

Т. І. Цяцеркіна<sup>1,2</sup>, В. У. Корсак<sup>2</sup>

## ПРАСТОРАВА-ЧАСАВАЯ ТЭОРЫЯ ПСІХІЧНАГА ЗДAROУЎЯ І ЯГО РАССТРОЙСТВАЎ: ПРАСТОРАВА-ЧАСАВАЯ АРГАНІЗАЦЫЯ ДЭМЕНЦЫІ

ДУ «Рэспубліканскі навукова-практычны цэнтр псіхічнага здароўя»,<sup>1</sup>  
НМУ «Рэспубліканскі цэнтр праблем чалавека» Беларускага дзяржаўнага ўніверсітэта<sup>2</sup>

*Апісана прасторава-часавая мадэль дэменцыі, якая ўвасабляе працэс нівелявання прыналежнай здаровым людзям аб'ёмнай прасторавай канструкцыі за конт утварэння ўнутры яе пустых локусаў, пераходу спіральнага руху індывідуальнага часу ў накіраваны назад прасталінейны да дасягнення кропкавай пазіцыі. Гэтыя фундаментальныя змены прыводзяць да згасання свядомасці пацыентаў і кіруемых ёю кагнітыўных і ўласна псіхічных функцый.*

**Ключавыя словы:** дэменцыя, прасторава-часавая мадэль, свядомасць, кагнітыўныя і псіхічныя функцыі.

Т. И. Тетеркина, О. В. Корсак

## ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННАЯ ТЕОРИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ЕГО РАССТРОЙСТВ: ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕМЕНЦИИ

*Описана пространственно-временная модель деменции, которая воплощает процесс нивелирования присущей здоровым людям объемной пространственной конструкции за счет образования внутри ее пустых локусов, перехода спирального движения индивидуального времени в направленное назад прямолинейное до достижения точечной позиции. Эти фундаментальные изменения приводят к угасанию сознания пациентов и управляемых ею когнитивных и собственно психических функций.*

**Ключевые слова:** деменция, пространственно-временная модель, сознание, когнитивные и психические функции.

T. I. Tsiatserkina, V. U. Korsak

## THE SPATIO-TEMPORAL THEORY OF MENTAL HEALTH AND ITS DISORDERS: THE SPATIAL-TEMPORAL ORGANIZATION OF DEMENTIA

*The spatio-temporal dementia model is described, that represents the process of leveling the spatial structure inherent in healthy people due to the formation of empty loci inside it, the transition of the spiral movement of individual time into the rectilinear directed backward until the point position is reached. These fundamental changes lead to the patients consciousness and its controlled cognitive and mental functions fading.*

**Key words:** dementia, space-time model, consciousness, cognitive and mental functions.

Сіндрому дэменцыі [Дм] прысвечана вялікае мноства даследаванняў на малекулярным, марфалагічным, генетычным, біяхімічным, нейрапсіхалагічным ўзроўнях. Знакамітымі вучонымі Н. Н. Брагінай і Т. А. Дабрахотавай пры вывучэнні функцыянавання галаўнога мозгу чалавека ўпершыню быў закрануты той найбольш фундаментальны ўзровень, на якім існуюць ўсе жывыя аб'екты ў свеце – прасторава-часавы. У пацыентаў з Дм імі выяўлены факт зніжэння актуальнасці цяперашніх прасторы і часу з ажыўленнем у свядомасці мінулых. Падкрэслены перарыўнасць цяперашняга часу і дыскрэтнасць мінулага. Аўтарамі апісаны псіхопаталагічныя сіндромы, што ўзнікаюць пры паражэнні правага і левага паўшар'яў галаўнога мозгу, праца якіх прымеркавана да розных часоў часах: правае – да мінулага, левае – да будучага [1].

Намі вынайздзена асіметрычная індывідуальная прасторава-часавая мадэль псіхічна здаровага чалавека, функцыянаванне якой падпарадкоўваецца фізічным заканамернасцям свету [4]. Названая мадэль дагэтуль разглядалася намі як працуючая ў рэжыме наяўнага часу. У гэтым ракурсе аналізаваліся парушэнні прасторава-часавых мадэляў у пацыентаў з «функцыянальнымі» псіхічнымі расстройтвамі – афектыўнымі, трывожнымі, абсесійна-кампульсіўным, шызафрэніяй [5].

Новыя магчымасці для далейшага аналізу працы індывідуальнай прасторава-часавай мадэлі прадастаўляе сіндром Дм, маючы арганічную аснову, характарызуецца рэгрэсам кагнітыўнага і ўласна псіхічнага функцыянавання пацыентаў. Мяркуюцца, што пачатак гэтага працэсу зыходзіць ад парушэнняў індывідуальнай прасторы, а, менавіта, – карпаральнай, датычнай галаўнога мозгу, якія выклікаюць паслядоўныя і незваротныя змены ва ўсёй прасторава-часавай мадэлі чалавека і яе працы ва ўсіх трох часах – цяперашнім, будучым і мінулым.

**Мэта даследавання** – апісаць прасторава-часавую мадэль Дм і раскрыць заканамернасці фарміравання адпаведнай гэтай мадэлі клінічнай сімптоматыкі.

#### **Задачы даследавання:**

1 – вызначыць прасторава-часавыя вехі для дзялення Дм на стадыі,

2 – выявіць і прааналізаваць адпаведныя гэтым стадыям клінічныя праявы Дм з пункту гледжання яе прасторава-часавай арганізацыі.

