

УДК: 159.954.2:616.895.8]:159.9.07

© С. І. Пушко, 2023

orcid.org/0000-0002-1329-8091

<https://doi.org/10.33989/2226-4078.2023.1.274746>

ПУШКО Євгеній Ігорович

психолог Центру психічного здоров'я

КП «Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня

імені О. Ф. Мальцева Полтавської обласної ради» (м. Полтава),

*асистент кафедри психології Полтавського національного педагогічного
університету імені В.Г. Короленка*

ФЕНОМЕНОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ УЯВИ ПРИ РОЗЛАДАХ ШИЗОФРЕНІЧНОГО СПЕКТРУ ЯК КОНЦЕПТУАЛЬНА ОСНОВА ДЛЯ РОЗУМІННЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ І СТРАТЕГІЙ ВІДНОВЛЕННЯ

Хоча аномалії уяви є частими та важкими при розладах спектру шизофренії (РШС), у психопатології відсутня концептуальна основа для моделювання розладів уяви. Останнім часом, у зв'язку з «уявним поворотом» у феноменології, ведеться пошук трансляційних підходів між філософією та психопатологією. Метою статті є презентація і аналіз сучасних зарубіжних феноменологічних досліджень уяви при РШС групою вчених на чолі з А. Расмуссеном і Й. Парнасом, для можливого впровадження результатів у вітчизняну практику. Автор спочатку розглядає особливості аномальної уяви у пацієнтів з РШС з точки зору феноменології, потім презентує огляд інструментарію EAFI для напівструктурованого феноменологічного дослідження аномальної фантазії та уяви шляхом співбесіди. Далі він аналізує теоретичні та практичні наслідки такого дослідження для розуміння психотерапевтичних процесів і стратегій відновлення. Вивчені розлади уяви характеризуються трьома феноменологічними вимірами: 1) перцептуалізація образів: досвід набуває певних квазіперцептивних якостей, таких як просторовість, просторово-часова константність і можливість дослідження; 2) автономізація образів з квазімимовільним потоком і відчуттям емпіричної дистанції між свідомим образом і відчуттям волі; і 3) розмивання ірреальності: тоді як уява зазвичай живе з постійно присутнім характером нереальності, люди з РШС можуть відчувати яскраві образи без чіткого відокремлення від реального світу. Расмуссен та ін. не тільки описують клінічний досвід, вони також пропонують концептуальну

модель порушень уяви як вираження мінімальних розладів самосвідомості або індивідуальної ідентичності (*ipseity*). Вони висувають гіпотезу, що саме порушення *ipseity* є основним генеративним розладом шизофренії, а позитивні/негативні симптоми походять з цього ядра фенотипу. Отже, уява розуміється як психічна область, що впливає на основний розлад, тобто уява має той самий статус, як і всі інші способи інтенційної свідомості (наприклад, сприйняття чи пам'ять). Т. Гозе й І. Фазакас ідуть далі і встановлюють феноменологічну відмінність між фантазією та уявою, яку уподібнюють відмінності між схемою тіла та образом тіла.

Ключові слова: уява, феноменологія, розлади шизофренічного спектру, фантазія, самосвідомість, психопатологія, психотерапія.

Постановка проблеми. Попри складну гетерогенну природу розладів шизофренічного спектру (РШС/SSDs), їхній зв'язок з порушеннями уяви ніби лежить на поверхні. За нашими спостереженнями, РШС переважно сприймаються фахівцями як причина, а аномалії уяви – як її наслідки. Відповідно, саморегуляція за допомогою уяви при таких розладах вважається вельми ускладненою чи навіть неможливою.

Утім, за останнє десятиліття у філософії, передусім у феноменології, відбувається «уявний поворот» (*imaginary turn*), який пропонує переосмислення ролі уяви у структурі особистості. Нагадаємо, що феноменологія – це дослідження свого «феноменального» (суб'єктивного, від першої особи) досвіду, його структур та якостей. Центральна структура феноменального досвіду – інтенціональність, спрямованість досвіду на об'єкт, що має зміст чи значення. Її предмет – фундаментальні феномени людського буття: свідомість та самосвідомість, любов і ненависть, буття іншого та власне буття тощо. Основоположником феноменологічної філософії став Едмунд Гуссерль (1859–1938), який критично розвинув основні ідеї «deskриптивної психології» Франца Брентано. Феноменологія стосується як опису суб'єктивного досвіду, тобто і психічних станів зокрема, так і пояснення мислених умов можливості такого досвіду (трансцендентне поле). У цьому сенсі йдеться не про індивідуальний досвід, а про універсальну структуру свідомості (Husserl, 2005).

