
ОНТОЛОГИЯ И ТЕОРИЯ ПОЗНАНИЯ

Е. В. КОСИЛОВА

СОЦИАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

В статье рассматривается социальная деятельность психиатрии на современном этапе. Показано, что по типу институциональной организации психиатрия делится на государственную, коммерческую и научную. Для государственной и коммерческой психиатрии характерна гипердиагностика. Рассмотрена онтология психиатрических концептов, и показано, что в основе ее лежит социальное конструирование. Проанализирован также феноменологический метод выделения синдромов и болезней. Несмотря на его большую объективность, он основывается также на предварительном социальном конструировании. Проанализировано ограничение понимания врачом пациента, которое накладывает существующая классификация болезней. Рассмотрена проблема нормы в психиатрии. В государственной психиатрии норма предстает как отсутствие претензий социума, в коммерческой – как удовлетворенность пациента собственной психикой, в научной – статистически и как размышления теоретиков. Показано, что в современной культуре вычислить норму невозможно, и предложено понимание нормы как идеала.

Ключевые слова: психиатрия, государственная психиатрия, коммерческая психиатрия, научная психиатрия, феноменологическая психиатрия, социальное конструирование, норма в психиатрии.

The paper deals with the current social activity of psychiatry. It is demonstrated that in terms of institutional organization one may divide psychiatry into three types: the state, commercial, and scientific. Over-diagnosis is a strategy pursued by the state and commercial psychiatry. The present article studies the ontology of psychiatric concepts and demonstrates that they are founded on social construction. The phenomenological method of describing syndromes and diseases is also analyzed. Though it is rather objective, it is based on primary social construction as well. It is also analyzed, how the existing classification of diseases restrains the doctor's understanding of a patient.

The problem of normality in psychiatry is analyzed, and it is demonstrated that in state psychiatry the normality is interpreted as the absence of claims on the part of the society while in the commercial psychiatry it is the patient's satisfaction with his own psychic and in the scientific psychiatry it appears the matter of statistics or theorists' speculations. It is demonstrated that in the contemporary culture it is impossible to evaluate normality so it is proposed to define it as an ideal.

Keywords: *psychiatry, state psychiatry, commercial psychiatry, scientific psychiatry, phenomenological psychiatry, social construction, normality in psychiatry.*

В данной статье исследуются с философских позиций взаимоотношения психиатрии и общества. Еще недавно психиатрия казалась монстром, который госпитализирует здоровых людей, стигматизирует больных и превращает своих пациентов в «овощи» с помощью электрошока и нейролептиков. Сейчас она уже не представляется чудовищем, но некоторое особое отношение к ней остается. Мы попытаемся разобраться, как же действует психиатрия в современных условиях.

Три вида психиатрии

По типу институциональной организации следует выделить три типа психиатрии: государственную, коммерческую и научную.

1. Государственная психиатрия – это психиатрия больших больниц. Пребывание в них бесплатно. Большая часть больных госпитализируется родственниками или социальными структурами, если же больной поступает туда добровольно, то это, как правило, тяжелый случай, когда человек сам не может находиться в домашних условиях. Впрочем, есть и «легкие» отделения, в которые, как правило, имеется большая очередь на поступление. Больницы государственной психиатрии – это наследники приютов допсихиатрической эры, которые выполняли задачу изоляции больных от социума. В современных условиях недобровольная госпитализация возможна только по решению суда, который проводит выездные сессии прямо в отделениях. На Западе число больных в государственных больницах сокращается в русле так называемой деинституционализации [Фрит 2005]: задачей больницы является только купирование острого состояния, в дальнейшем пациент выписывается, и «долечивание»

происходит уже дома. Очевидно, что это делается в целях сокращения государственных расходов, хотя мотивации приводятся другие: больному лучше в домашних условиях, он адаптируется к нормальной жизни и т. п. Однако острый психоз нельзя вылечить быстро, поэтому выписке подлежат больные с галлюцинациями, шизофреническим нарушением личности, бредом и т. п. Тяжесть сосуществования с таким больным ложится на семью. Подобные тренды переходят и в российские больницы. Сокращается период госпитализации, пациенты выходят из больниц с неснятыми острыми состояниями. Учитывая низкий уровень психиатрического просвещения, неудивительно, что семья старается избавиться от больного. К государственным учреждениям принадлежат также и так называемые психоневрологические интернаты, где такой больной во многих случаях и оказывается.