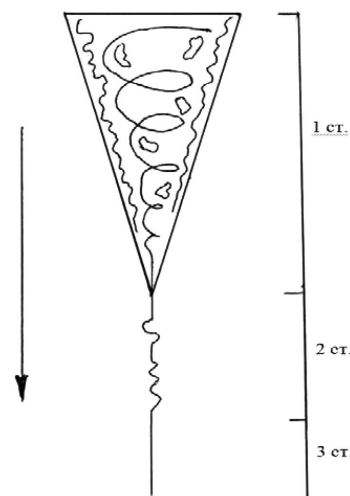
**Матэрыял і метады.** Матэрыялам даследавання паслужылі вынікі клінічных назіранняў за 140 пацыентамі з рознымі формамі Дм: сасудзістай – 42, пры хваробе Альцгеймера – 21, пры хваробе Паркінсона – 5, посттраўматычнай – 13, дысметабалічнай – 18, са спалучанымі формамі – 41. Усе пацыенты даследаваны выпадковай выбаркай у аддзяленнях РНПЦ псіхічнага здароўя.

Асноўным метадам даследавання з'явіўся метада клінічнага аналізу з акцэнтаваннем увагі на сімптомах, якія найбольш адлюстроўваюць парушэнні індывідуальных прасторы і часу пацыентаў з Дм. У якасці метадалагічнага падыходу ў даследаванні выступіў агульнанавуковы прынцып сіметрыі, прызнаны асноўным прынцыпам пазнання існага [1; 2].

#### **Вынікі і абмеркаванне**

Дм выступае як вынік выкліканага арганічнымі прычынамі рэгрэсу індывідуальных прасторы і часу чалавека да ступені іх нівелявання з непазбежным парушэннем, а затым – і знікненнем свядомасці пацыентаў і залежных ад яе кагнітыўных і ўласна псіхічных працэсаў.

У аснове гэтых кардынальных зменаў палягае парушэнне канструкцыі прасторава-часавай мадэлі Дм, якое заключаецца ў няўхільным змяншэнні асіметрыі індывідуальнай прасторы пацыентаў, незваротным руху індывідуальнага часу назад і ўніз і пераходам яго спіральнай траекторыі ў прасталінейную. Утвораная лінія часу далей складаецца з сукупнасці размешчаных адна за адной кропак (падобнай на тую, што мае месца ў чалавека ў стане сну) [5] (Мал. 1).



Мал. Прасторава-часавая (свядомасная) мадэль пацыентаў з дэменцыяй (тлумачэнні ў тэксце)

Падкрэслім, што свядомасць разглядаецца намі не як прытомнасць (дарэчы, у беларускай мове гэтыя паняцці размяжоўваюца), не вынік адлюстравання знешняга свету, і не выключна як ўсведамленне рэчаіснасці, а надфункцыянальнае ўтварэнне, якое з'яўляецца першасным да кагнітыўных і ўласна псіхічных функцый і якому ў дачыненні да іх нададзена арганізуючая роля.

Мадэль, якая ствараецца ў галаўным мозгу і функцыянуе ў выглядзе праграмы, што кіруе ўсімі псіхічнымі працэсамі чалавека, па сутнасці, уяўляе сабой прасторава-часавую арганізацыю самой свядомасці (падкрэслім, што пад такой арганізацыяй разумеецца не свядомае кіраванне, а кіраванне праз свядомасць, апа-сродкаванае ім) [3].

Галоўная роля ў пачатку фарміравання прасторава-часавых зменаў пры Дм належыць дэфектам яго структуры, абумоўленым пераважна дэгенерацыйнымі працэсамі і пашкоджаннямі галаўнога мозгу. Адпаведна ў індывідуальнай прасторы пацыентаў утвараюцца пустыя локусы, якія прыводзяць да яе змяншэння і далейшага знікнення.

Змены індывідуальных прасторы і часу, паводле нашага меркавання, складаюцца з наступных стадыяў:

1 – пачатку ўтварэння пустотаў у індывідуальнай прасторы, руху індывідуальнага часу назад і ўніз і рэгрэсу часовай спіралі,

2 – запусцевання індывідуальнай прасторы, пераходу траекторыі індывідуальнага часу ад спіральнай да просталінейнай з захаваннем рэштаў часовай спіралі,

3 – знікнення індывідуальнай прасторы і ўсталявання просталінейнага ходу індывідуальнага часу.

Гэтым стадыям адпавядаюць змены свядомасці пацыентаў з адмысловымі клінічнымі праявамі, якія складаюцца з парушэнняў кагнітыўных і ўласна псіхічных функцый.

**Першая, пачатковая стадыя Дм** адзначаецца рэгрэсам аб'ёмнай прасторава-часовай канструкцыі мадэлі разам з характэрным для здаровых людзей спіральным рухам індывідуальнага часу і яе набліжэннем да амаль просталінейнага.

У галаўным мозгу з-за пачатку атрафічнага працэсу або лакальных пашкоджанняў узнікаюць дэфекты – паглыбленні, лакуны і поласці, адпаведна якім у індывідуальнай прасторы пацыентаў, найперш – карпаральнай, датычнай галаўно-

га мозгу, а затым – і ў фарміруемай у ім прасторава-часовай мадэлі з'яўляюцца пустыя локусы. Пустоты ў прасторава-часовай мадэлі – гэта не толькі фрагменты выпадзення індывідуальнай прасторы, але і знікнення спіральнага часу. Менавіта з іх утварэння пачынаецца няспынны рэгрэс ўсёй прасторава-часовай канструкцыі.

Што да зменаў механічных якасцяў часовай спіралі ў пацыентаў з Дм, то можна казаць аб яе слабасці, вяласці або рыгіднасці, якія запавольваюць ход часу пацыентаў. Спіраль становіцца ўсё больш не здольнай да выпрацоўкі ўнутранай энергіі арганізма чалавека, з-за чаго апошняя пастаянна ўбывае.