Необхідність розуміння уяви як основного виміру будь-якого досвіду була визнана Ойгеном Фінком у «Репрезентації та образі» (Fink, 1966). Він наполягає на тому, що досвід завжди вже просякнутий формами відсутності (уявою). Наприклад, мій досвід колишнього *Я* завжди дається як присутній у моєму фактичному досвіді, хоча він не наявний «тут і зараз». Те ж саме, коли я уявляю своє майбутнє. Образи представляють відсутній зміст, а фантазії дозволяють нам будувати світи, які присутні, хоча й відсутні (наприклад, коли я читаю книгу наукової фантастики). Моріс Мерло-Понті ввів поняття «онейризму неспання» (*oneirism of wakefulness*), яке він розробляє в рамках психоаналізу, щоб показати, як символічні асоціації в нашому безсонні можуть функціонувати подібно до асоціацій уві сні (Merleau-Ponty, 2015, p. 249-279). У сучасних феноменологічних дослідженнях філософи наголошують на уявній структурі свідомості та самопереживання, спираючись головним чином на рукописи Гуссерля про образну свідомість (Husserl, 1980). Такий «уявний поворот» впливає і на дослідження психологів та психіатрів, котрі розробляють епістемологічну та феноменологічну основу дослідження РШС.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. П'єр Жане (Janet, 1889) і Альфред Біне (Binet, 1888) ще у 1880-х рр. довели важливість уяви як функції синтезу перцептивного досвіду (наприклад, для репрезентації єдиного об'єкта з образів, сприйнятих кожним із полів зору) як при нейропатології, так і при нормальному сприйнятті. Ойген Блейлер згадував розлади уявного життя в описах розладів шизофренії ще в 1911 р. (Bleuler, 1950). Шизофренічний аутизм є складним симптомом, що поєднує відстороненість від реальності з відходом у внутрішнє фантазійне життя. Блейлер додає, що аутичний (фантастичний) світ і реальний (спільний) світ можуть зливатися «найбільш нелогічним чином». Пізніше це явище було описано як «подвійна бухгалтерія» (Cermolacce et al., 2018). Того ж 1911 р. Ернест Дюпре та Бенджамін-Джозеф Логре описали марення уяви, яке походить від фізіологічної уявної інтуїції (Dupré, Logre, 1911). Згодом Анрі Ей запропонував ієрархічну багатопланову модель свідомості та психопатології, натхненну Джоном Х. Джексоном і П'єром Жане (Janet, 1932), а саме органодинаміку (Ey, 1948). У цій

концептуалізації, яка має вирішальне значення у французькій класичній психопатології, уява є однією з основних сфер свідомого життя та відношення до реальності. Карл Ясперс (Jaspers, 1963) і Анрі Ей (Ey, 1973) наголошували на ролі уяви в псевдогалюцинаціях. Однак з кінця 1960-х рр. уяві в психопатології було присвячено небагато робіт – ситуація почала змінюватися лише в останнє десятиліття. Томас Фукс та ін. відзначили роль феноменології в концептуалізації психотерапевтичних процесів (Fuchs et al., 2019); Туді Гоце та Іштван Фазакас спробували застосувати феноменологію уяви для концептуалізації РШС (Goze, Fazakas, 2020).

Метою статті є презентація і аналіз сучасних зарубіжних феноменологічних досліджень уяви при РШС ученими під керівництвом Андреаса Расмуссена та Йозефа Парнаса, для можливого впровадження цих розробок у вітчизняну практику. Для досягнення мети плануємо виконати такі завдання: виокремити особливості аномальної уяви у пацієнтів з РШС з точки зору феноменології; представити огляд інструментарію EAFI для напівструктурованого феноменологічного дослідження аномальної фантазії та уяви шляхом співбесіди; проаналізувати теоретичні та практичні наслідки такого дослідження для розуміння психотерапевтичних процесів і стратегій відновлення.

Виклад основного матеріалу дослідження. Особливості аномальної уяви у пацієнтів з РШС з точки зору феноменології. На основі звітів пацієнтів протягом останніх двадцяти років, дослідницька група Расмуссена з'ясувала певні особливості аномальної уяви. Пацієнти описують образи та фантазії, які набувають емпіричних аспектів, що зазвичай характеризують перцептивний досвід (Rasmussen, Parnas, 2015a, 2015b). Однак пацієнти сприймають ці «яскраві фантазії» як свій власний розум, який жодним чином не належить до їх поточного перцептивного оточення, і ідентифікують їх як фантазії. Вони описують, що певні «яскраві образи», «внутрішні фільми», «сценарії в голові» тощо мають просторово-часову постійність. Пацієнти описують стійку, фіксовану структуру образів зі стабільними зв'язками між уявними сутностями або відчуттям глибини, часто багату на деталі («Це як бачити речі в реальному світі. Це просто в моїй голові»). Може відбуватися

активне дослідження образу з фокусуванням на деталі, потім на всій сцені, а потім на іншій деталі, при цьому зображення в цілому залишається стабільним. Здебільшого ця стабільність переплітається з відчуттям автономного розвитку або потоку образів («Фільм плине сам по собі»), незалежно від намірів пацієнта, можливо, стереотипно повторюючись. Це може супроводжуватися емпіричною дистанцією: «Я спостерігаю, як розвивається моя фантазія, здалеку», «Я спостерігаю за своїми внутрішніми образами, щоб знати, про що я думаю». У звичайному досвіді, коли я уявляю себе в ситуації, виникає відчуття суб'єктивної єдності, незважаючи на явне самозміщення. Зображення також може бути просторово локалізовано у певній частині голови. Часто такі образи наповнені інтенсивними афектами, що нагадують афективну реакцію на об'єкт сприйняття.

Підсумовуючи, перцептуалізована уява набуває характеру перспективного дослідження просторово-часового об'єкта: цю структуру досвіду також можна описати як просторізацію уяви. Свідомість стає самостійним об'єктом, причому стійкі картинні образи розвиваються незалежно від намірів людини і ментально перевіряються, а не проживаються. Відповідно, начебто відбувається певна анонімізація досвідного поля, що тягне за собою появу досвідної дистанції. Пацієнти можуть описати різноманітні порушення дорефлексивного розрізнення уяви від спільного соціального світу (ірреальності). Наприклад, вони плутають фантазії зі спогадами або кажуть, що для усвідомлення того, що власний досвід є «лише фантазією», потрібна коротка рефлексія. Інші пацієнти повідомляють, що вони зайняті виправленням або розташуванням елементів образів («Фантазія має бути правильною»), маючи занепокоєння щодо образів, які зазвичай мають відношення лише до сприйнятих соціально спільних об'єктів. Деякі фантазії під час досвіду можуть на короткий час набути мікропсихотичної інтенсивності, коли людина не усвідомлює, що зміст не є реальністю. Декілька порушень уяви з'являються як аспекти порушень більш глибокого та основного, дорефлексивного відношення *Я* до світу. Наприклад, пацієнт змушений неодноразово уявляти події дня, «щоб знати, хто я», або певний нав'язливий або уявний зміст більше не ідентифікується

