

ПРАСТОРАВА-ЧАСАВАЯ ТЭОРЫЯ ПСІХІЧНАГА ЗДАРОЎЯ І ЯГО РАССТРОЙСТВАЎ: ХАРАКТАРЫСТЫКА ПРАСТОРАВА-ЧАСАВЫХ МАДЭЛЯЎ АФЕКТЫЎНЫХ РАССТРОЙСТВАЎ. Частка 1

ДУ «Рэспубліканскі навукова-практычны цэнтр псіхічнага здароўя»¹,
НМУ «Рэспубліканскі цэнтр праблем чалавека»
Беларускага дзяржаўнага ўніверсітэта²

Вынікі праведзенага аўтарамі прасторава-часавога аналізу афектыўных расстройтваў паказалі, што сутнасць апошніх заключаецца ў празмерных павышэнні і зніжэнні ступеняў індывідуальных прасторава-часавых асіметрыі на працягу аднаго эпізоду, у выніку чаго з цыклу сон-няспанне выпадаюць стабільныя фазы няспання і сну, а пераходныя – да няспання і сну – гіпертрафіруюцца. Індывідуальны час пацыентаў становіцца аднанакіраваным наперад і ўверх пры маніі або назад і ўніз пры дэпрэсіі, што прыводзіць да парушэнняў індывідуальных прасторава-часавых мадэляў з гіпербалізацыяй або мінімізацыяй сфер свядомасці пацыентаў.

Ключавыя словы: індывідуальныя прастора і час, афектыўныя расстройтвы, мадэлі свядомасці.

Т. И. Тетеркина, О. В. Корсак

ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННАЯ ТЕОРИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ЕГО РАССТРОЙСТВ: ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННЫХ МОДЕЛЕЙ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ. Часть 1

Результаты проведенного авторами пространственно-временного анализа аффективных расстройств показали, что сущность последних заключается в чрезмерных повышении и снижении степеней индивидуальных пространственно-временных асимметрий в течение одного эпизода, в результате чего из цикла сон-бодрствование выпадают стабильные фазы бодрствования и сна, а переходные – бодрствования и сна – гипертрофируются. Индивидуальное время пациентов становится однонаправленным вперед и вверх при мании либо назад и вниз при депрессии, что приводит к нарушениям индивидуальных пространственно-временных моделей с гиперболизацией либо минимизацией сфер сознания пациентов.

Ключевые слова: индивидуальные пространство и время, аффективные расстройства, модели сознания.

T. I. Tsiatserkina, V. U. Korsak

**THE SPACE AND TIME THEORY OF MENTAL HEALTH AND ITS DISORDERS:
CHARACTERISTICS OF SPATIO-TEMPORAL MODELS OF AFFECTIVE DISORDERS. The part 1**

The results of the authors spatial-temporal analysis of affective disorders showed that the essence of the latter lies in the excessive increase and decrease of the individual spatial-temporal asymmetries degree during a single episode, resulting in fall of sleep-wake stable phases of wakefulness and sleep, and hypertrophia of the linking – of wakefulness and sleep phases. The individual patients time becomes unidirectional to forward and up at mania or to backward and downward in depression, which leads to violations of individual spatio-temporal models exaggeration or minimization of the patients consciousness spheres.

Key words: individual time and space, affective disorders, models of consciousness.

У папярэдніх частках распрацоўваемай намі тэорыі [5–10] паказана, што індывідуальныя прастора і час чалавека прадстаўлены ў яго свядомасці ў выглядзе прасторава-часавых мадэляў. Індывідуальная прасторава-часавая мадэль чалавека, які знаходзіцца ў актыўным стане, выяўляе ўмераную вертыкальную асіметрыю. Яна паўтарае форму індывідуальнай прасторы і мае канфігурацыю конуса, перавёрнутага больш шырокім аснаваннем ўверх, а больш вузкай усечанай верхавінай – ўніз. У такой канструкцыі індывідуальны час мае спіральную траекторыю і вектар цяжэння наперад/ўверх і назад/ўніз. На працягу сутак, як вынікае з аналізу цыклу сон-няспанне, велічыня конуснай мадэлі паслядоўна мяняецца, дзякуючы працы ўключанай у яе часовай спіралі, а час двойчы за суткі мяняе вектар – у фазах пераходу да няспання і пераходу да сну. Пераважае месца ў свядомасці здаровых людзей займае рэальная прасторава-часавая сфера. Пры псіхічных расстройствах адбываюцца істотныя, часта – глабальныя, парушэнні індывідуальных прасторы і часу, якія змяняюць будову адпаведных ім свядомасных мадэляў і суадносіны рэальнай прасторава-часовай сферы з іншымі, характэрнымі для кожнага рас-

стройства. Выказана меркаванне, што афектыўныя расстройства (АР) бяруць пачатак у парушэннях цыклу сон-няспанне пацыентаў.

