ответственность», «способность к контролю» имеют не только клиническое, но и культурно-правовое измерение. Внутри психики врача эти измерения не разделены; они переплетены и могут вступать в конфликт. Отсюда возникают моральные искажения, которые будут обсуждаться в подглаве 5.3,

но уже здесь важно отметить принцип: инструмент познания не только когнитивен, но и ценностно нагружен, а значит не может стать полностью внешним наблюдателем психики другого человека.

Таким образом, невозможность человека быть экзоспективным субъектом в строгом смысле вытекает не из недостатка профессионализма и не из «плохой подготовки», а из фундаментальной структуры человеческого познания. Психика, которая исследует психику, неизбежно находится в режиме самоприменения: она использует собственные механизмы интерпретации для оценки механизмов интерпретации другого. Это создаёт замкнутый контур, где наблюдатель не может быть полностью отделён от наблюдаемого, поскольку он использует тот же тип инструмента, что и объект исследования. Из этого следует методологическая необходимость: для повышения объективности психиатрии требуется внешний по отношению к человеческой психике наблюдатель — не в антропологическом смысле, а в эпистемическом, то есть наблюдатель, чья процедура анализа не включает аффективной идентификации, моральной реакции и бессознательных защит в качестве обязательных компонентов вывода. Именно эту роль и претендует занять экзоспекция в её технологической форме.

Однако признание ограничений человека как экзоспективного субъекта не означает отказ от человеческой клинической роли. Напротив, это задаёт новое распределение

функций: человек остаётся носителем смысла, ответственности и этической оценки, тогда как внешняя система должна обеспечивать воспроизводимую фиксацию и анализ данных, снижая влияние тех искажений, которые обусловлены тем, что психика является одновременно объектом и инструментом познания. Переход от общего тезиса к конкретным ограничениям человеческого наблюдения требует анализа тех уровней, на которых психика врача и пациента производит систематические ошибки восприятия, памяти и интерпретации. Этому посвящена следующая подглава.

5.2. Ограничения человеческого наблюдения

Если в предыдущей подглаве обсуждалась принципиальная эпистемологическая замкнутость человеческого познания, то здесь необходимо перейти к более конкретному уровню и показать, каким образом эта замкнутость реализуется в практике наблюдения и клинической интерпретации. Ограничения человеческого наблюдения в психиатрии имеют не один, а несколько уровней: сенсорный, когнитивный, коммуникативный, временной и институциональный. Каждый из этих уровней сам по себе достаточно значим, однако их совокупное действие создаёт устойчивую систематическую погрешность, которая не устраняется ни опытом,

ни добросовестностью, ни формальным следованием диагностическим критериям. Именно поэтому в рамках концепции экзоспекции вопрос об ограничениях наблюдения не является критикой врача, а выступает как методологическое основание для разработки внешних измерительных контуров.

Прежде всего человеческое наблюдение избирательно уже на уровне внимания. Клиническая встреча — это ситуация конкурирующих стимулов: слова пациента, его мимика, поза, паузы, тон голоса, содержание жалоб, биографический контекст, динамика контакта, параллельно — внутренний монолог врача, формирование гипотез, контроль времени, иногда — необходимость документирования. Ограниченность внимания — базовое свойство когнитивной системы: человек не способен удерживать в фокусе одновременно большое число переменных, особенно если они относятся к разным модальностям (James, 1890). Практически это означает, что психиатр неизбежно выбирает, что считать «главным»: один врач делает акцент на аффекте, другой — на структуре мышления, третий — на поведенческих индикаторах, четвертый — на нарративе и социальном функционировании. Поскольку выбор «главного» частично определяется школой и личным опытом, наблюдение становится селективным и тем самым вариативным. Формально критерии МКБ-10/11 задают перечни признаков и временные рамки, однако они не диктуют, какие феноменологические детали

считать диагностически ведущими в конкретном случае; эта работа остаётся за наблюдателем, а значит остаётся зависимой от структуры его внимания.

Связанный с вниманием механизм — ограниченность рабочей памяти. Наблюдение в психиатрии — это не только фиксация текущего поведения, но и удержание последовательности сказанного, сопоставление противоречий, оценка динамики симптомов в течение беседы. Рабочая память ограничена по объёму и чувствительна к когнитивной нагрузке; это делает клиническое мышление уязвимым к «провалам» в удержании деталей, особенно в длинных интервью или в ситуациях эмоциональной напряжённости (Baddeley, 1992). Отсюда возникает типичный клинический феномен: диагноз формируется на основе наиболее ярких и доступных элементов истории, тогда как менее выразительные, но важные признаки могут выпадать. Это не моральная ошибка, а закономерность когнитивной архитектуры человека.