пацієнтами як абсурдний і нерелевантний. Подібним чином деякі фантазії з екзистенційно-онтологічним змістом, здається, здійснюють фундаментальну трансформацію метафізичних ієрархій і мовчазного «буття у світі». Прикладами цього є тривалі фантазії про стан душі після смерті, про центральне місце в долі світу або про контакт із глибшою реальністю через фантастичне життя. Нарешті, фантазійне життя може для деяких пацієнтів стати заняттям, що забирає багато часу, і певною мірою замінює міжособистісне спілкування (Rasmussen et al., 2018, p. 212-213).

Інструментарій дослідження аномальної фантазії та уяви. Дослідники стверджують, що епістемологічна та евристична основа для моделювання розладів уяви при РШС відсутня. Вони вважають, що в сучасних класифікаціях DSM/ICD та в нових класифікаціях психічних розладів у когнітивних нейронауках і психології (RDoC/HiTOP), вимір уяви проігнорований, що є перешкодою для досліджень і психотерапії. Расмуссен та ін. розробили інструментарій EAFI (Дослідження аномальної фантазії та уяви / Examination of Anomalous Fantasy and Imagination) для напівструктурованого феноменологічного дослідження шляхом співбесіди, що відкриває можливість для опису та обговорення. Цей інструментарій дозволяє проводити дослідження розладів уяви з гарними психометричними якостями та діагностику шизофренії та шизотипічного розладу. Автори рекомендують починати співбесіду із соціального анамнезу та історії хвороби. EAFI можна інтегрувати в інші інструментарії-інтерв'ю, орієнтовані на загальні або специфічні сфери психопатології (Rasmussen et al., 2018b, p. 217).

EAFI складається з 16 пунктів (елементів, параметрів), деякі з яких поділяються на підтипи, і кожен містить визначення явища, що оцінюється (з міркуваннями щодо відмежування параметру від інших скарг) і прототипові приклади самоописів пацієнтів. Елементи ідентифікують певні аномальні аспекти структури досвіду, які пацієнти можуть вербалізувати. До кожного пункту пропонуються запитання, але інтерв'юер може змінювати їх відповідно до змісту, контексту та ходу інтерв'ю. Автори EAFI підкреслюють, що елементи є взаємозалежними аспектами основного порушення структури досвіду уяви, що

має гештальтоподібний характер. Відповідно, більш детальний опис конкретного досвіду часто задовольнить визначення кількох елементів, і всі вони мають бути оцінені. Це проілюстровано прикладами в EAFI (Rasmussen et al., 2018b). 16 основних пунктів оцінюються за період всього життя пацієнтів. Оцінка підтипів неминуче завищить загальну оцінку, тому завжди необхідно вказувати, чи були підтипи також включені до загальної оцінки. Певні пункти частково збігаються з пунктами в Дослідженні аномального самопереживання (Examination of Anomalous Self-Experience, EASE), Боннській шкалі для оцінки основних симптомів (the Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms, BSABS) або Дослідженні аномального світового досвіду (Examination of Anomalous World Experience, EAWE).

Інтерв'юер має точно дослідити артикуляцію будь-якого об'єкта дослідження. Особливо важливо стежити за використанням пацієнтом стандартних тверджень, як-от «фантазія», «уява» або «внутрішній сценарій». Часто трапляється, що використання пацієнтом таких термінів, як «одержимість» або «флешбек», відрізняється від того, як ці терміни розуміються в психопатології. Часто пацієнти виражають себе за допомогою метафор, які, замість того, щоб бути «просто метафорами», можуть бути важким і конкретним способом вербалізації таких аномальних переживань. В ідеалі інтерв'ю відбувається як взаємна інтерактивна рефлексія між інтерв'юером і пацієнтом. Інтерв'юер ставить (зазвичай) відкрите запитання, на яке пацієнт намагається відповісти, що веде до подальших запитань клініциста, можливо, за допомогою прикладу, який потім роз'яснюється власними словами та прикладами пацієнта. Елементи ніколи не повинні оцінюватися на основі простого «так», а завжди базуватися на власних описах і прикладах пацієнта. Початкове «ні» щодо теми запити також часто може бути замінене описами пізніше в розмові, коли ті самі проблеми розглядаються в інших питаннях або в іншому тематичному змісті.

Очевидно, що інтерв'ю складно проводити з важкими психотичними пацієнтами, які страждають на глобальні розлади уваги та пізнання. У цих випадках доцільно відкласти інтерв'ю

та дочекатися клінічного покращення. Отже, тепер розглянемо чекліст EAFI детально.