Мэта даследавання – даказаць, што асновай фарміравання клінічнай сімптоматыкі АР з’яўляюцца парушэнні дынамічных характарыстык індывідуальных прасторы і часу пацыентаў.

Задачы даследавання:

1 – вывучыць парушэнні арганізацыі прасторава-часовай мадэляў «класічных» АР з пункту гледжання іх асіметрыі,

2 – устанавіць сувязь паміж парушэннямі дынамікі зменаў індывідуальных прасторы і часу пацыентаў з маніяй (М) і дэпрэсіяй (Д) і клінічнымі праявамі апошніх.

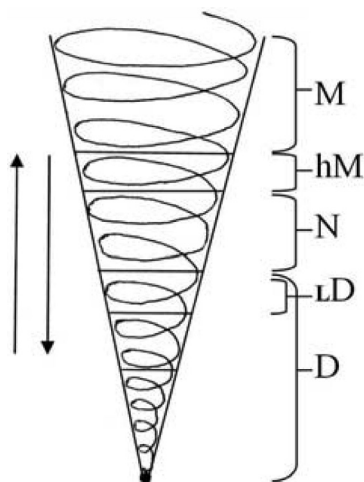
Матэрыялам даследавання паслужылі вынікі клінічных назіранняў за 122 пацыентамі з уніпалярнымі АР: 54 – з М, 68 – з Д і 49 – з біпалярным расстройствам (БАР), даследаваных выпадковай выбаркай у аддзяленнях РНПЦ псіхічнага здароўя.

Асноўным **метадам даследавання** з’явіўся метада клінічнага аналізу з акцэнтаваннем увагі на сімптомах – індыкатарах дынамічных парушэнняў індывідуальных прасторы і часу пацыентаў з АР.

Як і ў папярэдніх частках прадстаўленай тэорыі, асноўнай метадалогіяй даследавання выступіў агульнанавуковы прынцып сіметрыі [1; 2].

Вынікі даследавання і іх абмеркаванне. Вывучэнне прасторава-часовай арганізацыі АР мэтазгодна пачаць з разгляду абагульненай прасторава-часовай мадэлі, дзе наглядна прадэманстраваны прынцыпы іх пабудовы. Прасторава гэтая мадэль з’яўляецца працягам ўверх і ўніз мадэлі здаровых людзей і, як і апошняя, уяўляе сабой усечаны конус, перавёрнуты шырокім аснаваннем ўверх. Аднак у ніжняй частцы мадэлі ён можа пераходзіць у завершаную конусную фігуру з накіраванай ўніз вяршыняй (мал.).

Усе варыянты АР можна лічыць вытворнымі ад апісанай намі раней індывідуальнай прасторава-часовай мадэлі здоровага чалавека: М – яе працягу ўверх, Д – працягу ўніз. Размяшчэнне мадэляў вышэй або ніжэй за маючую месца ў здаровых людзей адлюстроўвае супрацьлеглую накіраванасць індывідуальных прасторава-часавых зменаў у пацыентаў з АР.



М – манія; hM – гіпаманія; N – норма; D – лёгкая Д;
D – дэпрэсія

Мал. Прасторава-часавая мадэль АР

Гэтыя зрухі адбываюцца згодна з працэсамі павышэння і паніжэння ступеняў асіметрыі яе канструкцыі. У аснове дынамікі зменаў мадэлі М на этапе развіцця расстройтва палягае рэзкае ўзрастанне асіметрыі індывідуальных прасторы і часу, а Д – яе зніжэнне. На этапе рэгрэсу паталагічнага працэсу ўсё адбываецца ў зваротным парадку. Мы наўмысна не гаворым пра сіметрызацыю мадэлі Д, каб падкрэсліць, што сутнасць АР заключаецца менавіта ў ваганнях ступеняў прасторава-часавай асіметрыі, бо сярод усіх псіхічных расстройтваў толькі АР мае такую выразна асіметрычную дынамічную арганізацыю. У адрозненне ад шызафрэнні, прасторава-часавая мадэль якой становіцца люстрана сіметрычнай да маючай месца ў здравых людзей, канфігурацыя мадэлі застаецца асіметрычнай як пры М, так і пры Д, змяняюцца толькі ступені іх асіметрыі. Сіметрыя можа выяўляцца выключна ў крайніх пазіцыях мадэляў АР.

Важна адзначыць, што пры АР траекторыя індывідуальнага часу, як і ў норме, застаецца спіральнай. Аднак радыус віткаў часавай спіралі падчас развіцця маніякальных эпیزодаў прагрэсіўна павялічваецца, а падчас дэпрэсіўных – памяншаецца.