К ограниченности внимания и памяти присоединяется проблема восприятия и интерпретации невербальных сигналов. Существует распространённая иллюзия, будто опытный клиницист «видит» психическое состояние по мимике и поведению столь же надёжно, как терапевт слышит хрипы. В реальности невербальные признаки многозначны, культурно опосредованы и сильно зависят от контекста. Замедленность движений может быть депрессивной психомоторной заторможенностью, но может быть следствием сомати-

ческого заболевания, нейролептической побочности, дефицита сна, интоксикации или выраженной социальной тревоги. Повышенная жестикуляция может быть проявлением гипомании, но может отражать темперамент, культурный стиль общения или напряжение в контакте. Человек-наблюдатель вынужден интерпретировать невербальные данные через гипотезы, а значит воспринимать их не как «показания прибора», а как материал для смыслового вывода. Это неизбежно усиливает вариативность и повышает риск систематических ошибок, прежде всего при наличии ранней диагностической гипотезы, которая затем начинает направлять восприятие по принципу подтверждения (Tversky, Kahneman, 1974).

Эффект подтверждения, то есть склонность искать и интерпретировать информацию в пользу уже сформированной гипотезы, является одним из наиболее устойчивых когнитивных искажений и в клинической сфере приобретает особую силу, потому что психиатрическое интервью по природе своей гибко и допускает различные направления уточняющих вопросов (Nickerson, 1998). Если врач в первые минуты формирует впечатление «депрессия», то последующие вопросы могут быть преимущественно направлены на аффективные симптомы и менее — на признаки биполярного спектра, психотической симптоматики, расстройств личности или органического процесса. Если впечатление «симуляция», то наблюдение может быть ориентировано на противоречия и демонстративность и менее — на истинные призна-

ки расстройства, которые могут присутствовать одновременно. В контексте МКБ-10/11 это приводит к тому, что критерии используются не как нейтральная проверка гипотез, а как подтверждающий набор, в котором «находят» именно то, что искали. Так формируется иллюзия объективности при сохранении субъективного ядра процесса.

Другой фундаментальный предел человеческого наблюдения связан с тем, что значительная часть психопатологии проявляется не в точке «здесь и сейчас», а в динамике и распределении поведения во времени. Клиническая беседа — это короткий фрагмент жизни, иногда 30–60 минут. За этот фрагмент можно оценить контакт, речевую продукцию, текущий аффект, отдельные идеи и установки, но трудно надёжно оценить цикличность, суточные колебания, эпизодичность, триггеры, особенности сна, активность, социальное функционирование и реактивность симптомов. Между тем именно динамика во времени является ключом к различению многих синдромов: депрессия в структуре рекуррентного расстройства и депрессия как фаза биполярного расстройства могут быть феноменологически похожи, но отличаются по траектории, анамнезу, семейной отягощённости и паттернам реактивности (Goodwin, Jamison, 2007). Схожим образом тревожные симптомы при генерализованном тревожном расстройстве, паническом расстройстве и посттравматическом стрессовом расстройстве требуют не только феноменологического описания, но и временной структуры, ко-

торую трудно восстановить исключительно из разового интервью . Следовательно, человеческое наблюдение ограничено не только по точности, но и по охвату: оно видит «срез», тогда как многие психические расстройства являются «процессом».

С этим тесно связана проблема реконструкции прошлого. Диагностические решения в психиатрии часто требуют восстановления состояния «тогда», особенно в экспертной практике, но и в клинике — при оценке дебюта, длительности и последовательности симптомов. Человеческая память реконструктивна: воспоминания не извлекаются как запись, а собираются заново, под влиянием текущего состояния, контекста и ожиданий (Bartlett, 1932). Пациент в депрессии может ретроспективно окрашивать прошлое в негативные тона, пациент в гипомании — недооценивать проблемность поведения, пациент с посттравматическим стрессовым расстройством — испытывать фрагментацию и навязчивые вспышки памяти. Врач, со своей стороны, также реконструирует историю, выделяя «сюжет» болезни, и эта сюжетность склонна к упрощению, потому что человеческое мышление предпочитает причинно-следственные линии и завершённые объяснения. В итоге наблюдение прошлого оказывается двойной реконструкцией: реконструкцией пациента и реконструкцией врача, и обе подвержены систематическим смещениям.