1. Просторово-часова константність. Пацієнт описує стабільну квазіпросторову структуру зображення як об'єкт, що зберігається в часі. Тобто образи відчуються з фіксованим розташуванням і співвідношенням елементів або відчуттям глибини (можна описати те, що знаходиться вище, нижче, ліворуч, віддалено чи близько тощо). Зображення може тривати хвилини, але також може бути дуже коротким або навіть миттєвим, але все ж мати чітку просторову артикуляцію. Загалом, пацієнти також описують багатство деталей в образах, але це не обов'язково, щоб оцінити цей пункт. Часто пацієнти описують, що вони здатні досліджувати зображення у спосіб, який виглядає схожим на дослідження сприйнятого об'єкта. Наприклад, пацієнт може зосередитися на нижній лівій частині фантазійного зображення, переключити свою увагу на іншу частину та повернутися до попередньої, в той час як зображення зберігає стабільність під час досвіду (підтип 2). Можливість дослідження часто збігається з відчуттям емпіричної дистанції (пункт 3.2). Така перцептуалізація образів може бути пов'язана з фантазією, спогадами, очікуваннями або виникати під час читання. Важливо дослідити, чи мають таку перцептуалізовану структуру нав'язливі ідеї, роздуми, суїцидальні чи параноїдальні ідеї. Підтип 1: Просторова стабільність. Підтип 2: Можливість дослідження образів. Запропоновані запитання: У вас дуже яскрава уява чи внутрішні картини? Чи можете ви описати, що ви тоді уявляєте? Чи можуть ваші зображення бути дуже детальними? Чи можете ви описати приклад таких деталей? Чи чітко ви уявляєте, що розташоване вгорі, внизу, ліворуч і праворуч? Чи є відчуття глибини? Чи щось ближче за інші речі? Чи зображення схожі на 3D? Ви можете це описати? Чи можете ви досліджувати деталі та змінювати фокус, поки решта фантазії залишається стабільною? Ніби вивчаючи картину? Чи можете ви продовжити опис?

2. Автономність. Зображення набувають власної течії, послідовності або розвитку, «як кіно», незалежно від волі суб'єкта. Суб'єкт також може описати відчуття пасивного сприйняття таких образів, які «течуть самі по собі». Автономність образів не виключає можливості їх дослідження

(пункт 1.2), тому що пацієнт може досліджувати зображення, що протікають незалежно. Крім того, автономію не слід плутати з мимовільністю (пункт 9). Суб'єкт може ініціювати образ, який потім артикулює себе автономним чином, або суб'єкт може досягти успіху в «придушенні» образу шляхом інтенсивних зусиль спрямувати свою увагу в інше місце. Запропоновані запитання: Ваша уява розвивається сама по собі? Ніби у неї свій потік, незалежний від вашої волі?

3. Локалізація та відчуття емпіричної дистанції (перекриває EASE 1.8). Підтип 1: Локалізація зображень. Підтип 2: Відчуття емпіричної дистанції між образами та «Я». Образи сприймаються як специфічно локалізовані в голові, або образи мають взаємні просторові відносини чи перебувають у русі (підтип 1). Підтип 2 описує глибоке відчуття емпіричної дистанції між досвідом образів і відчуттям себе. Пацієнт описує, що спостерігає або розглядає свої образи «здалеку» як внутрішній об'єкт. Іноді пацієнти спостерігають за своїм уявним об'єктом, щоб дізнатися, що вони собі уявляють. Зазвичай уява переживається в перспективі від першої особи як пронизана почуттям суб'єктивності: моя уява збігається з моїм відчуттям себе. Іншими словами, свідомість не має просторової структури, і образи не спостерігаються як перспективний об'єкт. Людина радше відразу дізнається зміст уяви без будь-якої дистанції між предметом і образами. Запропоновані запитання: Чи відчуваєте ви, що зображення знаходяться у вашій голові чи розумі? Чи відчуваєте ви коли-небудь дистанцію між собою та образами? Ніби на картину дивитеся? Чи було коли-небудь необхідно спостерігати за вашими образами, щоб знати, про що ви думаєте?

4. Інтенсивні афекти. Сильне занепокоєння, гнів, подив, радість або інші сильні афекти під час уяви. Тривога або занепокоєння, пов'язані зі спогадами про конкретні тривожні події в особистому житті, а також фобічна тривога не повинні оцінюватися. Зазвичай афекти в уяві бідні, мімічні та поверхневі, оскільки ми спрямовані на ірреальний та відсутній об'єкт. Мій дискомфорт, коли я уявляю дорожньо-транспортну пригоду, не відповідає моему страху, коли я насправді є свідком такої події. У випадку фобічних розладів чітко зберігається різниця між тривогою очікування фобічного стимулу в думках

або образах і тривогою під час фактичного впливу. Запропоновані запитання: Чи стаєте ви дуже емоційним/ою під час фантазії? Чи відчували ви сильну тривогу (злість/сум/ейфорію – залежно від контексту)?

5. Уява як мультимодальна перцептуалізація. Перцептуалізовані образи супроводжуються активацією інших сенсорних модальностей, таких як акустична або тактильна якість уявного вмісту: наприклад, людина описує, що вона також «чує» звуки або відчуває дотики («ніби до неї торкаються») у фантазії. Запропоновані запитання: Це як майже чути звуки під час фантазій? Або як доторкнутися?

6. Аномальний яскравий уявний досвід, невизначений. Підтип 1: Короткі інтенсивні образи (інтенсивні, нав'язливі «спалахи» або дуже короткі епізоди аномальних і тривожних «яскравих зображень» – їх не слід оцінювати, якщо пацієнт оцінюється за будь-яким із пунктів 1–3). Підтип 2: Аномальний досвід уяви, інший тип. Цей пункт націлений на описи аномальних образів або фантазій, які інтерв'юєр вважає ненормальними, але не може оцінити в іншому місці цього контрольного списку.

7. Жорстокий, жахливий або дивний вміст. Фантазії зі складним вмістом насильницького, жахливого чи дивного сексуального характеру – це можуть бути яскраві образи, але також і більш розпливчасті образи, думки чи роздуми тощо. Підтип 1: Сприймається як нав'язливий, неприємний і небажаний. Підтип 2: Добровільне підбурювання або розвага.

