**МЕТАФОРА КАК ОСНОВА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СМЫСЛООБРАЗОВАНИЯ И КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЗНАК**

Елена Николаевна Давтян1,3, Степан Эдуардович Давтян2,3

1. ФГБОУ ВПО Российский государственный педагогический университет им. А.И.Герцена, кафедра клинической психологии и психологической помощи, 191186, Россия, Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д.48. Elena.davtian@gmail.com

2. ФГБОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный университет, кафедра психиатрии и наркологии, 199034, Россия,

Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7/9. Stepandavtian@gmail.com

3. СПбГБУЗ «Городской психоневрологический диспансер №7 (со стационаром)», 190020, Россия, Санкт-Петербург,

Старо-Петергофский пр., д. 50.

*От слушающего требуется обнаружить, что имеет в виду говорящий —*

*его вклад в коммуникацию должен быть больше,*

 *чем просто пассивное восприятие*

*Д.Р. Серль*

Эволюция понятийной (языковой) системы осуществляется путем осмысления одной части опыта в терминах и понятиях другой. В современном мире мы говорим о споре, используя военную лексику, воспринимаем любовь как болезнь, а жизнь как азартную игру. Более того, вся лексика «невидимых миров» (субъективного мира человека) имеет исключительно метафорическое происхождение. Метафора по сути своей является единственным способом передать новый смысл, она – «феномен, обеспечивающий понимание» [6]. Именно метафора лежит в основе развития языкового сознания, являясь источником появления смыслов и понятий, которые в дальнейшем становятся неотъемлемой частью мира человека. Однако, породив новый смысл, метафора «умирает», буквализируясь или превращаясь в новое слово: через психологический образ к новому смыслу – метафоре, затем через метафору к знаку (слову) как основному средству коммуникации. Ф.Ницше сформулировал эту историческую особенность развития языка с предельной краткостью и, конечно, метафорически: «Язык – это кладбище потухших метафор».

Обыденной речи живая метафора не свойственна, так как не соответствует ее прагматическому (коммуникативному) предназначению. Метафору нельзя встретить в документах и приказах, инструкциях и телеграммах, правилах и медицинских рекомендациях. Создается впечатление, что в современном мире живая метафора существует исключительно в творческих типах дискурсов: поэтическом, художественном, научном. Однако в психиатрической клинике мы встречаемся с обратной ситуацией: люди самых нетворческих профессий, вне зависимости от образования и образа жизни, «превращаются в поэтов» и начинают изъясняться метафорически. В речи простых рабочих и домохозяек обильно появляются образные уподобления, сравнения и метафоры. Единственное, что объединяет этих людей, – душевная болезнь и связанный с ней регресс – переход на протопатический (древний) уровень реагирования[[1]](#footnote-2).

Метафора существует только в высказывании больного: «До акта высказывания язык есть лишь возможность языка» [1]. Высказывание больного – это уже речевое поведение, которое реализуется в определенной ситуации – ситуации диалога, т.к. всякий акт высказывания есть по определению обращение к кому-либо. Иначе говоря, высказывание самим фактом своего существования постулирует наличие собеседника (того, кто услышит и поймет): «Если значение где-то и содержится, то только в отношении “*говорящий — язык — слушающий*”» [2].

Все параметры ситуации диалога «врач – больной» (контекст, социальные конвенции, личные особенности участников и пр.) имеют самое непосредственное отношение к коммуникации и, безусловно, влияют на нее. Однако нам представляется важным сосредоточиться на взаимодействии главных действующих лиц диалога, на их вкладе в порождение и интерпретацию метафоры: на роли говорящего (больного) и роли слушающего (врача).