2. Коммерческая психиатрия. Врачи работают обычно на базе платных клиник, хотя сейчас во многих государственных больницах стали оказывать коммерческие услуги. Больные, как правило, обращаются к коммерческим врачам сами. Здесь преобладают пограничные случаи, острых психозов мало. Зато среди обращающихся немалая доля таких, которые еще лет 50 назад были бы сочтены здоровыми. Недовольство жизнью, усталость от повседневности, экзистенциальная тоска, страх перед будущим, одиночество – вот жалобы этих пациентов. Такие люди считают, что психическое здоровье – это вечно прекрасное настроение, позитивное отношение к жизни, жизненное благополучие и достижение собственных целей. То, что такое отношение к жизни и нереально, и глупо, не приходит им в голову. Они приходят к врачу (не обязательно психиатру, это может быть невропатолог, в данном случае исполняющий роль психиатра) с жалобами на депрессию. Врач не откажется лечить пациента, потому что он в нем коммерчески заинтересован. И экзистенциальные проблемы лечатся антидепрессантами. В современной культуре вытеснен запрос на все другие виды дискурса недовольства собой, кроме психиатрического. Нет понятия о сложности жизни, ее неотъемлемой абсурдности, покаянии, претерпевании невзгод. Зачем терпеть, если можно принять антидепрессант? Врачи же, как было сказано выше, не разубеждают «больных», наоборот, убеждают их в необходимости лечиться. Так коммерче-

ская психиатрия делает из здоровых людей больных с их полного согласия.

3. Научная психиатрия. Это психиатрия учебников, монографий, научных статей. В последнее время из нее стали исчезать кейсы, то есть описания отдельных больных, и все больше заметен уклон в сторону биологии с ее статистическим подходом. В этом же направлении работает и так называемая доказательная медицина. Впрочем, в учебниках сравнительно мало места отводится лечению, преобладают описания болезней и синдромов. Это связано с тем, что, с одной стороны, психиатрическое лечение развивается стремительно, новые лекарства появляются каждый год. С другой стороны, главная трудность врача заключается не в лечении. Стандарты лечения разрабатываются централизованно и еще уточняются в каждой конкретной школе психиатрии (а часто даже на уровне больницы и отделения). Главная трудность врача – постановка диагноза. Конечно, есть много ясных случаев, но в целом палитра психических нарушений очень разнообразна и зависит от особенностей конкретного пациента. Поставить диагноз в психиатрии гораздо труднее, чем, скажем, в хирургии.

Научную психиатрию следует разделить на две ветви – физиологическую, естественно-научную психиатрию и экзистенциально-феноменологический, гуманитарный подход. Физиологическая психиатрия ищет нарушения в мозге и разрабатывает биохимические лекарства для болезней (а иногда и просто симптомов). Экзистенциально-феноменологический подход разрабатывает теорию болезни методом понимания, вчувствования, эмпатии. Лечение в его рамках в основном психотерапевтическое – не лекарствами, а словом [Косилова 2014].

Надо заметить, что для государственной и коммерческой психиатрии – но не для научной – характерна гипердиагностика. Практически любой человек, оказавшийся в психиатрической ситуации, получает диагноз (если у психиатра не возникнет подозрения, что именно за диагнозом он и пришел, например, чтобы получить освобождение от армии). Иногда врачи признаются, что могут поставить диагноз и вне психиатрической ситуации, скажем, на дружеской вечеринке. С этим связана очень актуальная для психиатрии объективность постановки диагноза. Дело в том, что в других

ветвях медицины существуют объективные показатели: анализы, данные рентгена и УЗИ и т. п. В психиатрии постановку диагноза осуществляет только врач. Только он может на основе наблюдений за поведением пациента выявить патологические симптомы и предположительно поставить диагноз. Это требует от врача особой компетенции в понимании и, если так можно выразиться, в герменевтике, в толковании. С этим связана и гипердиагностика: толковать можно все что угодно. Я еще напишу об этом ниже.