Змены індывідуальных прасторава-часавых асіметрыі у пацыентаў з АР (акрамя сезонных) па механізму дзеяння часавай спіралі нагадваюць тыя, што адбываюцца ў здравых людзей на працягу цыклу сон-няспанне. Падобна апошнім, яны выражаюцца ў папераменных павелічэнні і памяншэнні прасторава-часавай асіметрыі. Аднак пры гэтым з жыцця пацыентаў выпадаюць перыяды, адпаведныя стабільным фазам цыклу сон-няспанне. Так, пры БАР назіраецца чаргаванне дзвюх утрыраваных фаз – пераходаў да няспання і сну – з чатырох маючых месца ў нармальным сутачным цыкле сон-няспанне. А ў эпیزодах толькі М і толькі Д, акрамя стабільных, выпадаюць адна з пераходных фаз цыклу: пры М – пераходу да сну, пры Д – да няспання.

Афектыўны эпизод можа абмяжоўвацца адной во-бласцю мадэлі, а таксама ахопліваць памежныя, што павялічвае спектр клінічнай сімптоматыкі і можа мадыфікаваць яе.

Найпершаснымі наступствамі прасторава-часавых змен пры АР з'яўляюцца парушэнні цыклу сон-няспанне, ваганні энергетычнага ўзроўню арганізма чалавека і зрухі ў яго свядомаснай сферы.

Дынамічныя характарыстыкі прасторава-часавых мадэляў М

1. Развіццё М.

Манію можна разглядаць як своечасова не спыненую фазу пераходу ад сну да стану няспання здравых людзей. У запуску гэтага механізма, як мяркуецца, адыгрывае ролю гіперчулівасць пацыентаў да ранішняга імпульсу, які паходзіць ад сусвету і нясе ў сябе станоўчы зарад (+ стымул), што запачаткоўвае рух індывідуальнага часу чалавека па спіралі.

Існаванне толькі ранішняй бесспыннай фазы пераходу ад сну да няспання абумоўлівае выпадзенне з суткавага цыклу фаз няспання, пераходаў да сну і ўласна сну. Гэта прыводзіць да таго, што пацыент перастае паўнаватасна спаць на працягу цэлых сутак, бо ні дня, ні вечара, ні ночы для яго не існуе.

Пасля перыяду пашырэння індывідуальнай прасторы і руху індывідуальнага часу наперад і ўверх, якія лімітаваны ў здравых, гэтыя працэсы ў пацыентаў з М на верхняй мяжы зыходнай прасторава-часавай мадэлі не стабілізуюцца, а працягваюць прагрэсіраваць. Індывідуальная прастора неабмежавана павялічваецца, а індывідуальны час рухаецца па спіралі ўверх у хуткім тэмпе, пры гэтым радыус яе віткаў пастаянна ўзрастае. З кожным новым іх узроўнем у арганізме пацыента выпрацоўваецца ўсё больш энергіі. Адпаведна адбываецца інтэнсіфікацыя рухальнай і мысліцельнай дзейнасці, а таксама афектыўнай сферы.

Сусветны імпульс штораніцы толькі стымулюе гэтыя працэсы. У сілу гэтага індывідуальны час пацыентаў пачынае рухацца з усё ўзрастаючым паскарэннем. Рухальная актыўнасць пераўтвараецца ва ўзбуджанне, мысленне – у ідэаторнае скаканне, эмоцыі – у афекты.

Мяркуюцца, што пры паскарэнні індывідуальнага часу як негравітацыйнай сілы ўверх, пры тым, што карпаральная прастора пацыентаў знаходзіцца ў полі прыцягнення Зямлі, у іх могуць узнікаць перагрузкі, падобныя на тыя, што маюць месца ў лётчыкаў-касманautaў пры ўзлёце і якія выражаюцца адмысловымі саматычнымі сімптомамі. Трываласць перагрузак залежыць ад іх працягласці. Пры перагрузках у кірунку галава-ногі кроў адлівае ад галавы ў ногі, страўнік апускаецца ўніз. Адбываецца змяшчэнне і дэфармацыя ўнутраных органаў, з'яўляецца пачуццё цяжкасці і боляў у лытках ног, парушаюцца дыханне і сардэчная дзейнасць. Можа адзначацца дэарганізацыя псіхічных працэсаў, зніжэнне ўвагі, кемлівасці. Такія перагрузкі, верагодна, і ўзнікаюць у пацыентаў з АР.

Вядома, што трываласць апісаных перагрузак тым меншая, чым даўжэйшае іх дзеянне і большая велічыня паскарэння. Неспрыяльным з'яўляецца рэзкае спыненне руху пры яго паскарэнні. Так, падчас скокаў з вышыні ў паскарэнні свабоднага падзення, а пры раскрыцці парашута, у чалавека ўзнікаюць перагрузкі, здольнасць вытрымаць якія знаходзіцца амаль на мяжы фізіялагічных магчымасцяў. Вертыкальныя перагрузкі лягчэй пераносяцца ў палажэнні ляжачы. Для памяншэння адмоўных наступстваў перагрузак касманautaў выкарыстоўваюць касцюмы з сістэмай напампоўвання паветра, якія ствараюць вакол цела прастору, што ў некаторай ступені прадухіляе дэфармацыі і адток крыві [4].