Коммуникативная задача больного (говорящего) очевидна: максимально точно донести до врача суть своего страдания. Больной пытается понять смысл происходящих с ним изменений и обозначить его словами, используя единственное доступное для этого средство – обыденный язык. При психической патологии он испытывает то, чего никогда не бывает в норме. Очевидно, что слова обыденного языка не подходят для точного обозначения того, что больной испытывает, и он естественным образом начинает порождать метафоры путем уподобления нового патологического опыта чему-то, уже известному из предыдущего опыта жизни или из общего для врача и больного культурного фонда. Иначе говоря, больной порождает новые смыслы через новые метафоры. Этот процесс патологического смыслообразования имеет ряд этапов (семантическая инкогеренция, семантическое конституирование и семантическая эксплицитность) и в общем случае описан Б.Е. Микиртумовым [7].

Другая важнейшая роль в диалоге – роль врача – практически не обсуждается в современном психиатрическом дискурсе, хотя, по нашему мнению, именно умение правильно выстроить диалог с больным является одним из основных психиатрических навыков и во многом определяет профессиональную компетентность врача. Эта роль вовсе не сводится к пассивной регистрации высказываний больного. «От слушающего требуется обнаружить, что имеет в виду говорящий» [9].

В норме процесс понимания метафоры слушающим разворачивается постепенно и имеет несколько этапов: опознание метафоры, ее реконструкция, ее интерпретация [8]. В психиатрической клинике каждый этап имеет свои специфические особенности. Мы полагаем, что смыслы болезненной реальности проясняются для самого больного не столько «в пространстве его внутреннего диалога» [7], сколько при помощи активной позиции слушающего – диалога внешнего, стимулирующего больного к именованию происходящих в нем изменений (перевод смутных неотчетливых угрожающих смыслов в эксплицитные формы – высказывания). Таким образом, на первом этапе задача врача сводится к побуждению больного к «говорению», к означиванию словами своего патологического опыта.

На втором этапе врачу уже как бы дан текст, некоторая последовательность описательных предложений, на основании которых он вынужден синтезировать модель происходящего с больным. Д. Р. Серль формулирует проблему метафоры следующим образом: «Как удается сообщить нечто в тех случаях, когда и говорящий, и слушающий знают, что значения употребленных говорящим слов не соответствуют в точности и буквально тому, что он имел в виду» [9]. В норме слушающий (интерпретатор) для понимания переносного смысла метафоры соотносит текст высказывания с общим для себя и говорящего фондом знаний и представлений о мире. И это оказывается достаточным условием для реконструкции метафоры. При психической патологии ситуация кардинально меняется: больной высказывается о мире патологическом, не данном врачу в его чувственном опыте. Единственно верной тактикой для адекватного понимания метафоры в этом случае является, по-видимому, постоянное уточнение у больного, что именно он имеет в виду, когда употребляет такие метафорические выражения как *«смута в теле»*, *«телесная оглушенность»* или *«ощущение потрескавшейся черепицы в голове»* (какие именно латентные семы актуализируются у произносимых больным слов). Приведем пример.

Известно, что больные часто обозначают происходящие с ними телесные изменения словом *боль*. Однако слово *боль* зачастую является лишь данью языковой и культурной традиции, общим указателем на страдание (душевное или физическое). При дальнейших уточняющих расспросах врача *боль* может стать «*как бы болью… не совсем болью*», а иногда и превратиться в *«ощущение растления между черепом и мозгом*». Это высказывание больного так же нуждается в прояснении. Что такое «ощущение растления»? Интуиция носителя языка подсказывает, как минимум, три возможных смысловых варианта – гниение, разделение на части или уменьшение объема. Реальный ответ больного был таков: *«Ощущение растления между черепом и мозгом… это ощущение, что мозг меньше черепа... мозг прыгает и перекатывается… больше при ходьбе»*. Следует отметить, что поначалу больной предъявлял единственную жалобу на головную боль, и весь процесс дальнейшего разворачивания высказывания стал возможным лишь при активном участии врача.

На третьем этапе реконструированный врачом смысл метафоры подвергается клинической интерпретации. Клиническая интерпретация – это по сути уже попытка создания модели патологической реальности. Патологическая реальность имеет свои закономерности развития, свойственные ей этапы созревания, в подходе к оценке которых метафора начинает выступать как важный диагностический знак.