Онтология психиатрических концептов

К психиатрическим концептам я отношу нозологические формы: болезни и синдромы. Они перечислены в справочниках и периодически выходящих международных классификаторах болезней (МКБ). Раньше такие классификаторы и справочники включали в себя только болезни. У каждой нозологической единицы своя история. У каждой болезни много форм и подтипов протекания. Поэтому в современных классификациях предпочитают перечислять синдромы, число которых намного больше, но и выделение их точнее, чем расплывчатое выделение болезней. Действующая сейчас классификация МКБ-10 имеет переходный характер: в ней присутствуют и болезни, и синдромы.

Синдром – это комплекс симптомов, обычно встречающихся вместе. Например, при классической депрессии синдром включает в себя такие симптомы: сниженное настроение, моторная и интеллектуальная заторможенность, отсутствие планов на будущее. Будущее обычно вызывает страх, а прошлое – чувство вины. Все это может встречаться вместе, хотя какой-то из симптомов может отсутствовать. Так что даже синдромы остаются в значительной мере расплывчатыми понятиями.

Существуют два способа выделения болезни и синдрома: социальное конструирование и феноменологическое описание. Социальное конструирование первично и по времени, и по способу попадания больных в поле зрения ученого-психиатра. Выделение болезней и их классификация появились в XIX в., когда психиатрия еще не была в состоянии излечивать болезни, а феноменологического метода еще не существовало. Врачи наблюдали за «острыми» больными, попадавшими в изолирующие заведения (прообраз со-

временной государственной психиатрии), описывали их состояние более-менее естественным языком, не вступая с ними в настоящую коммуникацию. Так появлялись первые диагнозы: «мания», «идиотизм», «*dementia praecox*». Как уже говорилось, объективных методов постановки диагноза нет и до сих пор. В эпоху социального конструирования не было даже единодушия между школами, и, скажем, то, что во Франции получало название «мания», в Германии могло получить название «бред». Ученые старались различать разные подтипы одного такого «заболевания», но, не имея надежных критериев, делали это приблизительно и, как уже сказано, в разных школах по-разному.

Феноменологический метод впервые во всей полноте применил К. Ясперс в начале XX в. [Ясперс 1997; Власова 2007]. Этот метод требует, во-первых, уже готовой тщательно разработанной внешней классификации болезней. Таковой служила тогда классификация Крепелина (являвшаяся, естественно, социальным конструктом). Во-вторых, метод требует общения с больными, в том числе «острыми». Это удалось Ясперсу благодаря его выдающемуся таланту феноменолога: он переписывался с больными, просил их писать дневники, размышления, автобиографии. Разбирая этот материал, он составлял по возможности объективное описание синдромов, а также по возможности объективную их классификацию, во многом исправляя классификацию Крепелина. Однако его основополагающий труд «Общая психопатология», который и поныне служит основным ориентиром в дальнейших работах над описаниями синдромов, все-таки был основан на классификации Крепелина. Это служит наилучшим примером того, что феноменологический метод является вторичным по отношению к социальному конструированию, находится, если так можно выразиться, у него в плену.

Может показаться, что наилучшими феноменологами, наиболее точно описывающими синдром, были бы сами больные. Но психически больные достаточно часто недоступны контакту. И даже когда контакт с ними возможен, они могут не различать симптомы, не отдавать себе отчета в собственной болезни, описывать не симптомы, а свои бредовые построения или свое настроение и так далее. По выходе из острого состояния они не всегда сохраняют критику

к пережитому и даже не всегда точно его помнят. Поэтому описывать симптомы и их комплексы может только психиатр. И мы снова, уже на фазе описания, стоим перед дилеммой: как он это делает?

И снова существуют два способа: метод максимального понимания больного и метод простого сбора симптомов в синдром. Причем сам симптом тоже надо еще понять, ибо, как уже было сказано, больные могут его не описывать. Поэтому даже внутри феноменологического метода есть место социальному конструированию. Если психиатру кажется, что при данном синдроме должен быть такой-то симптом, он может домыслить его там, где его на самом деле нет. Только при максимальном понимании больного психиатр более-менее огражден от такого рода натяжек. Но здесь мы встречаемся с парадоксом: чем лучше понимание, тем хуже психиатр видит признаки болезни. Перед ним предстает уникальный и своеобразный человек, а не носитель такого-то синдрома. Здесь мы переходим к следующей проблеме.

