

УДК: 616.89-008.452

*С.В. Титиевский***АНАЛИЗ МЕХАНИЗМОВ БРЕДООБРАЗОВАНИЯ НА ОСНОВЕ ВЗГЛЯДОВ КЛАУСА КОНРАДА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: бред, гештальт-психология, восприятие, представление, убеждение, мышление, общая психопатология

В общей психопатологии бред принято относить к расстройствам мышления. Этому подходу и соответствует тенденция в отечественной психиатрии определять бред в качестве разновидности суждения. Например, А.Б. Смудевич определяет бред как «объективно ложное, обусловленное болезненными причинами суждение, возникающее у больного без адекватных внешних поводов, не поддающееся разубеждению и всегда вовлекающее личность больного» [3]. Суждение, в свою очередь, чаще всего понимается как часть логического процесса: «форма мышления, представляющая собой сочетание понятий, из которых одно (субъект) определяется и раскрывается через другое (предикат)» [2]. В то же время, в определении А.С. Тиганова о бреде говорится не только как о суждении, но и как об идеях: «Бред – суждение и идеи, не соответствующие действительности, овладевающие сознанием больного, не корригируемые при разубеждении и разъяснении, несмотря на очевидную нелепость и противоречие действительности» [4]. Следует отметить, что слово «идея» является достаточно многозначным и понимается, например, как «1. Сложное понятие, представление, отражающее обобщение опыта и выражающее отношение к действительности. 2. Основная, главная мысль, замысел, определяющий содержание чего-нибудь. 3. Мысленный образ чего-нибудь, понятие о чём-нибудь. 4. Мысль, намерение, план» [2]. Таким образом, можно подумать о включении в данное определение аспектов, связанных не только с мышлением, но и с представлением. Более удалённым от сферы мышления является определение бреда «Оксфордского руководства по психиатрии»: «Бред – это стойкое убеждение, возникшее на патологической почве, не поддающееся воздействию разумных доводов или доказательств противного и не являющееся внушенным мнением, которое могло быть усвоено человеком в результате соответствующего воспитания,

полученного образования, влияния традиций и культурного окружения» [1]. Убеждение (англ. belief – 1. вера; доверие; 2. убеждение, мнение) в русском языке, как правило, это – «прочно сложившееся мнение, уверенный взгляд на что-нибудь, точка зрения» [2], а уверенность – «твёрдая вера в кого-нибудь (что-нибудь), убеждённость» [2]. Таким образом, бред, в соответствии с последним из приведенных выше определений, рассматривается как разновидность веры, т.е. того, что может быть признано истинным без доказательств (этому смыслу, например, соответствует выражение «принять на веру» [2]). Тем не менее, в «Оксфордском руководстве по психиатрии» бред, как это принято, рассматривается в разделе расстройств мышления. Неопределённость в отношении подходов к бреду основана на очевидной скудости знаний о критериях нормальных убеждений и о процессах, лежащих в основе их формирования [1]. На устранение данной неопределённости была направлена работа Клауса Конрада, проанализировав которую, можно прояснить некоторые аспекты бредообразования.

Провозглашенный “великим немецким психиатром” [5], Клаус Конрад создал понятие продромального “бредового настроения” или “атмосферы”. Мысль обеспечить “одним из самых внушительных из когда-либо созданных описаний шизофрению на ранней стадии,” [15] его взгляды “на происхождение и развитие психотических переживаний” считают “... чем-то абсолютно новым, и ... источником новых идей для исследования в области психопатологии” [28]. Кроме того, понятие основных симптомов как переживаемых субклинических продромальных нарушений введено в работе К. Конрада и является центральным элементом Боннской Шкалы Оценки Основных Симптомов (Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms) [16, 29].

Будучи директором военного неврологичес-

кого госпиталя, К. Конрад провел опрос и тщательно задокументировал сообщения большой выборки солдат (n=107), страдавших начинающейся шизофренией. На этих данных К. Конрад построил “модель стадий” формирования и развития бреда при начинающейся шизофрении [30]. Данную модель иллюстрирует следующий случай.