Существенный предел человеческого наблюдения задаёт

язык. Психиатрия — область, где данные во многом вербальны: симптом описывается словами, а оценка основана на смысловых категориях. Однако язык является не просто средством передачи переживаний, он формирует сами переживания и способы их категоризации. Один и тот же внутренний опыт может быть назван по-разному и тем самым представлен в иной диагностической перспективе. Слова «тревога», «напряжение», «страх», «паника», «внутренний тремор», «сдавление в груди» — могут описывать разные феномены или один феномен в разных культурных и личностных кодах. Кроме того, многие пациенты описывают соматические эквиваленты психических состояний, особенно в культурах, где прямое обсуждение эмоций менее принято. Поэтому человеческое наблюдение, основанное на языке, зависит от совпадения словаря пациента и врача, от переводимости переживания в речевой формат, от уровня алекситимии, от навыков нарративной организации. Это означает, что наблюдение ограничено не «снаружи», а изнутри: сам канал передачи информации может искажать объект.

Ограничения наблюдения усиливаются в ситуациях, когда психопатология непосредственно затрагивает коммуникативную способность. При психотических расстройствах нарушается связность мышления и коммуникации, при кататонических состояниях — моторная экспрессия, при тяжёлой депрессии — энергетика речи и инициативность, при деменции — когнитивная организация. В этих случаях врач

вынужден использовать косвенные признаки и сведения третьих лиц, а значит наблюдение становится опосредованным и уязвимым. Даже при формальном следовании МКБ-10/11 диагностический процесс становится процедурой восстановления «картины» по неполным данным, что неизбежно увеличивает вероятность расхождений между наблюдателями.

Ещё один предел человеческого наблюдения — систематические эффекты контекста и роли. Пациент в кабинете врача ведёт себя иначе, чем дома, на работе или в конфликтной ситуации. Контекст медицинского осмотра сам по себе индуцирует тревогу, стремление выглядеть «правильно», скрывать стигматизирующие переживания или, напротив, драматизировать страдание для получения помощи. В экспертных ситуациях добавляются мотивы симуляции и диссимуляции, а также стратегическое самоописание. Наблюдение врача фиксирует не «естественное» поведение, а поведение в специфической социальной сцене. Социальная психология давно описывает, что поведение человека значительно меняется в зависимости от наблюдаемости, статуса наблюдателя и ожиданий ситуации (Goffman, 1959). Поэтому клиническое наблюдение всегда является наблюдением за поведением-в-контексте, а не за психикой «в чистом виде». Это делает крайне важной задачу расширения наблюдения за пределы кабинета — к данным повседневной динамики, что непосредственно подводит к экзоспективным каналам.

Наконец, человеческое наблюдение ограничено институ-

ционально: временем приёма, нагрузкой, требованиями документации, нормативами, условиями стационара или амбулатории. Эти факторы редко обсуждаются в философских моделях, но они существенно определяют реальную точность диагностики. При высокой нагрузке повышается вероятность «эвристической диагностики», когда врач выбирает наиболее вероятный сценарий, минимизируя проверку альтернатив. При дефиците времени ухудшается качество сбора анамнеза, особенно в отношении эпизодов гипомании, травматических событий или субстанциального употребления. Это приводит к тому, что объективность оказывается не только проблемой метода, но и проблемой организации системы помощи.

В совокупности перечисленные ограничения показывают, что человеческое наблюдение в психиатрии не может быть полностью стандартизировано только через критерии классификаций. МКБ-10/11 задают язык описания и диагностические рамки, но не устраняют селективность внимания, реконструктивность памяти, зависимость от контекста, языковые искажения и временную ограниченность клинической сцены. Поэтому задача экзоспекции заключается не в том, чтобы «заменить» наблюдателя, а в том, чтобы создать внешние измерительные контуры, которые компенсируют именно те пределы, которые являются структурными для человеческого наблюдения: расширяют временной охват, формализуют фиксацию данных, уменьшают влияние ранних гипотез и

обеспечивают воспроизводимость измерения.