Нозологическое ограничение понимания

Без выученных и затверженных признаков болезни психиатр не сможет поставить диагноз. Ключевую роль, особенно вначале, играют учебники. Чтобы диагноз был точен, психиатр должен знать как можно больше синдромов, причем опыт нарабатывается далеко не сразу. Для человека естественно узнавать то, что он знает в теории, а не то, что видит сам, может быть, каждый день. Акты узнавания и именованя тесно связаны, так как обычно чем лучше известно имя, тем быстрее происходит интерпретация образа как именно этого, соответствующего данному имени. Это известный факт влияния именованя на узнавание, который не специфичен для психиатрии и является вспомогательным механизмом распознавания образов у любого человека. Мы гораздо лучше узнаем, скажем, цветы василька, чем, к примеру, цветы донника, несмотря на то, что большинство из нас видит донник гораздо чаще, чем василек (донник – распространенная и в полях, и в городе разновидность дикорастущих цветов, в то время как васильки растут только в полях). А что касается цветов мятлика или ежи, то их, я думаю, не узнает вообще ни один горожанин, в то время как они растут

буквально везде, даже на газонах! Причина проста: большинство горожан незнакомы с названиями донника, мятлика и ежи, а василек всем известен по детским книжкам. Аналогично и в психиатрии: чем лучше известно название, тем чаще будет узнаваться соответствующая болезнь.

Однако здесь психиатра подстерегает опасность. При огромном разнообразии симптомов у психически больных, как бы хорошо врач ни знал все существующие в классификациях синдромы, поставить точный диагноз часто просто невозможно. Нет никакой гарантии, что существующие на сегодняшний день классификации полны и удовлетворительны. Удовлетворительную классификацию синдромов, охватывающую все разнообразие больных, видимо, просто невозможно построить. И по мере нарабатывания опыта хорошему врачу приходится отходить от классификации. Он, так сказать, начинает думать не синдромами, а людьми. И здесь нозология, изложенная в классификациях, перестает быть помощником психиатра, а становится его ограничителем. Дело в том, что, несмотря на трудность постановки диагноза в неопределенных условиях разнообразия больных, лечение этих пациентов сопряжено не с такими трудностями. Можно подобрать средство, которое помогает больному, несмотря на то, что ему трудно поставить официальный диагноз. Однако не поставить никакого диагноза врач не имеет права. И нозология сковывает врача своими рамками, поскольку диагноз предопределяет лечение.

Более того, как уже было сказано, перед опытным и, главное, понимающим врачом задача постановки диагноза стоит еще острее, чем перед неопытным: понимающий врач видит перед собой не воплощение диагноза (синдрома), а живого человека во всей его сложности. Конечно, есть однозначные и типичные случаи, более того, их даже большинство. Но есть случаи неоднозначные и нетипичные, для которых точного диагноза в классификациях нет. Повторюсь, что им можно помочь; что нельзя, так это «разложить их по полочкам». Поэтому нозологические классификации играют в данном случае ограничивающую роль.

Что касается тех врачей, которые идут по пути наименьшего сопротивления, то они подбирают диагноз из тех, что знают. Их личная оптика корректируется таким образом, что они начинают

видеть симптомы, соответствующие поставленному диагнозу. Если понимающий врач затрудняется поставить диагноз больному, то заурядный врач ставит диагнозы даже здоровым. В этом одна из причин гипердиагностики, о которой говорилось выше.

Проблема нормы в психиатрии

Из вышесказанного уже следует, что проблема нормы в психиатрии является далеко не простой. Сначала разберем, как норма полагается в трех видах психиатрии.

В государственной психиатрии норма – социальный конструкт. Больной считается вылеченным (или находящимся в ремиссии), если к нему более не предъявляется внешних претензий. Это очень проблемный критерий. Отношения субъекта и социума, особенно если субъект имеет характерологические особенности, не могут быть бесконфликтными. Они и не должны быть бесконфликтными. Социум всегда предъявляет требования к субъекту, и эти требования зачастую превышают его возможности. Человек может хотеть уйти в одиночество, и он даже просто обязан иногда этого хотеть, если он сохраняет самобытность своей личности. Он может проводить время один, отдыхая, грезя, фантазируя, ведя диалоги с внутренними собеседниками. Он может пребывать в своем личном мире, и это не патология, хотя в психиатрии еще недавно это рассматривалось как признак шизоидности. Автономное существование внутреннего мира, потребность в одиночестве свойственны почти любому нормальному человеку. К сожалению, до недавних пор психиатрии было свойственно не понимать эту простую вещь. Само существование внутреннего мира рассматривалось как признак неполноценности. Сейчас, под влиянием экзистенциально-феноменологического направления, отношение государственной психиатрии к этой проблеме медленно меняется. Однако по-прежнему для многих психиатров напряжение между субъектом и социумом является признаком ненормальности. Разумеется, такой критерий нормы, как отсутствие конфликта с социумом, когда конфликт трактуется так широко, как простое недовольство, невозможно считать удовлетворительным.