8. Роздуми-одержимості (еквівалент EASE 1.6). (Зазвичай) тривожна постійність або повторення певного нав'язливого вмісту свідомості (наприклад, думок, образів або імпульсів) – роздуми можуть бути пов'язані з будь-якою минулою подією або мати форму ретельного повторення запам'ятованих подій чи розмов у той день. Нав'язливі явища можуть мати різний зміст, як-от агресію, зараження, сексуальні теми, релігію (святотатство), симетрію чи підрахунок тощо. Є 5 підтипів, які можуть співіснувати. Описані тут явища (зокрема 8.4) також можуть збігатися з пунктами 1–7. В обох випадках треба оцінювати всі відповідні елементи. Підтип 1: Первинні переживання. Тут пацієнт не може знайти жодної причини своєї схильності до нав'язливих психічних станів; він просто

переосмислює та переживає те, що сталося протягом дня або в минулому – очевидно, не мотивоване здивуванням, параноїдальним ставленням або почуттям уразливості чи неповноцінності (як у підтипі 2). Підтип 2: Вторинні переживання. Обсесивно-подібні стани з'являються як наслідок втрати природних доказів, порушення базового самовідчуття або гіперрефлексивності, або вони, здається, спричинені більш первинними параноїдальними явищами (наприклад, підозрілістю чи самопосиланням), або депресивним станом. Підтип 3: Справжня одержимість. Егодистонічний підтип (як при обсесивно-компульсивному розладі): пацієнт вважає фантазії дурними, дивними як через їхній зміст, так і через їх мимовільне вторгнення з постійним внутрішнім опором, а також через зміст, який не є жахливим чи моторошним. Підтип 4: Псевдоодержимість. Феномени, схожі на одержимість, які виглядають більше як егосинтонічні (отже, опір відсутній або виникає лише час від часу), часто з образотворчим уявним характером і змістом, який є прямо агресивним, сексуально збоченим або іншим чином дивним – може бути тривога, що провокує та пов'язана з інтенсивними афектами. Підтип 5: Роздуми/Одержимість ритуалами/Примус. Будь-яке із чотирьох явищ, описаних вище, плюс ритуали чи компульсивна поведінка.

9. Порушення контролю. Підтип 1: Відсутність контролю – досвід зберігається мимоволі. Нездатність (або можливість лише час від часу) відволікти свою увагу чи іншим чином припинити небажані уявні чи нав'язливі переживання зусиллям волі – суб'єкт відчуває порушення своєї здатності здійснювати контроль над своїм об'єктом уваги. Включає випадки, коли переживання мимоволі зберігається у свідомості, хоча пацієнт певною мірою може одночасно спрямувати свою увагу на інше. Підтип 2: Відсутність активності волі. Пацієнти описують, що вони ніколи або рідко докладають зусиль, щоб «придушити» такі переживання; така можливість просто не спадає їм на думку. Цей пункт не слід оцінювати, якщо пацієнт охоче фантазує, наприклад, через захоплення або насолоду (як у пункті 7.2). Запропоновані запитання: Ви коли-небудь не могли припинити, можливо, лише на короткий час, ці фантазії або

відвернути свою увагу? Чи продовжуються зображення, навіть якщо ви зосереджуєтеся на чомусь іншому?

10. Втрата самосвідомості (охоплено EASE 1.2, Loss of Thought Ipseity). Образи здаються анонімними або іншим чином невимовно дивними (але не насамперед у сенсі змісту), можливо, без зв'язку із самим пацієнтом, ніби вони не були створені пацієнтом. Однак у пацієнта є раціональне переконання, що ці образи породжені ним самим і що він є їх джерелом. Основним феноменом, про який йдеться, є *ipseity*, тобто автоматична самосвідомість або перспектива від першої особи. У випадку думок чи ідей, що раптово виникають у свідомості, або нав'язливих ідей, відчуття негайної або передрефлексивної самосвідомості ніколи не ставиться під сумнів. Запропоновані запитання: Ви коли-небудь стикалися з тим, що образи (або «фантазія», «сценарій», «внутрішнє кіно» тощо) певним чином здавалися чужими чи чужорідними? Майже так, наче це не ваша власна уява? Чи може це бути так, ніби фантазії не вигадані вами, а просто знаходяться у вашій свідомості?

11. Перешкоди зображенню (охоплено EASE 1.1, Thought Interference). Образи, семантично відірвані від основної лінії мислення, з'являються мимоволі (не обов'язково швидко або часто), вриваються в основну лінію мислення та заважають їй. Такі образи часто (але не завжди) емоційно нейтральні і не мають особливого чи екстраординарного значення. Запропоновані запитання: Ви коли-небудь відчували, що якісь нові, дивні або дивовижні фантазії або образи несподівано з'являються з абсолютно новим змістом і тривожать ваші думки? Що з'являються якісь фантазії, які не вписуються у ваш ланцюжок думок?

12. Тиск зображення (охоплено EASE 1.3, Thought Pressure). Відчуття багатьох образів з різним, непов'язаним або віддалено пов'язаним значенням/вмістом, які швидко з'являються та зникають у швидкій послідовності; пацієнт не може їх придушити або керувати цією появою/зникненням (завжди нового) вмісту свідомості. Крім того, пацієнту здається, що всі ці зображення виникають одночасно. Цей симптом передбачає відсутність контролю, багато змінних образів, а також відсутність спільної теми, а отже, втрату зв'язності або сенсу

для пацієнта. Семантичний зміст образів може бути тривожним, але водночас нейтральним або навіть тривіальним, без особливого особистого значення. Запропоновані запитання: Ви коли-небудь відчували, що бачите багато образів одночасно або такі, що швидко змінюються? Не пов'язані один з одним? Образи, які ви не можете контролювати?