Из-за вероятного наличия психоза 32-летний старший солдат Карл Б. был доставлен в больницу К. Конрада. При его опросе пациент сообщил, что “все начинается” однажды утром, когда его соединению приказывают покинуть лагерь. Когда сержант просит ключ от его жилища, больному внезапно становится ясно, что это – уловка для его “проверки”. Отъезжая в автобусе, он замечает, что его товарищи ведут себя странно: они знают нечто такое, что не предполагают ему сообщать. Один из его товарищей “явно” спрашивает, есть ли у него хлеб. В полдень они прибывают в город для поддержки размещённых там соединений. Некоторых из его компании посылают искать квартиры для остальных. Это является лишь уловкой для того, чтобы данные лица получили инструкции в том, что с ним делать, в то время как он вместе с другими остаётся ожидать в мотофургоне. Один за другим группы мужчин покидают фургон только для того, чтобы возвратиться остальных. “Ясно, что все они получают инструкции” в отношении него. Пациент неспособен объяснить, как он это видит. Просто “видит это”. Он направляется в предназначенное для него жилище, а затем спускается, чтобы купить сигареты. Он двигается через сад, где сидит много унтер-офицеров, а также штаб-сержант и несколько женщин. Они удивлены его внезапному появлению и планируют, что женщины тем вечером что-то с ним проделают. Один из военнослужащих затем уезжает, чтобы сообщить о нём начальству. В пивной тем вечером музыка, женщина, продающая сигареты, и беседы были заранее подготовлены для того, чтобы проверить, замечает ли он. Все проинструктивированы и точно знают, что делать.

Из-за его отказа выполнять приказы, которые являются “ещё одной проверкой”, штаб-сержант транспортирует данного пациента на машине в психиатрическую больницу. Всё вдоль дороги, например, груды камня, стройплощадки, овечьи переправы, устроено так, чтобы проверить, замечает ли он. Глядя в окно, штаб-сержант наблюдает, правильно ли он все это отмечает. Позже он думает: “Должно быть некоторое специфическое воздействие, исходящее от меня. Дру-

гие люди находятся под моим влиянием, как будто очарованные”. Таким образом, лица, испытывающие воздействие его пристального взгляда, то есть, того, что он их рассматривает, демонстрируют искажённое выражение лица или физические действия, указывающие на давление, которое он на них оказывает (“всемогущество”).

Когда больной попал в госпиталь К. Конрада, бред перешёл из внешнего во внутреннее пространство его тела. Пациент сообщает, что “волновой аппарат” управляет его движениями с некоторого расстояния посредством электрического тока. Регулируемый диском автоматического набора, ток изменяется в диапазоне от незначительного контроля его движений, с предоставлением ему “свободы воли”, до полного контроля, при котором машина “вводит” команды [8].

В модели стадий К. Конрада продромальное бредовое настроение часто предвращает начало бреда. Оно может сохраняться в течение дней, месяцев, или даже лет [8, 17]. В этот период больной испытывает нарастающую гнетущую напряжённость, “чувство незавершённости” или чувство ожидания. Человек описывает, что-то находящееся “в воздухе”, но неспособен сказать, что изменилось. Хотя данное переживание может иметь различный характер, субъект ощущает отчетливое изменение “эмоционально-мотивационного” состояния. Сначала, это связано с самыми значимыми переживаниями, но, в конечном счете, распространяется по всему полю переживаний пациента. Пациент может ощущать не только волнение, “опьянённое” ожидание, но также и подозрительность, страх, депрессивную замедленность, вину, чувство отделённости от других, а часто и их сочетание. Она или он могут совершать резкие, на вид бессмысленные действия.