Цяперашнія прастора і час, у якіх з'яўляюцца пустоты, становяцца ўсё менш актуальнымі ў свядомасці пацыентаў. Вядома, без цяперашняга не можа стварацца і будучае. Для пацыентаў з Дм магчымай становіцца апеляцця толькі да мінулага, якое актывізуецца ў іх свядомасці і вызначае пачатак зваротнага кірунку цяжэння індывідуальнага часу. У пацыентаў захоўваецца здольнасць абапірацца толькі на ранейшы досвед.

Ва ўмовах дэактуалізацыі цяперашніх прасторы і часу і немагчымасці будучых пачуццёвае і абстрактнае віды пазнання ўсё больш абмяжоўваюцца. Пачынаецца зніжэнне кагнітыўнага функцыянавання пацыентаў, якое пераўзыходзіць тое, што можа мець месца ў людзей сталага ўзросту. У выніку паслаблення актуальнасці наяўных прасторы і часу пацыенты найперш становяцца не здольнымі арыентавацца ў часе, для фіксацыі якога ў арганізме чалавека няма спецыяльных «датчыкаў», а затым – і ў прасторы, змены ў якой рэгіструюцца яго ворганамі пачуццяў. А паколькі губляюцца прасторава-часавыя апоры для кансалідацыі памяці, то актуальная інфармацыя ў ёй не фіксуецца. Таму, на наш погляд, больш карэктна казаць не пра амнестычную дэзарыенціроўку, як гэта прынята ў кіраўніцтвах па псіхіятрыі, а амнэзію, якая ўзнікае ў выніку парушэння арыенціроўкі ў прасторы і часе.

Паколькі пацыенты не запамінаюць новую інфармацыю, то яны аказваюцца не здольнымі знаходзіць сувязі паміж прадметамі і з'явамі, рабіць адпаведныя вывады і кіравацца імі ў сваёй дзейнасці. Мысленне як сукцэсіўны працэс, які прадугледжвае развіццё думкі і накіраванасць у будучыню, значна абмяжоўваецца. Навучанне

чому-небудзь новаму аказваецца амаль не даступным. Дзейнасць пацыентаў становіцца немэтанакіраванай, бясплённай, нярэдка шкоднай для іх саміх.

Адпаведна прасторава-часавай мадэлі, што з утварэннем пустотаў імкнецца да знікнення, звужаецца і становіцца ўроннай свядомасць пацыентаў. Маючы прыярытэт над псіхічнымі функцыямі, яна і вызначае іх заганнысць. Прымячальна, што на першых этапах развіцця Дм у пацыентаў можа існаваць падспуднае адчуванне адняцця чагосьці з таго, што ім належыць.

На гэтым фоне з лёгкасцю ўзнікае найбольш характэрны для Дм брэд урону, які фармуецца пры наяўнасці пустотаў індывідуальнай прасторы пацыентаў, з фабулай забрання прыналежаючых пацыентам рэчаў, маёмасці, грошай, нанясення шкоды з боку блізкіх і іншых людзей. У ім могуць фігураваць рэальныя асобы, якім прыпісваюцца варожыя дзеянні супраць пацыентаў, або выдуманая персанажы («чэрці», «жывыя» лялькі», «цыганы» і г.д.). Пацыенты дадумываюць сттуацыю, як быццам скіраваную супраць іх. У пэўным сэнсе брэд урону, які ўзнікае на фоне пустотаў індывідуальнай прасторы, а, зачыць – у свядомасці пацыентаў, можна разглядаць як канфабуляторны.

Паводзіны пацыентаў падпарадкоўваюцца адчуванню нанясення ім ўрону. У першай стадыі Дм у пацыентаў праяўляецца імкненне ўмацаваць сваю прастору. Пакуль у свядомасці існуе сваё, дзеля зберажэння яго пацыенты хаваюць самае неабходнае для іх існавання: ежу, грошы, рэчы, імітуючы запаўненне нішаў і поласцяў у асабістай прасторы.

Родных і людзей з блізкага атачэння пацыенты пачынаюць успрымаць як тых, хто нясе ім пагрозу прычынення ўрону. Праяўляюць раздражнёнасць, злобнасць, падозранасць і варожасць, пад уздзеяннем брэдавых перажыванняў пацыенты могуць станавіцца агрэсіўнымі ў дачыненні да тых, хто знаходзіцца побач. Агрэсія ў гэтай стадыі яшчэ мае сваю, сугучную брэду, матываванасць. У іншых выпадках узнікае афект тугі, радзей – эйфарыя. Апошнія аднесены Н. Н. Брагінай і Т. А. Дабрахотавай да праяваў паражэнняў правага паўшар'я, дзе індывідуальны час накіраваны ў мінулае [1].

Пустоты, што ўтвараюцца ў індывідуальнай прасторава-часавай мадэлі, у свядомасці пацыентаў вікарна запаўняюцца прадукцыйнымі

псіхапаталагічнымі ўтварэннямі – псеўдарэмінісцэнцыямі і канфабуляцыямі, што маюць вытокі ў мінулым часе. Укліненне фрагментаў мінулага ў дэактуалізаваны цяперашні час або найбліжэйшы да яго, спрыяе пачатку перманентнага цячэння індывідуальнага часу ў зваротным кірунку.