13. Екзистенційна переорієнтація у фантазії. Фантазійне життя виражає фундаментальну зміну метафізичного світогляду та/або ієрархії цінностей та інтересів. Звичайно, метафізичні питання є частою темою в людській думці, але тут ці теми демонструють основне, емпіричне порушення відносин між Я та світом. Частими темами є фантазії, які відкривають доступ до прихованих шарів реальності, природа свідомості та розуму, сенс існування, надприродні явища, містика та релігія (особливо Східна), вічність та трансцендентність, конфлікти добра та зла, мир у всьому світі, доля людства, глибокі стародавні ритуали або традиції, або альтернативне розуміння науки, природи, психології чи здоров'я тощо. Часто такі фантазії здаються пов'язаними з розладами власної особистості, такими як ослаблене відчуття базового Я, відсутність здорового глузду або соліпсичний досвід (Parnas et al., 2005; Parnas, Sass, 2011). Щоб отримати оцінку, такі фантазії мають бути частими, а не поодинокими епізодами роздумів над «основними питаннями» (в разі гіпоманіакального або маніакального стану оцінювання не здійснюється). Запропоновані запитання: Чи були у вас коли-небудь мрії чи фантазії про екзистенційні питання? Про релігійні, філософські чи надприродні теми? Або про вашу ідентичність, хто ви насправді?

14. Занурення у фантастичне життя. Пацієнт витрачає надмірну кількість часу та енергії на уявлення або мрії (пропоноване обмеження: більше однієї години на день) і/або певні фантазії мають ідіосинкратичну цінність та екзистенційну важливість. Зміст може включати особливі, надмірно цінні інтереси чи занепокоєння (можливо, оцінені за пунктом 13), а також більш загальні екзистенціальні теми з особистою ідентичністю пацієнта, такі як стосунки, кар'єрні амбіції, соціальний статус або головні страхи, надії та значення. Таке фантастичне життя саме по собі не може бути аномальним. Однак, схоже, що пацієнт зачіпає ці питання так само або,

можливо, більше у своєму фантазійному житті, ніж у спільному соціальному світі (часто супроводжується різним ступенем відступу від соціальних взаємодій). Запропоновані запитання: У вас є приємні фантазії? Чи є у вас особливі фантазії чи мрії, які ви навмисно викликаєте? Ці фантазії мають для вас велике значення? Чи можете ви витратити багато часу на мрії?

15. Порушення ірреальності. Ірреальність вказує на те, що зображення є «просто зображенням» і тому не викликає емоційної, когнітивної чи поведінкової реакції так само, як це робить об'єкт сприйняття. Під час акту уяви ми відразу (само)усвідомлюємо, що ми уявляємо, і нам не потрібно розмірковувати над актом, щоб ідентифікувати його як уяву (Parnas, Sass, 2011). Підтип 1: Ерозія ірреальності (пов'язано з EASE 1.10, Inability to Discriminate Modalities of Intentionality). Пацієнт має короткі випадки або тривалі періоди з труднощами в безпосередньому усвідомленні емпіричної модальності уявного досвіду (тобто того, що це фантазія). Це стосується випадків, коли пацієнт не впевнений, чи є його досвід фантазією, спогадом чи сприйняттям. Таке, зазвичай імпліцитне, усвідомлення модальності навмисної дії може бути тимчасово відстроченим або для визначення може знадобитися (коротке) розумове зусилля. Запропоновані запитання: Чи бувають у вас сумніви, що ваші фантазії – це лише фантазії? Чи ви якось повинні бути уважними чи докласти зусиль, щоб прояснити це? Чи можете ви сумніватися, де у вашій свідомості спогад, а де – уява? Підтип 2: Ставлення до образів як до об'єкта сприйняття (виправлення, здивування). Суб'єкт має певне ставлення та реакцію на образи, які зазвичай мають відношення лише до сприйманих, соціально спільних об'єктів. Це включає в себе занепокоєння щодо того, чи є певні деталі образів «правильними», «реалістичними» або «як я хочу, щоб це було», або досвід явного почуття здивування під час уявного досвіду. Запропоновані запитання: Ви стурбовані тим, чи правильно ви уявляєте речі? Ви іноді намагаєтеся виправити деякі зображення? Чи відчуваєте ви здивування з приводу чогось, що ви собі уявляєте? Підтип 3: Мікропсихотичний епізод. Зазвичай імпліцитне усвідомлення того, що уявний досвід є ірреальним і приватним (відокремленим від спільного, соціального світу), відсутнє протягом короткого часу (від секунд до хвилин) – часто

пацієнт не усвідомлює свого оточення. Запропоновані запитання: Чи думали ви, що фантазія чи якісь образи були реальністю, поки ви їх переживали? Підтип 4: Уява, що впливає на вибір або поведінку. Вибір робиться та/або дії здійснюються на основі уяви та фантазії. Якщо поведінку можна класифікувати як примус (повторюваний і заснований на нав'язливому змісті), цей елемент не слід оцінювати. Запропоновані запитання: Чи думали ви, що фантазія чи якісь образи були реальністю, поки ви їх переживали? Підтип 4: Уява, що впливає на вибір або поведінку. Вибір робиться та/або дії здійснюються на основі уяви та фантазії. Якщо поведінку можна класифікувати як примус (повторюваний і заснований на нав'язливому змісті), цей елемент не слід оцінювати. Запропоновані запитання: Чи приймали ви рішення або робили якісь дії завдяки тим чи іншим фантазіям?