Логическим продолжением этой подглавы является анализ того, как человеческие эмоции, идентификация и моральные оценки не просто сопутствуют наблюдению, но активно изменяют его параметры, направляя внимание и интерпретацию. Именно там наиболее отчётливо проявляется отличие человека-наблюдателя от потенциального экзоспективного агента, не включённого в аффективные и моральные контуры взаимодействия.

5.3. Эмоции, идентификация и моральные искажения

Ограничения человеческого наблюдения, рассмотренные в предыдущей подглаве, можно представить как «технические» свойства когнитивной системы: селективность внимания, ограниченность памяти, зависимость от контекста, трудность охвата динамики во времени. Однако в психиатрии существует пласт ограничений иного рода, который нельзя свести к когнитивной экономии. Речь идёт о том, что наблюдатель в клинической и экспертной ситуации является не только регистрирующим субъектом, но и эмоционально включённым участником взаимодействия. Врач и пациент оказываются связаны системой взаимных ожиданий, идентификаций, аффективных реакций, социально-норма-

тивных оценок и имплицитных моральных суждений. Эти процессы не являются «ошибкой» психиатрии; напротив, они составляют человеческую ткань клинического контакта и во многом обеспечивают терапевтический альянс. Но с эпистемологической точки зрения именно они создают наиболее устойчивые и трудно устранимые искажения наблюдения, поскольку действуют не на уровне данных, а на уровне рамки их интерпретации. В контексте экзоспекции это означает, что задача внешнего наблюдателя заключается не в отрицании эмпатии, а в создании такого режима познания, где эмпатия и моральная включённость не определяют траекторию вывода и не становятся источником скрытой нерепродуцируемости.

Эмоциональная включённость наблюдателя начинается задолго до формулировки диагноза. Уже первые минуты общения активируют бессознательные механизмы оценки «свой—чужой», доверие—недоверие, симпатия—антипатия, безопасность—угроза. Эти оценки опираются на минимальные сигналы: мимику, тон, манеру говорить, социальный стиль, совпадение культурных кодов. В социальной психологии давно показано, что первичное впечатление формируется быстро и затем склонно к стабилизации, влияя на последующую интерпретацию поведения (Asch, 1946). В клинической реальности это проявляется так: «приятный» пациент воспринимается как более достоверный и заслуживающий доверия, «сложный» — как потенциально манипуля-

тивный или неблагодарный, а «холодный» — как менее страдающий. И хотя опытный специалист способен осознавать эти тенденции, полностью устранить их невозможно, потому что они встроены в механизмы социального восприятия. Более того, сама психиатрическая практика требует от врача реагировать эмоционально: без минимальной аффективной резонансности невозможно ни эмпатическое понимание, ни поддержание терапевтического контакта. Но именно эта неизбежность делает эмоции фактором эпистемологического риска: эмоциональный сигнал становится не просто фоном, а компонентом данных, причём неявным и трудно калибруемым.

Классическая психодинамическая традиция описала особый класс искажений через понятие контрпереноса. Контрперенос — это не только реакция на пациента как на личность, но и реакция на его внутренние конфликты, паттерны отношений, способы вовлечения другого в собственный психический сценарий (Freud, 1912; Heimann, 1950). В современной клинической мысли контрперенос рассматривается двояко: как потенциальный источник знания о пациенте и одновременно как источник искажения, если реакция врача становится некритичной и начинает направлять интерпретацию (Kernberg, 2004). Эпистемологически важно, что контрперенос не является случайной помехой; он представляет собой систематический канал «информации», который отличается высокой вариативностью между наблюдателями.

Один и тот же пациент может вызвать у разных специалистов разные реакции: от сочувствия и защитного отношения до раздражения и дистанцирования. Следовательно, если контрперенос включается в диагностическое рассуждение, оно становится заведомо зависимым от личности наблюдателя. Именно здесь проходит одна из ключевых границ между интерспекцией и экзоспекцией: первая допускает включение субъекта наблюдения в структуру знания, вторая стремится вынести наблюдение за пределы аффективного взаимодействия, сохраняя при этом человеческую ответственность за итоговую интерпретацию.