На нашу думку, псеўдарэмінісцэнцыі і канфабуляцыі пацыентаў з Дм не з'яўляюцца, як лічыцца, ўласна парушэннямі памяці, бо прабелы ўзнікаюць не непасрэдна ў ёй, а з пустотаў у індывідуальных прасторах і часе, а, значыць, – у свядомасці пацыентаў.

У цяперашніх дэактуалізаваных прасторах і часе пацыентаў з Дм першай стадыі не аказваецца рэсурсаў для запаўнення ўтвораных пустых локусаў у наяўнай індывідуальнай прасторы. Такую магчымасць можа быць прадастаўлена толькі за конт захаванага ў гэтай стадыі мінулага часу. Пры актывізацыі мінулага яно становіцца адкрытым да вымання інфармацыі са сваіх сховішчаў. Дзякуючы дзікрэтнасці арганізацыі апошняга фрагменты былога пераносацца ў цяперашняе і запаўняюць пустыя локусы цалкам або часткова дзеля захавання цэласці свядомасці. Пры недастатковым запаўненні пустотаў уключаецца механізм канфабулявання дзеля імітацыі яе ўзнаўлення.

Адметнасцю канфабуляцый пры кагнітыўным зніжэнні пацыентаў з Дм з'яўляецца асаблівая нялепасць вымыслаў і найчасцей – іх бытавы узровень. Так, пацыентка Ш. паведаміла: «У нядзелю я пошла на рынак у Ждановічы, купіла зялёных ягод стала там на газовай пліце варыць варэнне, аблілася і апяклася. Нейкі высокі мужчына штурхнуў мяне, і я звалілася і пабілася».

Так сама, як і папярэднія феномены, ў аспекце актывізацыі мінулага можна разглядаць ложныя пазнаванні, калі пацыенты памылкова прымаюць сваіх родных і іншых знаёмых ім людзей за тых асобаў, якіх яны ведалі значна раней. Гэта азначае, што ў свядомасці пацыентаў адбываецца замена аб'екта, які існуе ў цяперашнім часе, вобразамі мінулага.

Варта адзначыць, што ў першай стадыі Дм у пацыентаў могуць захоўвацца элементы ўсведамлення ўласнай непаўнартаснасці але і яны выступаюць у тым самым агульным для дадзенай стадыі рэчышчы – закамуфляваць свае нястачы. Пацыенты знаходзяць прымальнае для іх тлумачэнне – апраўдваюць стомленасцю, кепскім самаадчуваннем. Парой, асабліва пацыен-



ты з сасудістай Дм, пагаджаюцца, што ў іх зніжа-на памяць: скардзяцца на забыўчынасць, прызнаюць, што хутка забываюць даты каляндара, імёны людзей, не памятаюць, куды кладуць свае рэчы, паколькі «так бывае ў многіх» і не апускае іх ва ўласных вачах. Аднак, калі выяўляецца, што яны не ведаюць свайго ўзросту і не ў стане выканаць нескладаныя арыфметычныя дзеянні, то называюць год нараджэння або задаюць сустрэчныя пытанні: «А Вы як думаеце?», «А чаму вы задаеце такія дзіўныя пытанні?», раздражняюцца, упадаюць у гнеў. Асабліва моцнае абурэнне з адмовай ад далейшага тэсціравання можа ўзнікаць пры няўдалым выкананні імі тэстаў, якія накіраваны на вызначэнне ўзроўню інтэлекта. Апраўданне і перанос – гэта варыянты псіхалагічнай абароны, якія тут таксама выступаюць як сродкі маскіравання кагнітыўных хібаў.

У частцы пацыентаў усведамленне сваіх нястачаў выклікае дэпрэсіўныя перажыванні. Звернем увагу, што мадэль Дм у першай стадыі яе фарміравання, дзе адбываецца звужэнне індывідуальнай прасторы, пачатак руху індывідуальнага часу назад і зніжэнне ўзроўню віткаў часовай спіралі (пры ўмове вікарнага запаўнення пустых месцаў іншымі псіхапаталагічнымі ўтварэннямі з арсеналу прыналежных мінуламу часу), падобная на мадэль дэпрэсіі. Аднак пры апошняй рух часу ў большасці выпадкаў узнаўляльны і рэдка скончваецца пераходам у кропкавую пазіцыю з развіццём у пацыентаў дэпрэсіўнага ступару. У выпадку незапаўнення пустотаў дэпрэсія развіваецца ва ўмовах хібаў індывідуальнай прасторы і ўроннай свядомасці, што абцяжарвае яе цяжэнне. Пры наяўнасці дэпрэсіі пацыенты з Дм на працягу цэлых сутак знаходзяцца нібыта ў прыгнечаным прыцемкавым стане свядомасці, што не характэрна для пацыентаў без дэпрэсіі у першай стадыі Дм.

На самым пачатку фарміравання Дм падспуднае адчуванне набліжэння небыцця ў некаторых пацыентаў можа быць аснана на прадагданні далейшага развіцця падзеяў, што можа выклікаць псіхічны стан, які прынята расцэньваць як нігілістычны брэд з ідэямі знікнення знешняга свету і іх саміх. Аднак працэс знікнення індывідуальнай прасторава-часовай мадэлі, асновай якой з'яўляецца часавая спіраль (яе можна фігуральна назваць *лініяй жыцця*), адбываецца насамрэч, што ўздымае пытанне аб выключна брэдавым характары такіх перажыванняў. Мож-

на меркаваць, што ў пацыентаў развіваецца катастрафічная дэпрэсіўная рэакцыя на адчуванне надыходу канца, якая можа дасягаць псіхатычнага ўзроўню. Такія станы характарызуюцца высокай ступенню суіцыдальнай небяспекі.