К. Конрад называет эту начальную, связанную с ожиданием, фазу “трема” (страх перед сценой), поскольку у пациента есть чувство, что произойдёт что-то очень важное. Внимание привлечено к несущественным стимулам, мыслям и ассоциативным связям, которые доставляют беспокойство и непредсказуемы: “Перцептивный фон приобретает совершенно новые особенности. Всё, что находится на периферии внимания, что располагается позади, или не является частью текущего тематического фокуса внимания”, становится потенциальной угрозой [8]. Перцептивный фон, который оставался незамеченным, теперь приобретает собственные черты. Смысл угрозы (или чего-то из того, чему

доводится быть преобладающим качеством бреда), распространяется по всей перцептивной области. Это означает, что ещё не замеченное в потенциальном перцептивном гештальте, приобретает “рельефность даже раньше, чем пациент в нём сориентируется, то есть, прежде, чем станет фокусом внимания” [22]. Измененное внутреннее мотивационно-эмоциональное состояние больного, бредовое настроение, наполняют всю область переживаний преобразован-

ным “физиогномическим” качеством (то есть, смысл потенциального открытия/угрозы, сопровождается аффективным напряжением благодаря, по-видимому, лежащим в его основе нейробиологическим изменениям). Однако, субъект (подобно анозогнозичному неврологическому больному) не связывает эти изменения с его/её собственным состоянием, а экстернализирует их, считая проявлениями некоего пока ещё не понятого процесса в окружающем мире.

Таблица 1

**Модель Конрада стадий начинающейся шизофрении**

Стадия	Термин
I	<b>Трема</b> (заимствованное из греческого языка разговорное обозначение страха перед сценой)
	<i>Значение</i>
	Бредовое настроение (или атмосфера)
	<i>Характеристика</i>
	Неопределенная, однако всё более и более усиливающаяся угнетённость распространяется с определенных выделяемых аспектов на всё перцептивное поле. Больной ощущает волнение предчувствия, подозрительность, отчуждение, страх, вину, депрессию или их сочетание. Пациент может совершать резкие, на вид бессмысленные действия.
II	<b>Апофения</b> (греч. apo [далеко от] + phaenein [показать] → открытие)
	<i>Значение</i>
	Бред как открытие (Aha-Erlebnis)
	<i>Характеристика</i>
	Перцептивный гештальт, воспринимаемый не полностью, в большей степени с позиции его выразительных, а не объективных существенных целостных качеств. Неспособность переступить границы текущей перспективы или изменить систему взглядов. Неправильное связывание на вид не связанных значений. Бредовое восприятие, ошибочная идентификация. Неуклонное (“монотонное, повторяющееся”) распространение бреда и как “эластичного”, и как прикрепленного к новым гештальтам [8, 12, 21]. Прогрессирование бреда из внешнего во внутреннее “пространство”, бредовые телесные ощущения. Больной некритично восприимчив и неспособен к различению, будто пойманный в ловушку между сном и пробуждением. Вложенные мысли, передача мыслей, галлюцинации.
III	<b>Анастрофа</b> (греч. ana- [назад] + strephein [повернуться] → поворот назад)
	<i>Значение</i>
	Больной ощущает себя пассивным центром (направленное на субъекта дополнение к направленной на мир апофении)
	<i>Характеристика</i>
	Бред отношения. События и восприятия больной связывает с самим собой.

Примечание: Выделенные К. Конрадом более поздние апокалиптически-кататоническая стадия, стадия консолидации (или частичной ремиссии) и остаточное состояние дефекта здесь не представлены.

Бред внезапно появляется как “ага-опыт” (“Aha-Erlebnis” [нем. erleben – 1. пережить; испытать; узнать на собственном опыте; 2. увидеть самому, встретить в своей жизни; 3. дожить до чего-либо; Erlebnis – 1. переживания; впечатления; пережитое; 2. событие в чьей-либо жизни; 3. происшествие, случай (из жизни)] или

“revelation” [англ. – откровение, открытие, обнаружение]) относительно того, что озадачивало больного в период бредового настроения, и часто приносит облегчение. К. Конрад [8] описывает это как возвратный (рефлексивный) поворот на себя, при котором больной воспринимает вселенную “вращающейся” вокруг него как