Эмоции влияют на диагностику не только как «психодинамическое поле», но и как когнитивная переменная, изменяющая вероятность тех или иных выводов. Психологические исследования показывают, что аффект меняет характер обработки информации: в состоянии тревоги возрастает чувствительность к угрозе и повышается вероятность интерпретации неоднозначных сигналов как опасных; в состоянии раздражения усиливается склонность к атрибуции вины; в состоянии сочувствия снижается критичность и возрастает готовность объяснять поведение внешними обстоятельствами (Lerner, Keltner, 2000). В психиатрии это имеет прямое значение, поскольку многие клинические решения фактически являются решениями под неопределённостью. Если врач испытывает тревогу в контакте с пациентом, который демонстрирует импульсивность или агрессию, то риск-

ориентированная рамка может «сдвинуть» вывод в сторону более тяжёлой оценки опасности и необходимости ограничительных мер. Если врач испытывает сочувствие к пациенту, пережившему травму, то рамка может сместиться к реактивному объяснению и недооценке других компонентов психопатологии. Эти механизмы не являются произвольными: они связаны с тем, что эмоции выполняют функцию ускоренного принятия решений в условиях недостатка данных. Но в экспертной и клинической практике именно ускорение порождает искажение.

Проблема идентификации углубляет аффективную включённость. Врач не является нейтральной точкой, он неизбежно соотносит пациента с собой, со своим жизненным опытом, с образами «нормального» и «допустимого», которые сформированы культурой и биографией. Идентификация может быть позитивной: «он похож на меня», «я понимаю этот страх», «у меня был похожий период». Она может быть и отрицательной: «это чуждый тип личности», «так бы я никогда не поступил». В обоих случаях идентификация влияет на оценку тяжести, мотивации, искренности и прогнозируемости поведения. Социальная психология и когнитивная наука описывают, что человек склонен объяснять поведение «своих» более благожелательно, а поведение «чужих» — более диспозиционно и обвинительно; это связано с механизмами групповой принадлежности и фундаментальной ошибкой атрибуции (Ross, 1977; Tajfel, Turner, 1979).

В клинике это проявляется тонко: один и тот же поступок пациента может трактоваться как симптом, как личностная черта или как моральный выбор в зависимости от того, насколько наблюдатель идентифицируется с пациентом и насколько он воспринимает его как «своего» в культурном и социальном смысле.

Именно здесь возникает связка «идентификация—моральная оценка». Психиатрия исторически стремилась отделить симптом от вины и болезнь от порока; эта линия проходит от гуманистической критики стигматизации до современного медицинского дискурса (Foucault, 1961). Однако на практике моральные оценки неизбежно присутствуют, поскольку объект наблюдения — человеческое поведение, а поведение всегда находится в поле норм и ценностей. Когда пациент совершает социально неприемлемые действия — употребляет вещества, разрушает отношения, проявляет агрессию, нарушает закон — врач вынужден различать, в какой мере это обусловлено расстройством, в какой мере — личностной организацией, в какой мере — сознательным выбором. Даже если врач декларирует нейтральность, сама структура вопроса содержит моральный компонент: где заканчивается патологическое и начинается ответственное. В судебной психиатрии этот компонент становится центральным, потому что оценка вменяемости напрямую связана с нормативной концепцией ответственности (Morse, 2006). Но и в обычной клинике моральная рамка влияет на то, какие

симптомы воспринимаются как «подлежащие лечению», а какие — как «характер» или «лень», особенно в пограничных ситуациях, где феноменология пересекается с социальным поведением.

Моральные искажения особенно заметны там, где психопатология пересекается с конфликтом интересов. Пациент может желать освобождения от ответственности, льгот, инвалидности, освобождения от службы или наказания; пациент может, наоборот, скрывать симптомы, опасаясь стигмы и ограничений. В этих условиях наблюдатель невольно начинает оценивать не только клинические признаки, но и «правдоподобие» истории, «справедливость» запроса, «достойность» помощи. Этот слой оценок почти никогда не артикулируется в заключении, но он влияет на тон интервью, на глубину уточняющих вопросов и на степень доверия к показаниям. Парадоксально, но именно моральное чувство врача, которое в человеческом плане может быть важным ориентиром, эпистемологически становится источником скрытой нерепродуцируемости: другой наблюдатель с иными ценностными установками может прийти к иному выводу при тех же исходных данных.

В современной когнитивной науке моральные суждения часто описываются как преимущественно интуитивные и быстрые, а рационализация — как последующая попытка обосновать уже принятое интуитивное решение (Haidt, 2001). Если перенести это на психиатрическую практику,

возникает неприятная, но методологически продуктивная гипотеза: часть клинических решений может быть морально-интуитивной по своей основе, а клинические аргументы — частично рационализирующими. Это не означает, что врач «неправ»; это означает, что в человеческом наблюдении существуют глубинные механизмы, которые не поддаются полной рефлексивной коррекции. Врач может искренне стремиться к объективности и одновременно быть носителем интуитивных моральных оценок, которые направляют интерпретацию.