Таксама прымячальна, што за брэдам і дэпрэсіяй пачатковыя прыкметы зніжэння памяці і інтэлекту могуць быць малазаўважнымі.

У канцы першай стадыі Дм усведамленне пацыентамі таго, што адбываецца з імі, знікае.

Прасторава-часавая мадэль пацыентаў з Дм выглядае як перавёрнутая ў параўнанні з маючай месца ў здаровых людзей. Таму, верагодна, пры Дм мае месца інверсія фаз цыклу сон-няспанне. Пацыенты праяўляюць начную актыўнасць, псіхаматорную ўзбуджанасць, стэрэатыпную мітуслівасць, рухаюць мэблю, нешта шукаюць, пераварочваюць пасцелі. Часам галюцынуюць і назаўтра яны аб гэтым нічога не памятаюць, што можна кваліфікаваць як кароткачасовыя дэлірыйныя станы. Затое зранку або ўдзень ўпадаюць у даволі працяглы сон.

Фізічныя хібы цялеснай прасторы яшчэ адносна невялікія. Звычайна маюць месца зніжэнне функцый апорна-рухальнага апарату, нярэзка выражаная сардэчна-сасудзістая паталогія, субкомпенсаваная гіперглікемія, падлеглыя карэкцыі праявы катаракты, пачатковай глаўкомы, тугавухасці. Але пацыенты актыўна прымаюць неабходныя лекі і карыстаюцца спецыяльнымі прыладамі для паляпшэння парушаных функцый.

Пры запавольванні індывідуальнага часу, які рухаецца ўніз, праяўляюцца тыя ж эфекты саматычных перагрузак, што апісваліся намі пры разглядзе прасторава-часовай арганізацыі дэпрэсіі – з фіксаванасцю на ніжніх аддзелах тулава, рук і ног [6]. Многія упарта скардзяцца на праблему дэфекацыі і мачавыпускання (назваюць іх «затарамі», «закупоркамі»), з-за чаго адмаўляюцца ад ежы і пітва (бо «яшчэ больш затрымаецца»), якія нярэдка памылкова расцэньваюцца псіхіятрамі як брэдавыя. У такіх выпадках практыкуецца прызначэнне псіхатропных сродкаў, што толькі пагаршае саматычны стан пацыентаў.

У першай стадыі фарміравання Дм пацыенты сябе, як правіла, яшчэ здольныя даглядаць сябе ў самым простым: клапоцяцца пра ежу, пітво і іншыя фізіялагічныя патрэбы.

Неабходна адзначыць, што пасля інсультаў са значнай велічынёй паражэння галаўнога мозгу, а таксама чэрапна-мазгавых траўмаў пасля

перыяду існавання амнестычнага сіндрому з характэрнай для яго дэзарыенціроўкай, антэраі рэтраграднай амнезіяй, а таксама канфабуляцыямі, пры адсутнасці іх кампенсацыі пацыенты могуць трапляць у адразу ў другую стадыю развіцця Дм.

**У другой стадыі Дм** дыфузная ці ачаговая цэрэбральная атрафія мозгу набывае яшчэ большую выражанасць, участкі разбурэння мозгу павялічваюцца ці становяцца множнымі, што прыводзіць да істотнага памяншэння яго рэчыва.

Мадэль дадзенай стадыі адлюстроўвае завяршэнне працэсу яе *запусцевання* з прычыны, як ужо казалася, нівелявання індывідуальнага часу ва ўсіх яго трох вымярэннях.

Індывідуальная прастора амаль знікае. Індывідуальны час становіцца прасталінейным, скіраваным назад і ўніз; тэмп яго значна запавольваецца. Часавая спіраль выпростваецца, на атрыманай лініі застаюцца толькі адрыўкі, што толькі выклікае яе дэфармацыі.

Цяперашнія прастора і час для пацыентаў ужо цалкам не актуальныя, а мінулыя ў іх перастаюць актывізоўвацца. Вобразы з асабістага мінулага не здабываюцца.

Пазнавальныя працэсы ў пацыентаў не разгортваюцца. Мае месца поўная дэзарыенціроўка пацыентаў у прасторы і часе. Яны часта зыходзяць з дому і губляюцца нават у знаёмых раней абставінах.

Маўленне пацыентаў губляе мэтанакіраванасць, становіцца бязладным. Некаторыя вядуць *пустыя* размовы з іншымі пацыентамі, не разумеючы, што адзін гаворыць другому. Але ўсё ж яны пераважна маўчаць, толькі часам нешта выкрыкваюць.

Парушэнні памяці становяцца татальнымі, мысленне як такое перастае існаваць. Пры нейрапсіхалагічным тэсціраванні пацыенты дэманструюць нізкія паказнікі памяці і інтэлекту або зусім не паддаюцца даследаванню.

Часта не пазнаюць сваіх родных, але за іншых людзей іх не прызнаюць. Адсутнічаюць і эмацыйныя рэакцыі пры сустрэчах са сваякамі, хаця бяруць прынесенае імі. Звычайна пасіўна падпарадкоўваюцца персаналу, але парой аказваюць супраціўленне дапамозе звонку.

Пацыенты не адчуваюць межаў сваёй прасторы. Яны не адрозніваюць сваіх рэчаў ад чужых, губляюць сваё і забіраюць чужое, заходзяць у не ў свае палаты, укладаюцца не на свае

ложкі. Прымячальна, што ў гэтай стадыі пацыенты перастаюць хаваць прыналежнае ім.

Свядомасць пацыентаў у другой стадыі Дм можна назваць *рэштавай*, *адрывачнай*. Пустыя месцы ў індывідуальнай прасторы павялічваюцца і ніякімі ўтварэннямі, што прадукваліся ў першай стадыі парушанай свядомасцю, не запаўняюцца, бо магчымасцяў для іх замяшчэння няма.