Известно замечание В. Гризингера о том, что в начале душевной болезни обычно наблюдается меланхолия и лишь потом, в случае прогрессирования заболевания, появляются расстройства низших (более глубоких) регистров психики. Начальный этап перехода на протопатический уровень (меланхолия) знаменует собой появление феномена реметафоризации [3], когда современные способы обозначения эмоций редуцируются в высказываниях больных, и эмоциональные слова возвращаются к своим древним телесным корням[[2]](#footnote-3). Вместо слова «тоска» начинают использоваться словосочетания типа *«сдавление и тяжесть в груди*»; вместо «горя» – «*горение и жжение тела*»; вместо «печали» – «*припекание мозга*» и т.д. Приведем пример.

*«Неприятная тянущая и давящая боль, чувство сдавленности в области сердца… тоска в груди… Ощущение давящего кома размером с кулак или вгрызающегося червя».*

В приведенном выше примере отчетливо прослеживается процесс постепенного вытеснения современных эмоциональных слов этимологически родственными телесными эквивалентами. В высказывании больного наряду с *тоской* возникают различные варианты «давящих» ощущений (*тоска –* от теснить, давить); появляются патологические метафоры и слово «боль» как указатель на страдание. Следующие примеры демонстрируют нарастание тяжести депрессивных переживаний.

 *«Боль… как камень в груди … Ощущение, что души не осталось, как бы вычерпана до донышка*… *пустота…»*

*«Ощущение горения в груди, как будто ее обжигают кипятком, кровь как кипит»*

На этом этапе слова, обозначающие эмоции, полностью исчезли из речи больных. В приведенных примерах высказывания состоят исключительно из метафорических сравнений, патологических метафор и обозначений телесных ощущений (*пустота* этим. родств. *тоске*: см. *тщетный* в значении пустой; *горе –* от *гореть* [10, 11]).

Таким образом, при депрессивных состояниях феномен реметафоризации и появление патологической метафоры являются диагностическими знаками витальности патологического процесса, его протопатической глубины, и, по нашему мнению, могут быть отнесены к важным дифференциально-диагностическим признакам при отграничении эндогенных депрессий от прочих типов депрессивных расстройств.

В других случаях болезненный процесс не ограничивается депрессивным синдромом и переходит на более глубокие регистры психопатологических нарушений. Ранее нами описывалась модель эволюции сенсопатических ощущений от легких форм соматопсихической деперсонализации к сложным сенсопатическим синдромам [4]. Опираясь на это исследование, мы хотим показать, что уже на ранних этапах формирования сенсопатических синдромов метафорическое сравнение в высказываниях больных содержит в себе латентное указание на наиболее вероятный путь дальнейшего развития болезни. Приведем пример.

*«В районе печени как будто сидит кто-то... что-то твердое... подпирает меня, иногда шевелится, жжет... как что-то железное там стоит, как подпора».*

При квалификации этого сенсопатического феномена возникает очевидное затруднение: с одной стороны, ощущение явным образом относится к разряду сенестопатий (т.к. *«жжет, шевелится, подпирает»*). С другой стороны, прослеживается отчетливая тенденция к формированию висцеральной галлюцинации: ощущение «опредмечивается», сравнивается с характеристиками физического объекта, который, по мнению больного, мог бы вызвать эти болезненные ощущения (*«кто-то твердый, железный, как подпора»*). Другими словами, этот сенсопатический феномен относится к разряду переходных форм: он «больше», чем просто сенестопатия, при этом у больного отсутствует необходимая для сформированных галлюцинаторных расстройств убежденность в реальном существовании инородного тела внутри себя. Таким образом, метафорические сравнения в высказывании больного «подсказывают» врачу, что в дальнейшем (по нашим клиническим наблюдениям, через несколько лет [5]) сенсопатия может приобрести дополнительные клинические и вербальные характеристики и окончательно эволюционировать в висцеральную галлюцинацию.

Следующий пример.