Аднак саматычныя змены, выкліканыя паскарэннем індывідуальнага часу ў пацыентаў з М, найчасцей застаюцца нейсвядомленымі імі з-за аднос-

на хуткага развіцця расстройства і ў сілу ўзрастання эйфарыі. Мае значэнне таксама наяўнасць пашыранай экстракарпаральнай прасторы, якая служыць своеасаблівым буферам, што змягчае дзеянне перагрузак. Таму саматычныя скаргі, абумоўленыя фізічнымі з'явамі, што могуць гучаць пераважна ў пачатку развіцця М (напрыклад, пачуццё распірання ўнутраных ворганаў, пераважна ў верхняй частцы тулава) і якія немагчыма верыфікаваць даступнымі сродкамі, не павінны расцэньвацца як брэдавыя або нават сенестапатычныя.

Звернем увагу, што пры АР *не цела чалавека перамяшчаецца ў прасторы*, як гэта мае месца пры палётах, а *прастора змяняецца адносна цела ў выніку руху індывідуальнага часу*. Але эфекты ўзаемадзеянняў паміж карпаральнай і экстракарпаральнай часткамі індывідуальнай прасторы пры паскарэннях або запавольваннях руху часу ў першым і другім варыянтах маюць падабенства.

Динаміка зменаў прасторава-часавай мадэлі залежыць таксама ад механічных якасцяў часавай спіралі-спружыны. Так, высокая хуткасць змен пры М у значнай ступені абумоўлена яе пруткасцю, іх доўгатэрміновасць пры Д – яе расслабленасцю. Спіраль-спружына, магчыма, працуе і як воданпорны механізм, вынікам працы якога ў значнай меры з'яўляецца рухальны і моўны напор пацыентаў з М і яго адсутнасць у пацыентаў з Д.

Зместам прасторава-часавай мадэлі пацыентаў з М з'яўляецца гіпербалізаваная сфера свядомасці, дзе ўсё ўяўляецца агромністым, бясконцым, ацэньваецца ў найвышэйшай ступені. «*О гэты захалляльна яркі, бліскучы свет!*» – такую характарыстыку апошняму даў адзін з пацыентаў. Свет, які не мае межаў, становіцца цалкам *сваім*. Пацыенты атаясамліваюць сябе з ім («*свет – гэта я*»). Адпаведна адчуванню сябе на яго вышыні настрой і ўсе іх пачуцці прыўзнятыя, выражаюць празмерныя радасць і шчасце. Пацыенты актыўна імкнучца апанаваць усім светам і запоўніць яго сваёй прысутнасцю. Іх цялеснасць як быццам распаўсюджваецца на ўсю экстракарпаральную індывідуальную прастору. Пачуццёвая сфера пацыентаў узрастае да нейтаймаванасці, яны пастаянна імкнучца да плоцевых асалодаў. Паколькі чужога для іх не існуе, пацыенты не ў стане ўлічваць вонкавыя пагрозы. Пераацэньваючы свае магчымасці, здзяйсняюць рызыкаўныя ўчынкі, з лёгкасцю ўвязваюцца ў авантуры, растрачваюць свае і чужыя рэсурсы, уступаюць у канфлікты з прыродным і сацыяльным асяроддзем.

Псіхатычная сімптоматыка, якая найчасцей працяўляецца брэдам велічнасці, узнікае на высокіх узроўнях віткоў часавай спіралі пацыентаў з М.

Пры М верхняя плоскасць прасторава-часавай мадэлі не ўтвараецца. Пры вычэрпванні энергіі ў большасці выпадкаў ход часу ўверх сканчваецца апошняй кропкай на лініі спіралі. Зрэдку, калі спы-

нены час затрымліваецца ў гэтай кропцы, на вышыні М псіхаматорнае ўзбуджанне можа змяніцца *ступарозным станам*. Толькі пасля спынення ходу часу ўверх пачынаецца зваротнае развіццё расстройства. Перыяд прасторава-часавай стабілізацыі пры М адсутнічае.

На выхадзе з М адбываецца змена вектара цяжэння індывідуальнага часу. Для яго зваротнага руху дадатковай выпрацоўкі энергіі не патрабуецца. Час «скачваецца» ўніз па спіралі нібыта з вінтавой горкі. Выхад з М адбываецца пад уздзеяннем толькі гравітацыйных сіл, аналагічна свабоднаму падзенню з паскарэннем, не выклікаючы ў арганізме чалавека эфекту перагрузак. Апошнія могуць узнікаць толькі тады, калі нейкі фактар, напрыклад, увод лекавай тэрапіі, затрымлівае паскораны спуск часавай спіралі (назваем гэты феномен «эфектам парашута»).

Калі перашкодаў руху індывідуальнага часу не ўзнікае, прасторава-часавая мадэль пацыента, не спыняючыся, убудоўваецца ў яго прэмарбідную мадэль. Хуткасць спуску, як і пад'ёму, у вялікай ступені залежыць ад механічных якасцяў часавай спіралі. Пры высокай хуткасці руху індывідуальнага часу назад ёсць рызыка «пралятання» часткі, прыналежнай мадэлі здоровага чалавека, і пераходу ў ніжнюю вобласць, адпаведную Д.