Пацыенты перастаюць апраўдвацца ў сваёй непаўнавартаснасці. Брэдавныя ідэі забрання, псеўдарэмінісцэнцыі ды канфабуляцыі і іншыя псіхаталагічныя фармаванні ў другой стадыі Дм могуць праяўляцца толькі ў астатковым выглядзе. Пацыенты парой выказваюць бязглуздыя адрывачныя брэдападобныя ідэі, ці выяўляюць непрацяглыя падманы ўспрымання, якія самі не апісваюць і пра якія найчасцей можна меркаваць толькі па знешніх назіраннях.

У іх здараюцца эпідоды раптоўнага ўзбуджання псіхічнай і рухальнай актыўнасці, якая маюць немэтанакіраваны і стэрэатыпны характар. Часам становяцца ажыўленымі, беспарадкава нешта робяць ці імітуюць якое-небудзь дзеянне: расшпільваюць гузікі, распранаюцца, рвуць адзенне і пасцельную бялізну або «збіраюцца ў дарогу». Або бязмэтава ходзяць па калідоры і дзёргаюць ручкі дзвярэй, каб выйсці за межы памяшкання.

Эмоцыі пацыентаў агрубляюцца, становяцца аднастайнымі, сплосчваюцца. Часам у іх ўзнікаюць выплескі незадавальнення, злобы і гневу. Могуць праяўляць нематываваную агрэсію ў дачыненні да тых людзей, што знаходзяцца побач з імі. Або становяцца эйфарычнымі, растарможанымі, распраняюцца, агаляюць свае палавыя органы.

І ўсё ж збольшага ў гэтай стадыі Дм пацыенты на працягу цэлага дня сідзяць у маларухомай позе, не праяўляючы ніякай цікавасці да таго, што адбываецца вакол іх.

Сон перастае залежаць ад перыяду сутак, становіцца неспарадкаваным, адрывачным, рознай працягласці і глыбіні. Шмат часу знаходзяцца ў дрымотным стане.

Што да зменаў механічных якасцяў часавай спіралі пацыентаў з Дм, то апошняя становіцца або слабой, або рыгіднай. У абодвух варыянтах у месцах выпроствання і дэфармацыі спіралі ўнутраная энергія ў арганізме пацыентаў не выпрацоўваецца. Энергетычныя рэсурсы вычэрпваюцца і наступае страта пацыентамі жыццёвых сіл.

Дэфармацыі лініі, якая ўтвараецца замест былой часавай спіралі, адбываюцца на абліччы пацыентаў. Скура абвісае, галава нахіляецца ўніз. Рысы твару агрубляюцца і скажаюцца, спіна сгінаецца пастава згорбліваецца і скрыўліваецца. Цела становіцца нямоцным, падлеглым хваробам, траўмам. Рухомасць пацыентаў значна зніжаецца. Пры хадзьбе і нават сідзячы яны часта не ўтрымліваюць раўнавагі. Самастойна ўжо не перасоўваюцца. Сіла мышцаў змяншаецца або іх тонус павышаецца, з'яўляецца трэмар галавы, рук і ног.

Адбываецца пагаршэнне саматычнага стану пацыентаў. Наступае фізічная нямогласць. З'яўляецца патрэба ў пастаянных сродках кампенсацыі саматычных праблемаў.

Зніжаюцца вітальныя патрэбы пацыентаў. Большасць з іх ужо не праяўляе клопату пра неабходнасць прыняцця ежы і пітва. Аднак некаторыя праяўляюць няўмеранасць у іх прыёме. Свае фізіялагічныя адпраўленні яны ўжо не кантралююць.

**Мадэль трэцяй стадыі Дм** – гэта простая лінія, што складаецца з асобных кропак. Ад індывідуальнай прасторы застаецца толькі значна змененая цялесная, да і тая мінімізуецца. Індэкс масы цела зніжаецца, у шмат якіх выпадках развіваецца кахексія. Экстракарпаральная прастора ўяўляе сабой суцэльную пустату. Час пацыентаў рухаецца крайне запаволена па простаі лініі назад і ўніз і становіцца амаль нерухомым. З-за знікнення спіральнага часу ўнутраная энергія ў арганізме пацыентаў не выпрацоўваецца. Жыццё пацыентаў падтрымліваецца толькі ад знешніх крыніц.

Пры дасягненні індывідуальнымі прасторай і часам кропкавай пазіцыі свядомасць пацыентаў, якая ў здаровых людзей фарміруецца на іх глебе, знікае. Але пакуль лінія доўжыцца, працягваецца фізічнае існаванне чалавека. І толькі калі кропка на гэтай лініі аказваецца апошняй, яно канчаткова спыняецца.

Кагнітыўныя функцыі пры адсутнасці экстракарпаральнай прасторы ажыццяўляцца не могуць. Пацыенты не рэагуюць на падзеі, што адбываюцца з імі і вакол іх, нікога не пазнаюць. Зусім перастаюць рэагаваць на звароты і ўступаць у моўны кантакт. Замест маўлення адзначаюцца мурмантанне і перыядычныя вакалізацыі. Мысленне знікае канчаткова.

Само цела пацыентаў з Дм становіцца драхлым. Іх позірк застылы, зрэнкі звужаныя. Адзна-

чаюцца выражаныя аральныя аўтаматызмы, вельмі часта – цяглічная рыгіднасць. Яны ўжо не ўтрымліваюць свайго палажэння, ляжаць пераважна нерухома, найчасцей у эмбрыянальнай позе. Часам здзяйсняюць хаатычныя рухі рукамі і нагамі.