срединной точки (то есть, “анастрофу”, см. таблицу 1). Бред не является преимущественно психоаналитической защитной реакцией, предназначенной для защиты я (self), а подразумевает фундаментальную “перестройку” опыта пациента для поддержания поведенческого взаимодействия с окружающей средой, несмотря на лежащее в его основе разрушение перцептивных связывающих процессов [8, 21]. В ага-момент больной неспособен изменить “систему взглядов”, чтобы рассмотреть свой опыт с любой точки зрения, отличной от нынешней. Переход от бредового настроения к Aha-Erlebnis бредового открытия (revelation) точно соответствует моменту потери пациентом способности дистанцироваться от опыта, то есть, “достигнуть смены системы взглядов или перспектив, то есть, рассматривать ситуацию – пусть даже лишь временно – глазами другого (других)” [8]. Становясь бредовым, пациент, однако, “не осознаёт данную потерю этой способности переступить пределы” текущего опыта [8]. К. Конрад поясняет: “Заимствуемый из древнегреческого языка, искусственный термин «апофения», описывает этот процесс повторно и монотонно воспринимаемых неправильных значений во всём окружающем поле восприятия (опыта), например, о пребывании в качестве объекта наблюдения, обсуждения, подслушивания, сопровождения незнакомцами” [10]. В упомянутом выше случае всюду, куда падал взгляд Карла Б., каждый “компонент его поля восприятия (опыта)”, кажется имеющим особое отношение к нему, например, “инструкции”, “приготовления”, и “инсценированность”. “Его «мир» становится преобразованным в ситуацию, определенно означающую его «проверку»” [8]. Как только апофения охватывает перцептивное поле, ни один аспект этого поля не остается незатронутым. Затем “всё становится заметно рельефным (отчетливым, выступающим). Больной часто интерпретирует ход событий так, как будто это делался фильм, или осуществлялась постановка театральной пьесы” [8].

Каждая стадия начинающейся шизофрении включает субъективную “перестройку значения” с представлением о сохранении “жизненных” («витальных») отношений субъекта с окружающей средой (опосредованных тем, что В. фон Вайцеккер, современник К. Конрада, описал как цикл действия восприятия) [8, 21, 30, 31].

К. Конрад считал, что “бредовая ошибочная идентификация” людей, симптом, отмечаемый при некоторых неврологических расстройствах, также возникает при начинающейся шизофре-

нии и уходит корнями в бредовое восприятие. Из числа 107 больных шизофренией К. Конрад [8] выделяет и описывает в своей монографии 17 случаев ошибочной идентификации. Большинство из них – “положительные” ошибочные идентификации, означающие, что чужой или незнакомый человек воспринимается как известный (“ошибочная знакомость”) [25]. К. Конрад описывает больного с начинающейся шизофренией, перед транспортировкой временно размещенного в гауптвахте. Будучи ранее плотником, пациент обнаруживает, что у двери, окон, полов и каркаса кровати в камере есть “знакомое” качество. Он внезапно видит, что плотником, сделавшим эти вещи, был он сам. Настолько знакомыми они выглядят. Их переместили из его старой мастерской. На подоконнике есть царапины, которые он сделал, когда был ребенком и покидал дом своего детства. Всё вращается вокруг больного (анастрофа). Специально подчеркнутое знакомое качество его собственного мастерства проявляется в каждом объекте, с которым он сталкивается в камере, и распространяется (с характером монотонного повторения) на всё его перцептивное поле (ошибочная знакомость как проявление бредовой ошибочной идентификации).

Продвигаясь в направлении интеграции, К. Конрад базирует своё феноменологическое исследование начинающейся шизофрении на психологической гештальт-концепции целостных свойств [20], его феноменологическом подходе к получающим лечение пациентам как полноправным участникам или соведущим клинического опроса [27], и его собственных наблюдениях за аномальными сознательными переживаниями, включая основанное на самонаблюдении исследование своих гипнагогических галлюцинаций [6, 7].