16. Відсутність розуміння. Пацієнт не вважає аномальний досвід уяви абсурдним, надмірним або недоречним, чи не визначає вміст як аномальний (тобто як незвичний або такий, що вказує на хворобу). Інсайт відноситься до негайного судження або оцінки, яка ідентифікує (зазвичай одержимий) досвід як безглуздий (егодистонічний), і, відповідно, пацієнт намагається ігнорувати або «придушувати» такі думки та образи (опір). Елемент оцінюється, якщо пацієнту не вистачає розуміння одного з явищ, охоплених EAFI, навіть якщо він/вона демонструє повне розуміння інших переживань. Підтип 1: Відсутність розуміння під час досвіду. У випадку очевидного інсайту слід з'ясувати, чи був такий інсайт у пацієнта негайно, тобто під час нав'язливого або уявного досвіду (непошкоджений інсайт, пункт не оцінюється), чи інсайт було отримано лише після закінчення, коли пацієнт може зайняти рефлексивну позицію щодо свого минулого досвіду в більш спокійному стані. Підтип 2: Тривала відсутність рефлексивного розуміння. Відсутність розуміння під час співбесіди або протягом тривалого періоду після досвіду. Запропоновані запитання: Чи могли ці речі (одержимий вміст) справді статися? Що ви думали про це під час досвіду? Чи вважаєте ви ці уяви розумними? Що ви думаєте про те, що ці мрії такі важливі для вас?

Теоретичні та практичні наслідки феноменологічного дослідження EAFI. Отже, вивчені розлади уяви

характеризуються трьома феноменологічними вимірами: 1) перцептуалізація образів: досвід набуває певних квазіперцептивних якостей, таких як просторовість, просторово-часова константність і можливість дослідження; 2) автономізація образів з квазімимовільним потоком і відчуттям емпіричної дистанції між свідомим образом і відчуттям волі; і 3) розмивання ірреальності: тоді як уява зазвичай живе з постійно присутнім характером нереальності, люди з РШС можуть відчувати яскраві образи без чіткого відокремлення від реального світу.

Автори дослідження вважають: «Замість того, щоб бути ізольованими симптомами, порушення, описані в EAFI, здаються нам виразом більш загальної зміни структури свідомості. Дослідницькі інтерв'ю під час розробки EAFI показують, що такі аномалії уяви можуть бути важливим суб'єктивним аспектом багатьох скарг і поведінки, які часто розуміються як окремі симптоми або синдроми психопатології в політетичному підході. Сюди входять румінації, нав'язливі явища, суїцидальні думки, соціальне відсторонення або розважальні фантазії та роздуми протягом кількох годин на день, параноїдальні ідеї та формування марення. Ми вважаємо малоймовірним, що ці види аномальної уяви є вторинними щодо стану психозу. Як правило, пацієнти повідомляють, що ці переживання були присутні протягом багатьох років до початку психозу, часто з підліткового віку або дитинства. Відповідно, ми припускаємо, що розлади уяви належать до більш фундаментального, генеративного шару психопатології та мають діагностичне значення» (Rasmussen et al., 2018a, p. 214).

Таким чином, порушення уяви вказують на більш фундаментальні розлади, але не є конститутивними для останніх. «Ми стверджуємо, що більш радикальна інтерпретація уяви та фантазії може дозволити більш детальне розуміння живого досвіду РШС», – пишуть Гозе та Фазакас (Gozé, Fazakas, 2020, p. 266). Ці дослідники пропонують пошук евристичної моделі, здатної просвітити операції свідомості, яка організовує зв'язки між самосвідомістю (*ipseity*) та уявою. Гозе та Фазакас висувають гіпотезу про те, що генеруючий розлад шизофренії повинен бути «розташований» не тільки на рівні «Я», хоч би мінімального (*ipseity*), але також у нижньому шарі, так би

мовити, у «підвалі», який «створено» початковою та безсуб'єктивною сумішню фантазії та тілесності. Вони встановлюють феноменологічну відмінність між фантазією та уявою, яку уподібнюють відмінності між схемою тіла та образом тіла.

Висновки та перспективи подальших розвідок у даному напрямку. Отже, відповідно до Расмуссена та ін., уява має специфічні якості при РШС з вирішальною діагностичною актуальністю та евристичним потенціалом. Пацієнти часто повідомляють про інтенсивні, яскраві образи, як правило, позначені як нав'язливості або псевдоодержимості, як описано в DSM-IV. Ці автори також розробили психометричний інструментарій вивчення аномальної фантазії та уяви (EAFI). Такий інструментарій дозволяє здійснювати напівструктуроване феноменологічне дослідження розладів уяви з гарними психометричними якостями. Расмуссен та ін. не тільки описують клінічний досвід, вони також пропонують концептуальну модель порушень уяви як вираження мінімальних розладів самосвідомості або індивідуальної ідентичності (*ipseity*). Останнє гіпотезується як основний генеративний розлад шизофренії, а позитивні/негативні симптоми походять з цього ядра фенотипу. З цього погляду, уява розуміється як психічна область, що впливає на основний розлад. Ця гіпотеза ґрунтується на ідеї, що уява має той самий статус, як і всі інші способи інтенційної свідомості (наприклад, сприйняття чи пам'ять). Розвідки Гозе та Фазакаса, вивченню яких плануємо присвятити наступні статті, встановлюють феноменологічну відмінність між фантазією та уявою, яку уподібнюють відмінності між схемою тіла та образом тіла. Тому подальші дослідження можуть вивчати кореляцію між аномаліями уяви, фантазії та здатністю до відновлення. Крім того, психологи можуть сприймати фантазійне життя як терапевтичну ціль втручання для підтримки емпіричного відновлення пацієнтів.