У якасці «касмічнага карабля», які ляціць уверх або спускаецца ўніз, выступае экстракарпаральная прастора пацыента, яго цела застаецца на зямной паверхні, а ў сваёй свядомасці пацыент аказваецца ў іншай сферы. Уражвае тое, што ў арганізме пацыента адбываюцца такія фізічныя змены, як быццам ён насамрэч прысутнічае ў гэтых сферах, бо на цела пацыента, дзейнічаюць рэальныя перагрузкі, выкліканыя паскарэннем або запавольваннем часу. Тут варта наноў асэнсаваць выказванне прадстаўніка экзистэнцыйнай псіхатэрапіі М. Боса, што ўсе феномены быцця чалавека ў свеце звязаны з яго цялеснасцю, межы якой супадаюць з межамі яго света [3]. Тады, як мінімум, тактыльная прастора можа быць прыроўнена да цялеснай.

Выход з М праз ўбудоўванне ў прасторава-часавую мадэль здоровага чалавека можа мець вынікам канчатковае завяршэнне ці часовае спыненне прасторава-часавых змен, або далейшы іх працяг з пераходам у ніжнюю вобласць мадэлі АР.

2. Развіццю Д могуць папярэднічаць адмоўныя падзеі, перажыванне якіх пазбаўляе чалавека сну, калі яго індывідуальныя прастора і час затрымліваюцца ў пераходным «вечаровым» стане. Штодзённым трыгерам Д, як ні парадаксальна, служыць ранішны, адзіны для ўсіх жывых аб'ектаў пабуджальны сусветны імпульс. Але ў фазе працяглага пераходу да сну, калі індывідуальная прастора звужалася і час павярнуў свой кірунак у зваротны бок, але кропка сну не была дасягнута, ён толькі стымулюе адмоўныя працэсы. Менавіта гэты мінус-стимул, які ўзмацняе нега-

тыўныя перажыванні і ўзбуджае ў пацыента адпаведную ім рухальную актыўнасць, можа падштурхоўваць яго да суіцыдальных дзеянняў.

Але ва ўмовах цяжэння часу назад зарадны механізм, што ў норме прыводзіць у стартавую гатоўнасць часавую спіраль, з-за недзеяздольнасці апошняй не ў сілах узбудзіць гэты працэс і хутка разраджаецца. З гэтай прычыны ранішняга разгортвання прасторава-часавай мадэлі не адбываецца. Пацыент «застрае» ў стане пераходу да сну з працяглым запаволеным цяжэннем індывідуальнага часу назад і ўніз, што ва ўмовах прагрэсуючага звужэння індывідуальнай прасторы стварае сітуацыю «застою». Фазы сну, пераходу да няспання, няспання з суткавага цыклу выпадаюць.

Пацыенты адчуваюць сябе мізэрнымі, бездапаможнымі, некаторыя параўноўваюць сябе з маленькай кропкай. Час для іх цягнецца невыносна доўга, што пераносіцца крайне цяжка. Маюць месца стомленасць, упадак сіл, можа адзначацца санлівасць без пераходу ў сон. Паколькі час пацыентаў рухаецца назад, яны не могуць бачыць перспектываў выхаду з гэтага стану, што стварае глебу для ўзнікнення кататічных ідэй.

Пры Д часавая спіраль застаецца вялай, абвісай, маларухомай. У выніку ўнутраная энергія ў арганізме пацыентаў не выпрацоўваецца. Накіраваны назад рух спіралі-спружыны выклікае яшчэ і «адкачванне» вады з арганізма. Анергія выклікае бязволье, адынамію, адсутнасць вітальных патрэб ў ежы і пітве. Энергія з вонкавых крыніц у арганізм не паступае, што яшчэ больш абмяжоўвае працу часавай спіралі і мае наступствам далейшае зніжэнне жыццёвага тону пацыентаў.

У пацыентаў з Д пры доўгім запаволеным руху індывідуальнага часу ўніз узрастаюць перагрузкі ў выніку павелічэння цяжару на цела пацыента, які літаральна прыціскае чалавека да ніжняй плоскасці прасторы. Гэтыя перагрузкі доўгатэрміновыя, іх выражанасць узрастае па меры развіцця Д. Яны працягваюцца саматычнай сімптаматэкай і выклікаюць у пацыентаў вялікія пакуты. Характэрнымі сярод саматычных сімптомаў з'яўляюцца тыя, што звязаны з адчуваннем цяжкасці, сціскання і змяшчэння ўніз. Яны могуць лакалізавацца ў вобласці галавы, плячэй, грудзі, жывата, дыстальных аддзелах рук і ног. Паказальны феномен прадсардэчнай тугі, які выражаецца нясцерпным адчуваннем сціскання, цяжкасці ў вобласці сэрца, грудзі, эпігастральнай вобласці. Вельмі часта пацыенты фіксаваны на праблемах т.зв. «затораў» і «застою»: «мача не праходзіць, застоіваецца», «ежа не праходзіць з-за запораў», і нават «думкі застаюць». Магчымы і часовыя дэфармацыі ўнутраных ворганаў. У выніку ўсіх гэтых зменаў ў розных частках яго цела, а часта – ва ўсім целе ўзнікаюць болевые адчуванні.