У пацыентаў адсутнічае патрэба прымаць ежу і пітво, да таго ж яны кепска засвойваюцца, што прыводзіць да кахексіі і абязводжвання. Назіраецца *фізічны ўпадак*. Мае месца татальная нямогласць, бездапаможнасць становіцца поўнай. Пацыенты вядуць толькі вегетатыўнае існаванне і большую частку сутак спяць.

У трэцяй стадыі Дм адбываецца згасанне жыцця пацыентаў. Зыход з яго паскараецца саматычнымі ускладненнямі.

Такім чынам, у аснове сіндрома Дм палягае няўхільнае зніжэнне прыналежнай здаровым людзям асіметрыі асабістых прасторы і часу, якое абумоўлівае рэгрэс, а затым і знікненне аб'ёмнай індывідуальнай прасторава-часавай мадэлі пацыентаў. Адбываецца звужэнне індывідуальнай прасторы пацыентаў, памяншэнне велічыні радыусу віткоў часавай спіралі, пераход спіральнага руху індывідуальнага часу ў прасталінейны, накіраваны назад і ўніз, – да поўнага іх нівелявання. Асноўным наступствам гэтых працэсаў з'яўляецца згасанне свядомасці чалавека, рэгрэсу кагнітыўнага і ўласна псіхічнага функцыянавання да іх нівелявання.

Прычына такіх радыкальных зменаў крыецца ў фарміраванні дэфектаў структуры галаўнога мозгу, якое, у сваю чаргу, выклікае ўтварэнне пустотаў у названай мадэлі.

Праведены аналіз паказаў, што менавіта прасторава-часавыя змены складаюць аснову падзелу цячэння Дм на стадыі.

Адметнасцю **першай стадыі Дм** з'яўляецца дэзактуалізацыя цяперашняга індывідуальнага часу пацыентаў, а затым – і індывідуальнай прасторы з частковай кампенсацыяй за конт надзвычайнай актывізацыі мінулых, што робіць немагчымым фарміраванне будучыні.

Згуба прасторава-часавых апораў для фіксацыі інфармацыі мае вынікам парушэнні непасрэднай арыенціроўкі пацыентаў у прасторы і часе, зніжэнне памяці і інтэлекту. Апошні, пад якім мяркуецца, перш за ўсё, здольнасць рабіць неабходныя вывады, не можа існаваць па-за працэсам развіцця, у норме накіраваным па спіралі ў будучы час.

Стан свядомасці пацыентаў у адпаведнасці з індывідуальнай прасторава-часовай мадэллю названы намі *уронным*. Спецыфікай дадзенай стадыі з'яўляецца наяўнасць, хаця і парушанага, але яшчэ даволі актыўнага псіхічнага функцыянавання, накіраванага на прыхаванне ўрону шляхам запаўнення пустотаў у свядомасці або іх прыкрыцця. Такім чынам адбываецца фарміраванне адмысловых псіхопаталагічных і паводзінскіх феноменаў за конт зменаў у прасторава-часовай мадэлі. У гэтых феноменах праглядаецца адна і тая самая тэндэнцыя да вікарнага запаўнення пустых локусаў у індывідуальнай прасторы пацыентаў і ва ўсёй іх прасторава-часовай мадэлі дзеля захавання цэласці свядомасці. Сюды адносяцца прымітыўныя спробы пацыентаў пацыентаў замаскіраваць сваю непаўнаважасць стэнічнымі афектамі, вербальнай агрэсіяй і экстрапунітыўнымі рэакцыямі; брэд урону з хаваннем прыналежных пацыентам атрыбутаў *свайго* – за конт рэсурсаў цяперашняга часу; ілжывыя пазнаванні, псеўдарэмінісцэнцыі і канфабуляцыі – шляхам пераносу вобразаў мінулага і цэлых яго фрагментаў, а пры іх недастатковасці – выдуманымі падзеямі – у цяперашні час.

Звернута ўвага, што мадэль Дм у яе пачатку падобная на такую ў пацыентаў з дэпрэсіяй. Адзначанае падабенства прасторава-часовай арганізацыі тлумачыць даволі частае ўзнікненне дэпрэсіі ў першай стадыі фарміравання Дм. Але дэпрэсія пры Дм ускладняецца наяўнасцю пустых месцаў у індывідуальнай прасторы, хаця і нярэдка «прыкрытых» у свядомасці псіхопаталагічнымі ўтварэннямі, прыналежных мінуламу часу, што робіць яе яшчэ больш цяжкай і малакурабельнай. Выказана меркаванне, што тое, што ў клінічнай карціне кваліфікуецца як нігілістычны брэд, можа быць звязана з пэўным усведамленнем пацыентамі далейшага ходу развіцця падзеяў з вітальнай катастрофічнай рэакцыяй на іх.

Характэрнай для першай стадыі з'яўляецца інверсія цыклу сон – няспанне, што абумоўлена будовай прасторава-часовай мадэлі Дм, якая імкнецца да сіметрыі, у супрацьлегласць асіметрычнай мадэлі, якая мае месца ў здравых людзей ў фазе няспання. І менавіта ўначы ў пацыентаў з Дм найчасцей ўзнікаюць кароткачасовыя станы ўзбуджання з брэдам і галюцынацыямі.

Хібы прасторава-часовай мадэлі Дм спрыяюць узнікненню праблем ў фізічным стане па-

цыентаў. Але самавычная паталогія ў першай яе стадыі ў большасці выпадкаў субкомпенсаваная. Пацыенты яшчэ захоўваюць самастойную рухальную актыўнасць і здольныя сябе абслугоўваць, хаця б у самым элементарным.