References

Binet, A. (1888). Sur les rapports entre l'hémianopsie et la mémoire visuelle. *Rev Philos France Let.*, 2, 481-488.

- Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. New York: International University Press. [Originally published in 1911].
- Cermolacce, M., Despax, K., Richieri, R., & Naudin, J. (2018). Multiple realities and hybrid objects: a creative approach of schizophrenic delusion. *Front Psychol.*, 9(107), 107.
- Dupré, E. & Logre, J. (1911). Les délires d'imagination, mythomanie délirante. *Encephale*, 4, 430-450.
- Ey, H. (1948). *Etudes psychiatriques*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Ey, H. (1973). *Traité des hallucinations*. Paris: Masson.
- Fink, E. (1966). Vergegenwärtigung und Bild. Beiträge zur Phänomenologie der Unwirklichkeit. In *Studien zur Phänomenologie 1930–1939. Phaenomenologica* (Vol. 21, pp. 1-78). Dordrecht: Springer.
- Gozé, T. & Fazakas, I. (2020). Imagination and Self Disorders in Schizophrenia: A Review. *Psychopathology*, 53(5-6), 264-273.
- Husserl, E. (1980). *Phantasie, Bildbewußtsein, Erinnerung. Zur Phänomenologie der anschaulichen Vergegenwärtigung*. Texte aus dem Nachlass (1898–1925) (Hua XXIII). Den Haag: Martinus Nijhoff.
- Husserl, E. (2005). *Phantasy, Image Consciousness, and Memory, 1898–1925*. (Husserliana: Edmund Husserl – Collected Works). Dordrecht: Springer.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Réédition du texte de la 4e édition 1973. Paris: Société Pierre Janet et Laboratoire de Psychologie Pathologique de la Sorbonne.
- Jaspers, K. (1963). *General psychopathology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Merleau-Ponty, M. (2015). *L'institution, la passivité. Notes de cours au Collège de France (1954–1955)*. Paris: Belin.
- Parnas, J. & Sass, L. (2011). The structure of self-consciousness in schizophrenia. In: S. Gallagher (Ed.), *The Oxford Handbook of the Self* (pp. 521-546). Oxford, Oxford University Press.
- Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., & Zahavi, D. (2005). EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology*, 38(5), 236-258. doi: 10.1159/000088441.

- Rasmussen, A. R., & Parnas, J. (2015a). Anomalies of imagination and disordered self in schizophrenia spectrum disorders. *Psychopathology*, 48, 317-323.
- Rasmussen, A. R., Stephensen, H., & Parnas, J. (2018b). EAFI: Examination of anomalous fantasy and imagination. *Psychopathology*, 51(3), 216-226.
- Rasmussen, A. R., Stephensen, H., Nordgaard, J., & Parnas, J. (2018a). A phenomenological approach to psychopathology of imagination: development of a descriptive instrument – examination of anomalous fantasy and imagination. *Psychopathology*, 51(3), 210-215.
- Rasmussen, A. R., & Parnas, J. (2015b). Pathologies of imagination in schizophrenia spectrum disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 131, 157-161.

Ye. Pushko

PHENOMENOLOGICAL RESEARCH OF IMAGINATION IN SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS AS A CONCEPTUAL FRAMEWORK FOR UNDERSTANDING PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESSES AND RECOVERY STRATEGIES

Although imagination abnormalities are frequent and handicapping in schizophrenia spectrum disorders (SSDs), psychopathology lacks a conceptual framework for modeling imagination disorders. Recently, in connection with the “imaginary turn” in phenomenology, translational approaches between philosophy and psychopathology have been sought. The purpose of the article is the presentation and analysis of modern foreign phenomenological studies of imagination in SSDs by a group of researchers headed by A. Rasmussen and J. Parnas, for the possible implementation of the results in domestic practice. The author first examines the features of anomalous fantasy and imagination in SSDs from the phenomenological point of view and then presents an overview of the EAFI instrument for a semistructured, phenomenological study of anomalous fantasy and imagination through interviews. Then the author analyzes the theoretical and practical implications of such research for understanding psychotherapeutic processes and recovery strategies. The studied disorders of imagination are characterized by three phenomenological dimensions: 1) perceptualization of imagery: the experience acquires certain quasi-perceptual qualities, such as spatialization, spatiotemporal constancy and explorability; 2) autonomization of imagery with a quasi-involuntary flow and a sense of empirical distance between the conscious image and the sense of agency; and 3) erosion of irreality: whereas the imagination is normally lived with an ever-present character of unreality, people with SSDs can experience vivid imagery without a clear separation with the real world. Rasmussen et al. not only describe clinical experience, they also offer a conceptual model of imagination disorders as expressions of minimal self-disorders (disorders of ipseity). The researchers hypothesize that impaired ipseity itself is the

core generative disorder of schizophrenia, and positive/negative symptoms derive from this core phenotype. Thus, imagination is understood as a mental domain that affects the underlying disorder, meaning that imagination has the same status as all other modes of intentional consciousness (such as perception or memory). T. Gozé and I. Fazakas go further and suggest a phenomenological distinction between fantasy and imagination, which resembles the distinction between body schema and body image.

Key words: *imagination, phenomenology, schizophrenia spectrum disorders (SSDs), fantasy, minimal self (ipseity), psychopathology, psychotherapy.*

Надійшла до редакції 26.01.2023 р.