К. Конрад бросил вызов преобладающим европейским “классическим” представлениям (К. Jaspers, Н. Gruhle, К. Schneider) о том, что бредовые интерпретации восприятия располагаются в два ряда (яруса), то есть, неправильное значение придается сохраняющемуся ненарушенным восприятию без понятных оснований или причин [30]. Он предположил, что бред возникает скорее из “уже преобразованного восприятия гештальта”, при котором аффективные и выразительные (экспрессивные) “целостные” свойства гештальта становятся преувеличенными. Он отметил, например, что внимание как здоровых людей, так и бредовых больных приковано больше к выразительным (экспрессив-

ным) качествам объекта перцепции, тогда как объективные или существенные свойства объекта перцепции преуменьшаются. Например, во время ночной прогулки, я рассматриваю ствол дерева в качестве пригнувшегося грабителя [8]. Здесь преуменьшенная перцептивная структура усиливает преобладающее выразительно-физиогномическое качество гештальта. Физиогномическое сходство (между ослабленным восприятием ствола дерева и грабителем) становится более ясным (или отчетливым), чем обычно. В случаях бредовой ошибочной идентификации структурно-существенные свойства гештальта отступают на задний план, и больной полагается на физиогномически-выразительные качества. Таким образом, бредовая ошибочная идентификация людей или объектов – как в случае ошибочной идентификации бывшим плотником деревянных предметов в его камере – внедряется, или “вдаётся”, в бредовое восприятие. Больной воспринимает деталь лица незнакомца, например, шрам или кривой зуб, которые представляют “выразительное качество”, например, “суровость”. Однако, это не фактические шрам или зуб человека, с которым сталкиваются, а его “суровость”, которая позволяет больному бредовое ошибочно идентифицировать нового человека с неким предшествующим индивидуумом, который так же воспринимался как суровый, как, если бы являлся этим же самым человеком. При бредовом настроении физиогномическое сходство между существами, а не их “объективные” структурные или существенные гештальт-свойства определяют идентификацию этих существ в процессе бредового восприятия.

К. Конрад признавал сходство между бредовым настроением и тем, что обычно во время сна испытывает сновидящий. Объективный материальный гештальт приостановлен, и как здоровые, так и психотические индивидуумы полагаются на физиогномически-выразительные качества ограниченно воспринимаемого объекта. Этот процесс обеднения поля восприятия, который может возникать естественным образом, вызывается экспериментальной методикой, названной микрогенезом (microgenesis) [6, 7, 8, 14]. Когда здоровым индивидуумам демонстрируют объекты в условиях обедненного или ограниченного восприятия, они сообщают о подобных переживаниях. Микрогенез [6, 7, 8, 14] экспериментально разрывает или уменьшает объект восприятия посредством татископического (taticopic) предъявления (часто слишком кратковременного, чтобы быть сознательно пережи-

ваемым), слабого освещения поля восприятия, уменьшенного размера стимула либо предъявления объектов периферическому полю зрения, в процессе чего больные шизофренией (во времена К. Конрада) демонстрировали несостоятельность при решении поставленных задач [14]. Согласно К. Конраду, ограниченные условия предъявления стимула приводят у здоровых субъектов к ослаблению перцептивного объединения объекта и к ослабленному восприятию, которое похоже на бредовое, напоминающее сновидение, состояние пациента.

Ограничивание стимула либо прерывание восприятия уменьшают перцептивную сложность, которая обычно свойственна нашему повседневному опыту, относящемуся к целостным объектам. Это даёт возможность произойти “последовательности событий, ... предположительно возникающих во временной промежуток между предъявлением стимула и формированием единственного относительно устойчивого познавательного ответа (объекта перцепции или мысли) на этот стимул” [14].

На первой фазе микрогенетического эксперимента стимул предъявляется в наиболее ослабленном виде, то есть, как диффузный, недифференцированный либо неясный фон. “Что-то неопределённое” ощущается, но непосредственно не замечается. В следующей микрогенетической фазе стимул предъявляется при большем освещении и несколько большей татископической длительности и т.д. Изображения могут выделяться на определённом фоне, однако степень их нестабильности непрерывно колеблется. Физиогномически-выразительные качества продолжают преобладать над структурной артикуляцией фигур. Их примитивное дифференцирование то появляется, то исчезает снова. У субъекта присутствует тревожное чувство незавершённости, он уже ощущает себя застывшим на месте, неспособным отвести взгляд. Субъект не может волевым путём дистанцироваться, критически, с помощью разума исследовать данный опыт, и всё переносит, находясь в восприимчивой некритичной позиции. По мнению Конрада, эта фаза наиболее точно воспроизводит у здоровых бодрствующих субъектов переживания бредового больного либо сновидящего индивидуума.