**У другой стадыі Дм** паступова завяршаецца працэс запусцевання прасторава-часовай мадэлі пацыентаў. Індывідуальная прастора нівялюецца, індывідуальны час становіцца пераважна прасталінейным, які нерэгулярна чаргуецца з адрыўкамі часовай спіралі.

Для пацыентаў перастаюць існаваць не толькі цяперашняе, але і мінулае. Таму пустоты ў індывідуальных прасторы і часе нічым не запаўняюцца.

Працэс пазнання як такі не адбываецца. Пацыенты ў сваім існаванні карыстаюцца толькі рэштамі старых паводзінскіх шаблонаў.

Адпаведна мадэлі свядомасць пацыентаў *адрывацкая, астаткавая*, пры якой магчымым становіцца ўзнікненне кароткіх псіхатычных станаў, выплескаў нематывавальных дысфарыі або эйфарыі.

Фізічнае функцыянаванне, цесна звязанае з працай часовай спіралі, з яе знікненнем прагрэсіўна пагаршаецца. Паглыбляецца выражанасць самавычнай паталогіі. Пацыенты перастаюць самастойна перасоўвацца.

**Трэцяя стадыя Дм** адзначаецца знікненнем індывідуальных прасторы і часу са спыненнем псіхічнага жыцця пацыентаў і фізічным заняпадам.

Існаванне чалавека прадстаўлена мадэллю, якая ўяўляе сабой простую лінію, што складаецца з размешчаных адна за адной сукупнасці кропак. Ім адпавядае стан свядомасці, названы намі *кропкавым*. На апошняй з кропак спыняецца і фізічнае існаванне чалавека.

Даследаванне паказала, што дэменцыя з'яўляецца, па сутнасці, цалкам вытворнай парушэнняў індывідуальнай прасторава-часовай мадэлі пацыентаў. На прыкладзе мадэлі Дм паказана, што яе змены зыходзяць не ад парушэнняў індывідуальных прасторы і часу, як гэта мае месца пры «функцыянальных» псіхічных расстройтвах, а першасна – ад паражэнняў самога галаўнога мозгу, які з'яўляецца найбольш значнай часткай індывідуальнай прасторы і дзе фарміруецца дадзеная мадэль.

Яно таксама дало ўнікальную магчымасць для асэнсавання заканамернасцяў працы са-



мой часавай спіралі, якая з'яўляецца рухавіком прагрэсіўных пераўтварэнняў. Менавіта часавая спіраль забяспечвае здольнасць псіхікі чалавека функцыянаваць ва ўсіх трох яго часах: мінулым, цяперашнім і будучым. Інфармацыя пратое, што ўжо адбылося, фіксуецца на спіралі і, па меры аддалення былых падзей, пераходзіць на ўсё больш нізкі ўзровень і захоўваецца там назаўжды, пакуль існуюць прастора і час чалавека. Пры гэтым, пры пэўных умовах, адвольна ці неадвольна, часткі гэтага мінулага ў сілу яго дыскрэтнасці могуць становіцца даступнымі свядомасці чалавека. Цяперашняе, наяўнае адбываецца ў кожны дадзены момант, а найбліжэйшае будучае знаходзіцца на наступнай пазіцыі вітка спіралі, і г.д. Так арганізавана, напрыклад, Мысленне чалавека.

Сувязь цяперашняга часу, з будучым і мінулым чалавека адбываюцца праз працу яго часавай спіралі. Змены ў мадэлі могуць ісці як ад парушэнняў індывідуальнай прасторы, так і самога галаўнога мозгу, дзе ствараецца дадзеная мадэль. Апошняе адбываецца пераважна пры арганічных яго паражэннях.

## Літаратура

1. Брагина, Н. Н., Доброхотова, Т. А. Функциональные асимметрии человека / Н. Н. Брагина, Т. А. Доброхотова. – М.: Медицина, 1981. – 288 с.
2. Вернадский, В. И. Размышления натуралиста: Пространство и время в живой и неживой природе / В. И. Вернадский; под ред. Н. Ф. Овчинникова. – М.: Наука, 1975. – 174 с.
3. Тетеркина, Т. И., Корсак, О. В., Скугаревский, О. А. Пространственно-временная основа сознания человека и его нарушений при психических расстройствах / Т. И. Тетеркина, О. В. Корсак, О. А. Скугаревский // Случевские чтения: феноменология и экзистенциальная психотерапия: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием / Под ред. С. М. Бабина. – СПб., ООО «Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2016. – С. 237–250.
4. Цяцёркіна, Т. І., Корсак, В. У. Прасторава-часавая тэорыя псіхічнага здароўя і яго расстройстваў: Агульныя тэарэтычныя палажэнні / Т.І. Цяцёркіна, В. У. Корсак // Военная медицина, 2016. – № 2. – С. 66–68.
5. Цяцёркіна, Т. І., Корсак, В. У. Прасторава-часавая тэорыя псіхічнага здароўя і яго расстройстваў: Парушэнні прасторава-часавай арганізацыі цыклу сон-няспанне пры псіхічных расстройствах / Т.І. Цяцёркіна, В. У. Корсак // Военная медицина, 2017. – № 1. – С. 67–73.
6. Цяцёркіна, Т. І., Корсак, В. У. Прасторава-часавая тэорыя псіхічнага здароўя і яго расстройстваў: Характарыстыка прасторава-часавых мадэляў афектыўных расстройстваў. Частка 1. // Военная медицина, 2018. – № 1. – С. 51–57.