 *Чувствую сильное давление с улицы на мозг… Бывает, что на глаз перетекает, просто какие-то болевые ощущения в глазу, очень неприятная, очень сильная боль. Его как будто выкручивает, как кто-то засунул руку и выкручивает»*

При переходных феноменах, промежуточных между патологическими телесными сенсациями и сенестопатическими автоматизмами, в описаниях ощущений в форме метафорического сравнения появляются указания на возможное постороннее воздействие извне *(«давление* *с улицы»*, *«как кто-то засунул руку и выкручивает»*). В отличие от оформленного синдрома психического автоматизма, у больных отсутствует бредовая убежденность в постороннем воздействии. И в этом случае особенности вербализации метафорического сравнения являются важной подсказкой врачу о возможном пути эволюции патологических телесных сенсаций в сторону формирования синдрома психического автоматизма.

Следует еще раз подчеркнуть, что метафора является основой появления смыслов патологической реальности больного и важным диагностическим знаком для врача. При этом роль врача как активного участника диалога «врач – пациент», принимающего живое участие в реконструкции, интерпретации и даже в порождении (проявлении) метафоры в речи больного, недооценивать нельзя.

**Список литературы:**

1. Бенвенист Э. Общая лингвистика – М.: Прогресс, 1974. – 448 с.

2. Бикертон Д. Введение в лингвистическую теорию метафоры / Теория метафоры: Сборник: Пер. с анг., фр., нем., исп., польск. яз. / Вступ. ст. и сост. Н. Д. Арутюновой; Общ. ред. Н. Д. Арутюновой и М. А. Журинской – М.: Прогресс, 1990. – С. 284–306.

3. Давтян Е.Н., Давтян С.Э. Эмоциональные концепты русской языковой картины мира в норме и при патологии. Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б.Ганнушкина. 2016; 18(2): 48-53.

4. Давтян Е.Н., Давтян С.Э. К эволюционной модели сенсопатических расстройств // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, №3, 2010, стр. 66-76.

5. Давтян Е.Н., Давтян С.Э., Сенестопатия как разновидность психической боли // Санкт-Петербург, Медицина XXI век, №2 (3), 2006. Стр. 92-97.

6. Лакофф Дж., Джонсон М. Метафоры, которыми мы живем / Под ред. и с предисл. А. Н. Баранова. Изд. 2-е. – М.: ЛКИ, 2008. – 256 с.

7. Микиртумов Б. Е., Ильичев А.Б. Клиническая семантика психопатологии. Изд-во СПбГПМА, 2003. – 176 с.

8. Миллер Д.А. Образы и модели, уподобления и метафоры / Теория метафоры: Сборник: Пер. с анг., фр., нем., исп., польск. яз. / Вступ. ст. и сост. Н. Д. Арутюновой; Общ. ред. Н. Д. Арутюновой и М. А. Журинской – М.: Прогресс, 1990. – С. 236–283.

9. Серль Д.Р. Метафора / Теория метафоры: Сборник: Пер. с анг., фр., нем., исп., польск. яз. / Вступ. ст. и сост. Н. Д. Арутюновой; Общ. ред. Н. Д. Арутюновой и М. А. Журинской – М.: Прогресс, 1990. – С. 307–341.

10. Фасмер М. Этимологический словарь русского языка в 4 т. – М.: Прогресс, 1986.

11. Черных П.Я. Историко-этимологический словарь современного русского языка: в 2 т. – 3-е изд., стереотип. – М.: Рус. яз., 1999.

1. Мы полагаем, что использование термина *протопатический* в авторском понимании Геда (H. Head) является более точным, чем *психотический*, т.к. любой психотический уровень является по определению протопатическим, однако не всякий протопатический уровень достигает психотической глубины. [↑](#footnote-ref-2)
2. Напомним, что в русском языке в основе многих эмоциональных слов лежит телесная метафора: этимология слова *печаль* – от глагола печь; *горе* – от гореть, жечь; *мучение, мука* – от мять, давить; *тоска, гнет* – от теснить, давить; с*ожаление* – от жалить, колоть; *грусть* – от грызть и т.д. [10, 11] [↑](#footnote-ref-3)