Так сама, як і пры М, саматычныя скаргі пацыентаў найчасцей маюць пад сабой рэальную фізічную

(прасторава-часавую) падставу, таму яны не павінны расцэньвацца як брэдавыя.

Вядома, што высокія паскарэнні, неабходныя для дасягнення неабходнай вышыні, пры палётах на лятальных апаратах переносяцца толькі на працягу некалькіх секунд або хвілін. Таму неспрыяльнымі ў плане развіцця перагрузак пры АР з'яўляюцца працягласць прасторава-часавых парушэнняў, вялікі размах ваганняў, частыя змены кірунку індывідуальнага часу, запавольванні як такія, асабліва ў тых умовах, дзе ў норме адбываюцца паскарэнні свабоднага падзення.

Індывідуальная прастора пацыентаў з Д няўхільна змяншаецца. Спачатку гэта датычыць экстракарпальнай прасторы. Пацыенты перастаюць актыўна перамяшчацца, кантактаваць з навакольным светам, выходзіць з дому. Затым яны мінімізуюць сваю найбліжэйшую і карпальную прастору: сядзяць нерухома ў сагнутым палажэнні з апушчанымі галавой і заплюшчанымі вачыма, нібы закрыты ад свету і святла. Або нерухома ляжаць, не мяняючы позы. Нарэшце само іх цела змяншаецца ў памерах у выніку сціскання і страты вагі («як выціснуты лімон»). Пацыенты становяцца цалкам безбаронным для дзеяння перагрузак, цяжар якіх літаральна наваліваецца на іх. Стан пацыентаў ва ўсіх адносінах становіцца літаральна прыгнечаным.

Клінічныя эфекты такіх паскарэнняў і запавольванняў руху індывідуальнага часу, а таксама павелічэння і змяншэння індывідуальнай прасторы можна вылучыць як **асобны клас саматычных сімптомаў пры АР.**

Найчасцей у нізе мадэлі Д, калі звужэнне індывідуальнай прасторы не дасягае вяршыні перавёрнутага конусу, атрымоўваецца невялікая гарызонтальная плоскасць, на якой спадаюцца апошнія віткі вялай спіралі, але індывідуальны час *не завяршае свайго ходу назад* кропкай сну, як гэта адбываецца ў здаровых. Калі ж плоскасць не ўтвараецца, індывідуальная прастора яшчэ больш звужаецца (на «не»), што клінічна выражаецца развіццём *дэпрэсійнага ступару*, які, магчыма, па сваім кропкавым статусе з'яўляецца ўтрыраваным аналагам засынення. У першым выпадку пацыент ляжыць «пластом» з невыносным адчуваннем сваіх нікчэмнасці і бяссілля і плача, часта – «без слёз», у другім – моўчкі і нерухома сядзіць у адной позе з накіраваным уніз застылым позіркам.

Зместам індывідуальнай прасторава-часавай мадэлі пацыентаў з Д з'яўляецца мінімізаваная сфера свядомасці, дзе свет пацыента паступова і няўхільна змяншаецца ў памерах. Адпаведна працягламу «вечароваму» стану свет здаецца яму змрочным, цьмяным («усё шэрае, нецікавае»), маркотным. У свядомасці пацыентаў няма ні *свайго*, ні *чужога*. У выніку змяншэння індывідуальнай прасторы яны ўяўляюць сябе нікчэмнымі, мізэрнымі. Псіхічны стан

пациентаў літаральна прыгнечаны. Яны пастаянна адчуваюць цяжар, «камень на душы, які цягне на дно», кажуць, што для іх наступіў «цяжкі час».

Настрой пацыентаў з Д змрочны, тужлівы. Паводле Н. Н. Дабрахотавай, Н. Н. Брагінай, афект тугі як такі выяўляе накіраванасць свядомасці пацыентаў у мінулае [1]. Думкі пацыентаў з Д таксама павернуты ў мінулае з актуалізацыяй толькі негатыўнага з апошняга. Або пацыенты бо кажуць, што «ні аб чым» не думваюць.

Не маючы ў свядомасці свайго, яны не толькі не ў стане адчуваць задавальненняў, але і адваргаюць сваю плоць. У рэшце рэшт нігіляцыйны працэс прыводзіць цалкам да адмаўлення пацыентамі сябе саміх. Паколькі індывідуальны час пацыентаў ідзе назад і можа запавольвацца ажно да спынення, яны не бачаць жыццёвых перспектыв і не маюць рэсураў для іх ажыццяўлення. Сваё губляе каштоўнасць і адзіным выходам з цяжкага становішча ім бачыцца суіцыд. Можна меркаваць, што індывідуальны свет пацыентаў з Д з-за асаблівасцяў яго прасторава-часавай арганізацыі выяўляе тэндэнцыю да сама-знішчэння.