Взаимодействие эмоций и морали приобретает особую форму в феномене стигматизации. Стигма — социальный и культурный механизм, который меняет восприятие человека, если он отнесён к определённой категории, и психические расстройства исторически являются одним из наиболее стигматизируемых классов состояний (Goffman, 1963). Для психиатра важно признать: стигма действует не только «в обществе», она может действовать и внутри профессионального восприятия, хотя и в более тонкой форме. Диагноз, однажды поставленный, способен «закрыть» наблюдение: новый эпизод интерпретируется как подтверждение старой категории, а альтернативные объяснения отбрасываются. Это близко к эффекту ярлыка и диагностической инерции. В терминах МКБ-10/11 это означает, что классификационная категория может превращаться из инструмента коммуникации в инструмент редукции, когда клиническая реальность под-

гоняется под код, а не код уточняется под реальность. Экзоспекция, если она претендует на усиление объективности, должна учитывать этот риск и проектировать такие процедуры, которые не закрепляют ярлык, а поддерживают проверку альтернатив и динамическую ревизию гипотез.

Существует и обратный феномен: «антистигматическое искажение», когда врач, стремясь избежать стигматизации и «жёстких» диагнозов, может склоняться к более мягким формулировкам, избегать фиксации психотических симптомов или тяжёлых личностных нарушений, чтобы не «повредить» пациенту социально. Эта тенденция понятна и этически мотивирована, но эпистемологически она также является источником систематической ошибки, поскольку истинное состояние может быть замаскировано благими намерениями. В реальной клинике это проявляется как избыточная склонность к реактивным объяснениям и к «универсальным» категориям тревоги и депрессии там, где присутствуют более сложные структурные нарушения. В экспертной практике такой сдвиг может иметь особенно серьёзные последствия, поскольку смещение к «мягким» формулировкам меняет юридические выводы и меры безопасности.

Важно подчеркнуть, что эмоции и моральные оценки действуют не только у врача, но и у пациента, а их взаимная динамика формирует общее поле наблюдения. Пациент может бессознательно стремиться вызвать у врача определённую эмоцию: сочувствие, жалость, восхищение, страх, вину,

раздражение. В психодинамических терминах это описывается как проективная идентификация и паттерны межличностного влияния (Kernberg, 2004). В более поведенческом языке — как социальная стратегия самопрезентации. Независимо от терминологии результат один: часть «данных» в психиатрии создаётся в самой ситуации наблюдения. В отличие от измерения давления, где прибор не меняет физиологию существенно, психиатрическое интервью может менять проявление симптомов: тревога усиливается, диссоциация активируется, агрессия провоцируется, либо наоборот — симптоматика подавляется. Таким образом, человеческое наблюдение является интерактивным: наблюдатель влияет на наблюдаемое, и эта взаимность делает невозможным строгий внешний статус наблюдателя в человеческом смысле. Именно этот интерактивный характер психиатрических данных является ключевым аргументом в пользу экзоспективных методов, которые способны переносить часть наблюдения в менее реактивные контексты и фиксировать параметры вне ситуации прямого межличностного напряжения.

В этом пункте необходимо связать обсуждение с будущей архитектурой экзоспекции. Если человеческая диагностика уязвима к эмоциям и морали, то внешняя измерительная система должна, во-первых, минимизировать включённость аффекта в процедуру первичного анализа, во-вторых, обеспечивать воспроизводимость при повторной оценке, и, в-третьих, сохранять прозрачность тех мест, где неизбежно

остаётся ценностное решение. Последнее особенно важно: нельзя полностью исключить моральную компоненту там, где речь идёт о риске, ограничительных мерах, ответственности, принудительном лечении. Но можно разделить уровни: измерительный уровень должен быть максимально дескриптивным и параметрическим, а нормативный уровень — явно обозначенным как уровень человеческого решения. Такой двухконтурный подход позволяет уменьшить «скрытую мораль», заменив её на «явную норму». В судебной психиатрии это означает, что клинические признаки и реконструкция психического состояния должны быть максимально отделены от юридической квалификации, которая является нормативной конструкцией и не может быть «выведена» из данных автоматически (Morse, 2006).