В заключительной фазе микрогенетического эксперимента здоровый субъект внезапно узнаёт, с чувством облегчения и удивления, правильный гештальт. Бредовый же пациент остаётся приверженным значению предыдущей фазы

прикованного внимания. Этим отмечается стабильность, а иногда и относительное постоянство, потери способности изменить систему взглядов (то есть, состоятельности при проверке действительности), как если бы “субъект оказался неспособным, отказавшись от предшествующей пассивно-восприимчивой позиции, занять критическую позицию” [27]. В продвижении к насколько возможно более отчётливо сформированному (артикулированному), или завершённому, гештальту здоровый субъект, в конечном счёте, оказывается в состоянии “эмоционально отделяться” и испытывает чувство завершенности или закрытия. Однако, подобно сновидящему индивидууму, бредовый больной неспособен отделиться от неполного перцептивного значения или пре-гештальта (Vorgestalt) [6, 7, 8]. Интересно, и находится в соответствии с наблюдениями К. Конрада, то, что больные с бредом преследования набирают больше баллов, чем здоровые лица контрольной группы, по шкале потребности в закрытии [19]. Конрад характеризует параноидного бредового больного как пребывающего в “мире между пробуждением и сном”, “мире колеблющихся гештальтов, относительно которых, находясь в их пределах, поэт может сказать больше, чем психолог” [9].

Как указывает К. Конрад, феноменологические детали бредового настроения являются основой выявления его нейробиологических подкреплений [21]. S. Кариг [18] выдвинул идею о том, что допамин способствует “отчетливости” окружающих событий и образующихся в психике представлений о них. Можно определённо утверждать, что на невральном уровне плохо регулируемое, гипердопаминергическое состояние на познавательном-психическом уровне приводит к аномальному предоставлению отчетливости (или важности) аспектам чьих-либо переживаний. Согласно одной из точек зрения, бред является следствием познавательных усилий, прилагаемых больным для того, чтобы придать смысл этим неправильно выделенным восприятиям. Экспериментальные фармакологически вызванные психозы (с использованием препарата кетамин) моделируют связь между неадекватно усиленным восприятием, аномальным каузальным выводом и бредовой идеацией [11], причём похожая ассоциация отмечена у больных шизофренией с наличием активной психотической симптоматики [13, 26]. Антипсихотические средства угащают гипердопаминергическое подкрепление аномальной отчетливости и “обеспечивают платформу для разрешения психотичес-

ких симптомов” [18]. Однако, если лечение прерывается в течение достаточно длительного времени, аномальная нейробиохимия вновь разжигает и бредовое настроение, и познавательные проявления в форме психотического “рецидива” [12, 18].

В целом, можно сделать вывод о том, что работа К. Конрада из-за своей сложности и оригинальности создаёт ряд концептуальных и лингвистических проблем. К. Конрад чувствовал, что классическая психология и психопатология не обладают “словарём”, необходимым для описания феноменологии переживаний больного начинающейся шизофренией [8, 10]. Хотя его понятия и сложны, он пытался не скрываться во мраке тайного языка. К. Конрад, хотя и с извинениями, вводил новые термины потому, что чувствовал, что более ранняя работа не являлась адекватной с точки зрения передачи опыта пациента. Большое (n=267) ретроспективное исследование [15] модели стадий К. Конрада, включавшее как мужчин, так и женщин с большей возрастной разницей, чем достаточно однородная, состоявшая из мужчин-военнослужащих, выборка Конрада, обнаружило доказательства существования, главным образом, его первой стадии, бредового настроения (тремы), и, в некоторой степени, следующей стадии, апофенического психоза. Работа К. Конрада остается актуальной для нынешних исследователей и клиницистов в связи с его принципиальной приверженностью уважительному отношению к пациентам совместному исследованию вместе с ними их субъективных переживаний при продромальной и начинающейся шизофрении, а также – в связи с соблюдением правила насколько возможно близко находиться к тому, что пациенты пытались сообщить о своих переживаниях.