Псіхатычныя праявы найчасцей узнікаюць пры значнай выражанасці парушэнняў індывідуальных прасторы і часу. Пасля мінання ніжняй плоскасці мадэлі ў пацыентаў развіваюцца катацізмныя ідэі, а пры набліжэнні да кропкавай пазіцыі – *нігілістычны* брэд з перажываннямі знікнення як самога сябе, так і свету. «*Мяне няма... свету няма*», – у такіх словах пацыентаў з цяжкай Д адлюстроўваецца стан іх свядомасці.

Падкрэслім, што пераварочвання прасторы (як, напрыклад, пры шызафрэнні, дзе дзейнічаюць механізмы люстранай сіметрыі) у прасторава-часавай мадэлі пацыентаў з АР не адбываецца. Пераход у ніжнюю прастору аўтаматычна адзначаецца зменай кірунку часу. Можна думаць, што вектар індывідуальнага часу чалавека вызначае, у якой прасторава-часавай сфэре будзе знаходзіцца ці ўжо існуе яго свядомасць.

Выхад з Д магчымы толькі пасля дасягнення кропкі сну і ўзнаўлення цыклу сон-няспанне праз паварот ходу індывідуальнага часу наперад і ўверх. Час рухаецца ўверх з рознай хуткасцю па меры ўзнаўлення пруткасці часавай спіралі і выпрацоўкі энергіі, а таксама ў залежнасці ад адлегласці гэтага шляху. Магчыма ўзнікненне эфектаў перагрузак, але на фоне павышэння настрою яны ўспрымаюцца пацыентамі як палёгка ў параўнанні з адчутымі на піку Д.

Гэты працэс адбываецца праз праходжэнне вобласці мадэлі здаровых людзей. Прасторава-часавыя парушэнні могуць канчаткова або часова спыніцца на гэтым узроўні, мець працягам далейшы пераход ў верхнюю вобласць мадэлі АР з развіццём гіпаманіякальнага ці маніякальнага эпизоду.

У аснове **БАР** знаходзіцца чаргаванне дзвюх празмерна выражаных у прасторы і часе фаз цы-

клу сон-няспанне: пераходу да няспання і пераходу да сну. У выніку гэты цыкл парушаецца яшчэ больш значна, чым пры ізаляваных эпизодах М і Д. Арганізм пацыентаў, асабліва – пры хуткім чаргаванні М і Д эпизодаў і адсутнасці рэмісій паміж імі, не мае рэсураў для прыстасавання то да ранішняй, то да вечаровай фаз пры адпаведных выпадзеннях астатніх фаз цыклу – няспання і сну.

У гэтым варыянце БАР амплітуда пад'ёмаў і спускаў часавай спіралі можа павялічвацца ўдвая, тым самым падаўжаючы дыстанцыю разгону пры развіцці маніякальнага эпизоду або тармажэння індывідуальнага часу пры развіцці дэпрэсіўнага, што павялічвае цяжкасць фізічных перагрузак.

Такія значныя парушэнні прасторава-часавай арганізацыі пацыентаў з БАР абумоўліваюць неспрыяльнае цяжэнне расстройтва і патрабуюць адмысловых падыходаў да лячэння пацыентаў.

Такім чынам, прасторава-часавы аналіз АР паказаў, што яны бяруць пачатак у парушэннях цыклу сон-няспанне, з якога выпадаюць сіметрычная стабільныя фазы няспання і сну, пры гэтым асіметрычныя пераходныя фазы да няспання і сну гіпертрафіруюцца. У выніку сам гэты цыкл знікае, што моцна парушае ўзгодненасць індывідуальных прасторы і часу пацыентаў з сусветнымі працэсамі.

Дынамічныя змены індывідуальных прасторы і часу пацыентаў з АР заключаюцца ў папераменных павышэннях і зніжэннях ступеняў іх асіметрыі. Пры развіцці М індывідуальная прастора бязмерна павялічваецца, а індывідуальны час становіцца аднакіраваным наперад і ўверх. Індывідуальная прастора пацыентаў з Д памяншаецца, а час рухаецца ў адным кірунку назад і ўніз. Пры рэгрэсіраванні дадзеных расстройтваў адбываюцца супрацьлеглыя змяненні індывідуальных прасторы і часу. Але важна тое, што, нягледзячы на фарміраванне іншых, абумоўленых паталогіяй заканамернасцяў функцыянавання, час пацыентаў з АР застаецца спіральным (за выключэннем момантаў, калі ён знаходзіцца ў крайніх пазіцыях мадэлі), што забяспечвае пэўную зваротнасць парушаных працэсаў.