Важной иллюстрацией является проблема оценки симуляции и диссимуляции. Интуитивно врачу может казаться, что «он симулирует», и эта интуиция часто окрашена моральным раздражением, поскольку симуляция воспринимается как обман. Однако симулятивное поведение может сосуществовать с реальной психопатологией; более того, многие пациенты одновременно преувеличивают одни симптомы и скрывают другие. Моральная реакция на «обман» может сделать наблюдение менее точным, потому что врач начинает видеть не феноменологию, а стратегию. Экзоспекция в перспективе должна предлагать такие параметры наблюдения, которые меньше зависят от самопрезентации и боль-

ше — от устойчивых поведенческих и физиологических паттернов, хотя и они не являются полностью защищёнными от стратегий. Но даже при наличии экзоспективных параметров окончательная интерпретация должна оставаться у врача, поскольку вопрос симуляции неизбежно связан с контекстом, мотивацией и юридическими последствиями.

Таким образом, эмоции, идентификация и моральные оценки составляют ядро человеческого наблюдения и одновременно его предельное ограничение. Именно они превращают интерспективную диагностику в процесс, который не может быть полностью стандартизирован через классификационные критерии. МКБ-10/11 обеспечивают общий язык и рамки, но не отменяют того, что две разные личности наблюдателя могут по-разному переживать одного и того же пациента и, следовательно, по-разному структурировать данные и их смысл. Из этого следует методологический вывод: если психиатрия стремится к большей объективности, ей необходим внешний наблюдатель, который способен выполнять первичную аналитическую работу вне аффективного и морального поля взаимодействия. Но чтобы такой наблюдатель был научно и клинически легитимен, необходимо сформулировать требования к нему — не только технические, но и эпистемологические, этические и процедурные. Именно этому посвящена следующая подглава, где будет показано, какие свойства должен иметь экзоспективный наблюдатель, чтобы компенсировать описанные ограничения, не разру-

шая при этом гуманитарную и клиническую сущность психиатрической практики.

5.4. Требования к экзоспективному наблюдателю

Переход от критики интерспекции к построению экзоспекции невозможен без строгого ответа на вопрос: каким должен быть наблюдатель, который претендует на статус «внешнего» по отношению к психике человека. В предыдущих подглавах было показано, что человек как наблюдатель неизбежно вовлечён в процесс наблюдения: он ограничен когнитивно, аффективно и нормативно; он интерпретирует данные через личный опыт, идентификации и моральные рамки; он влияет на наблюдаемое самим фактом взаимодействия. Следовательно, «экзоспективный наблюдатель» не может быть просто другим человеком, поставленным в позицию беспристрастного эксперта. Речь идёт о системе, которая структурно устроена так, чтобы минимизировать реактивность, стандартизировать процедуры, сохранять воспроизводимость и одновременно поддерживать клиническую валидность. На этом этапе важно сделать принципиальное уточнение: экзоспекция не означает устранение врача из процесса познания. Она предполагает разделение труда между измерительной системой, которая производит па-

раметрическое описание и вероятностные выводы, и врачом, который осуществляет клиническую интеграцию, этическую оценку и принятие решений. Следовательно, требования к экзоспективному наблюдателю формулируются не как «идеал автономного диагноста», а как идеал измерительного и аналитического контрагента клинического мышления.

Первое требование — процедурная воспроизводимость. В естественных науках наблюдение приобретает статус факта тогда, когда оно может быть повторено при сопоставимых условиях, а результат повторения оказывается устойчивым в пределах допустимой погрешности (Hempel, 1965). В психиатрии сама идея воспроизводимости сталкивается с изменчивостью феноменов, контекстной зависимостью поведения и реактивностью интервью. Однако экзоспективный наблюдатель должен максимально приближать психиатрическое наблюдение к принципу повторяемости: одинаковые входные данные, одинаковые процедуры обработки и одинаковые критерии вывода должны приводить к сопоставимым результатам, даже если изменяется человеческий оператор. Это не означает, что вывод всегда будет идентичен; но означает, что вариативность должна быть объяснима как функция входных данных, а не как функция личности наблюдателя. Такая воспроизводимость является не только техническим требованием, но и этическим, поскольку она снижает вероятность произвольных решений в ситуациях высокой цены ошибки, включая судебно-психиатрические эксперти-

зы (Morse, 2006).

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.