Таким образом, при формировании первичного бреда «озарение», знаменующее собой, после периода инкубации, этап его манифестации, кристаллизация бреда по И.М. Балинскому при его возникновении из бредового настроения могут быть сопоставлены с «ага-симптомами» К. Конрада, т.е. с тем убеждением, которое вначале возникает, а затем является ключевым фактором формирования бредовой системы, как при первичном бреде (за счёт экзогенных (основанных на фактах внешнего мира) и эндогенных (основанных на внутренних ощущениях) интерпретаций), так и, в ряде случаев, при вторичном бреде [1, 3]. Это подтверждает актуальность связанных с теорией восприятия гештальт-взглядов Конрада, несмотря на современное представле-

ние о том, что описанная им последовательность стадий бредовых переживаний не является неизменной [1]. В то же время, несмотря на различие механизмов нарушения мышления при бре-

де, непосредственной их причиной в случае истинного (первичного) бреда является эндогенно сформировавшаяся вера, которая стремится к интерпретативному «самоутверждению».

*С.В.Тітєвський*

## АНАЛІЗ МЕХАНІЗМІВ УТВОРЕННЯ МАЯЧЕННЯ НА ОСНОВІ ПОГЛЯДІВ КЛАУСА КОНРАДА

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Основний внесок Клауса Конрада у феноменологію психозу пов'язаний з переживаннями хворого у продромальній і ранній психотичній фазах шизофренії. У даній статті аналізуються ідеї К. Конрада, особливо ті, що відносяться до ролі настрою та маячення на початку психозу, того, що лежить в основі його нейробіології, та робиться спроба дати оцінку механізмам утворення маячення. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 4 (31). — С. 99-105).

*S.V.Titievsky*

## THE ANALYSIS OF MECHANISM OF DELUSIONS' FORMATION ACCORDING TO KLAUS CONRAD'S APPROACH

Donetsk national medical university named after M.Gorkiy

Klaus Conrad's major contribution to the phenomenology of psychosis focused on the patient's experiences during the prodromal and early psychotic phases of schizophrenia. In this article Conrad's thoughts, especially as it pertains to the role of mood and delusions in beginning psychosis and its underlying neurobiology are analysed, and attempt to estimate the mechanisms of delusions' formation is undertaken. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 4 (31). — P. 99-105).