Аднакіраваны ход індывідуальнага часу пацыентаў з АР звязаны з парушэннямі працы часавай спіралі, якія абумоўліваюць празмернае павышэнне энергетычнага ўзроўню арганізма ў пацыентаў з М і зніжэнне у пацыентаў з Д, што прыводзіць да ўзрастання рухальнай і мысліцельнай актыўнасці і афектыўнай зараджанасці ў першых і іх згасання – у другіх.

На прыкладзе АР асабліва яркая прадэманстравана, што парушаныя індывідуальныя прастора і час пацыентаў з'яўляюцца асновай для фарміравання змененых сфер свядомасці, у прыватнасці, гіпербалізаванай пры М і мінімізаванай – у пацыентаў з Д, якія вызначаюць кардынальныя змены спосабаў існавання і жыццядзейнасці пацыентаў. Гэта пацвяр-

джае вылучанае намі раней палажэнне, што індывідуальныя прасторава-часавыя мадэлі з'яўляюцца таксама і свядомаснымі.

Сярод клінічнай сімптаматыкі АР выяўлены новы клас саматычных феноменаў, якія ўзнікаюць у выніку фізічных перагрузаў, выкліканых паскарэннем або запавольваннем індывідуальнага часу, а таксама павелічэннем і змяншэннем індывідуальнай прасторы пацыентаў. Да іх адносяцца адчуванні пацыентаў цяжасці, сціскання, змяншэння або распірання, дэфармацыі ўнутраных органаў і г.д., якія не пацверджаюцца руціннымі інструментальнымі і апаратнымі метадамі даследаваннямі, таму часта расцэньваюцца як сенестапатычныя або брэдавныя, што цягне за сабой недарэчнае прызначэнне антыпсіхатычных сродкаў.

Падрэслена неабходнасць больш выразнай перыядызацыі цяжэння АР, як прымеркаванай да перыяду сутак, так і этапаў развіцця расстройтваў, якія прыцыпова адрозніваюцца па сваіх прасторава-часавых характарыстыках, што мае значэнне для своечасовай карэкцыі лячэння і яго адмены. Так, саматычныя праявы перагрузаў, звязаныя з парушэннем тэмпу руху індывідуальнага часу, пры М маюць месца толькі на этапе прагрэсіравання расстройтва, а у пацыентаў з Д яны могуць узнікаць як на этапе развіцця пры выражаным запавольванні часу, так і рэгрэсу – пры яго паскарэнні, што, безумоўна, неабходна ўлічваць пры вызначэнні тактыкі вядзення і лячэння пацыентаў.

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: Про-странство и время в живой и неживой природе / В. И. Вернадский; под ред. Н. Ф. Овчинникова. – М., 1975. – М.: Наука. – 174 с.

3. Руткевич, А. М. От Фрейда к Хайдеггеру / А. М. Руткевич. – М.: Политиздат, 1985. – 175 с.

4. Смиранный, М. Весомая невесомость / М. Смиранный // Наука и жизнь. – 2007. – № 5. – С. 36–42.

5. Цяцёркіна, Т. І., Корсак, В. У. Прасторава-часавая тэорыя псіхічнага здароўя і яго расстройтваў: Агульная тэарэтычная палажэнні / Т. І. Цяцёркіна, В. У. Корсак // Военная медицина, 2016. – № 2. – С. 66–68.

6. Цяцёркіна, Т. І., Корсак, В. У. Прасторава-часавая тэорыя псіхічнага здароўя і яго расстройтваў: Арганізацыя індывідуальных прасторы і часу чалавека / Т. І. Цяцёркіна, В. У. Корсак // Военная медицина, 2016. – № 3. – С. 68–70.

7. Цяцёркіна, Т. І., Корсак, В. У. Прасторава-часавая тэорыя псіхічнага здароўя і яго расстройтваў: Індывідуальныя прастора і час як першааснова свядомасці чалавека / Т. І. Цяцёркіна, В. У. Корсак // Военная медицина, 2016. – № 3. – С. 70–73.

8. Цяцёркіна, Т. І., Корсак, В. У. Прасторава-часавая тэорыя псіхічнага здароўя і яго расстройтваў: Прасторава-часавая арганізацыя цыклу сон-няспанне чалавека / Т. І. Цяцёркіна, В. У. Корсак // Военная медицина, 2017. – № 1. – С. 62–67.

9. Цяцёркіна, Т. І., Корсак, В. У. Прасторава-часавая тэорыя псіхічнага здароўя і яго расстройтваў: Парушэнні прасторава-часовай арганізацыі цыклу сон-няспанне пры псіхічных расстройтвах / Т. І. Цяцёркіна, В. У. Корсак // Военная медицина, 2017. – № 1. – С. 67–73.

10. Цяцёркіна, Т. І., Корсак, В. У. Прасторава-часавая тэорыя псіхічнага здароўя і яго расстройтваў: Агульная характарыстыка прасторава-часавых мадэляў свядомасці здаровых людзей і пацыентаў з псіхічнымі расстройтвамі / Т. І. Цяцёркіна, В. У. Корсак // Военная медицина, 2017. – № 2. – С. 62–65.