### *Литература*

1. Гельдер М., Гет Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии: Пер. с англ.: В 2 т. — К.: Сфера, 1999. — Т.1. — 300 с.
2. Ожегов С.И. Словарь русского языка / Под ред. Н.Ю. Шведовой. — 23 изд. — М.: «Русский язык», 1990. — 917 с.
3. Смулевич А.Б. Бред // Большая медицинская энциклопедия. — 3-е изд. — М.: «Сов. Энциклопедия», 1976. — Т. 3. — С. 373-377.
4. Тиганов А.С. Клиническая психопатология // Руководство по психиатрии: В 2 т. / Под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — Т. 1. — С. 27-78.
5. Berrios G.E. The History of Mental Symptoms. — Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1996.
6. Conrad K. Das Problem der Vorgestaltung // Das Unvollendete als Kuenstlerische Form. — Bern: Eisenwerth, 1959. — S. 35-45.
7. Conrad K. Das Unbewusste als phnomenologisches Problem // Fortschr. Neurol. Psychiatr. — 1957. — Bd. 25. — S. 56-73.
8. Conrad K. Die beginnende Schizophrenie. — Stuttgart: Thieme Verlag, 1958.
9. Conrad K. Die symptomatischen Psychosen // Psychiatrie der Gegenwart / H.W. Gruhle, R. Jung, W. Mayer-Gross, W. Mueller (Hrsg.). — Berlin: Springer, 1960. — Bd. 2. — S. 369-436.
10. Conrad K. Gestaltanalyse und Daseinsanalytik // Nervenarzt. — 1959. — Bd. 30. — S. 405-410.
11. Corlett P.R., Honey G.D., Aitken M.R.F. et al. Frontal responses during learning predict vulnerability to the psychotogenic effects of ketamine: linking cognition, brain activity and psychosis // Arch. Gen. Psychiatry. — 2006. — Vol. 63. — P. 611-621.
12. Corlett P.R., Krystal J.K., Taylor J.R., Fletcher P.C. Why do delusions persist? // Front. Hum. Neurosci. 2009. — <http://www.frontiersin.org/humanneuroscience/paper/10.3389/neuro.09/012.2009/html>. Accessed November 11, 2009.
13. Corlett P.R., Murray G.K., Honey G.D. et al. Disrupted prediction-error signal in psychosis: evidence for an associative account of delusions // Brain. — 2007. — Vol. 130. — P. 2387-2400.
14. Flavell J.H., Draguns J.A. A microgenetic approach to perception and thought // Psychol. Bull. — 1957. — Vol. 54. — P. 197-217.
15. Hambrecht M., Hlfnr H. "Trema, Apophndie, Apokalypse" — Ist Conrads Phasenmodell empirisch begrndbar? // Fortschr. Neurol. Psychiatr. — 1993. — Bd. 61. — S. 418-423.
16. Huber G. Psychiatrie. — 6 Aufl. — Stuttgart: Schattauer, 1999.
17. Jaspers K. General psychopathology. — 7th ed. — Manchester, UK: Manchester University Press, 1963.
18. Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia // Am. J. Psychiatry. — 2003. — Vol. 160. — P.13-23.
19. McKay R., Langdon R., Coltheart M. Jumping to delusions? Paranoia, probabilistic reasoning, and need for closure // Cognit. Neuropsychiatry. — 2007. — Vol. 12. — P. 362-376.
20. Metzger W. Psychologie. — Dresden: Steinkopff, 1975.
21. Mishara A. L. Klaus Conrad (1905–1961): Delusional Mood, Psychosis, and Beginning Schizophrenia // Schizophr. Bull. — 2010. — Vol. 36. — P. 9-13.
22. Mishara A.L. Is minimal self preserved in schizophrenia? A subcomponents view // Conscious Cogn. — 2007. — Vol. 16. — P. 715-721.
23. Mishara A.L. Kafka, paranoid doubles and the brain: hypnagogic vs. hyperreflexive models of disruption of self in neuropsychiatric disorders and anomalous conscious states // Philos. Ethics Humanit. Med. 2009. — <http://www.peh-med.com/>.
24. Mishara A.L. Missing links in phenomenological clinical neuroscience? Why we are still not there yet // Curr. Opin. Psychiatry. — 2007. — Vol. 60. — P. 559-569.
25. Motjabai R. Misidentification phenomena in German psychiatry: A historical review and comparison with the French/English approach // Hist. Psychiatry. — 1997. — Vol. 7. — P. 137-158.
26. Murray G.K., Corlett P.R., Clark L. et al. Substantia nigra/ventral tegmental reward prediction error disruption in psychosis // Mol. Psychiatry. — 2008. — Vol. 13. — P. 267-276.
27. Ploog D.W. Autobiographical sketch // Hist. Psychiatry. — 2002. — Vol. 13. — P. 358-360.
28. Ploog D.W. Klaus Conrad, 1905–1961 // Themes and Variations in European Psychiatry / S.R. Hirsch, M. Shepherd, editors. — Charlottesville, VA: University of Virginia Press. — 1974. — P. 239-240.
29. Schultze-Lutter F. Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: the basic symptom concept // Schizophr. Bull. — 2009. — Vol. 35. — P. 5-8.
30. Uhlhaas P.J., Mishara A.L. Perceptual anomalies in schizophrenia: integrating phenomenology and cognitive neuroscience // Schizophr. Bull. — 2007. — Vol. 33. — P. 142-156.
31. Weizscker V. von. Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen. — 4 Aufl. — Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1950.

Поступила в редакцию 29.09.2012