По-другому обстоят дела в коммерческой психиатрии. Здесь критерий – собственные представления больного о здоровье. Мно-

гие из больных, обращающихся в коммерческие клиники, никогда не считают себя здоровыми. Они, как уже говорилось, полагают, что их психика – нечто вроде машины, которая должна работать бесперебойно. Субъект предстает здесь жалующимся и недовольным. Малейший упадок настроения, признак уныния или тревоги рассматриваются как проявления депрессии или невроза. Современный обыватель считает признаком здоровья иметь вечное счастье и довольство, хотя это скорее показатель его глухоты к экзистенциальному требованию жизни. Со стороны врача общая склонность к гипердиагностике подогревается коммерческой выгодой. И психиатрия предлагает пациенту антидепрессанты от недовольства собой и транквилизаторы от жизненной тревоги. Так воспитываются инфантильные субъекты, которые не в состоянии встретиться лицом к лицу трудности и вызовы жизни. Понятие болезни здесь извращено, оно экзистенциально неадекватно. Аналогично обстоят дела и с понятием нормы. Это извращенная норма, которая никогда не достигается, а если достигается, то приносит больше вреда, чем пользы.

Каков главный критерий нормы в научной, теоретической психиатрии? Здесь мы должны вспомнить о разделении ее на физиологическую, естественно-научную часть и на экзистенциально-феноменологический подход. В физиологической психиатрии главный критерий нормы – статистический. Этим она напоминает биологию, которая принципиально не работает с отдельным экземпляром, а только с видом. Как уже говорилось, в современных учебниках почти нет историй болезни, а приводятся только статистические таблицы распространения болезней и их диагностики. В классификаторах МКБ тоже происходит переход с болезней на синдромы, причем диагноз выставляется тоже статистически, по количеству наблюдаемых симптомов. К статистическому критерию нормы также много претензий (если в некоторой выборке большинство зимой страдает насморком, то можно ли сделать вывод, что насморк – это норма? А если в некоторой российской области большинство деревенских жителей алкоголики?), но, мне кажется, из трех рассмотренных этот критерий нормы несет в себе наименьшее зло (хотя он будет записывать в ненормальных, скажем, высокоодаренных).

Следует специально отметить, что даже при статистическом критерии нормы нельзя достичь полной объективности, потому что суждение о болезни всегда выносит врач. Мы уже видели, что в психиатрии не действуют методы анализов, рентгена, МРТ и пр. Врач оценивает, каково было состояние до приема лекарства и после него, улучшилось оно или ухудшилось. Поэтому норма определяется на базе субъективной оценки, для которой характерно то, что было сказано выше о других видах психиатрии (о преувеличении роли конфликтности с социумом, о неадекватности требования вечного комфорта и т. п.).

Что касается экзистенциально-феноменологического подхода, то критерий нормы в нем теоретический. Это рассуждения о том, как *должно быть*, какова подлинная норма. Среди основателей данного подхода нет единства точек зрения, но есть и такие, с которыми можно полностью согласиться.

Норма как идеал

Можно ли определить норму человека? Если бы действия человека были однозначно определены какими-то причинами, если бы они были каузальны, то отклонения от таких действий можно было бы рассматривать как ненормальность. Каузальность может определяться культурой. Если дело происходит в традиционной культуре, то определить норму поведения человека с некоторой погрешностью можно исходя из его поведения: соответствует оно традиционным ролям или нет. Но наша культура нетрадиционна и динамична. Ситуации не переходят из прошлого в будущее, они постоянно меняются. Трансляция «нормальных реакций» в нашей культуре если и есть, то недостаточная и запаздывающая. Ответ на вызов каждой ситуации ложится на плечи свободного человека. Каждый раз он уникален, каждая ситуация бросает свой вызов. Когда культура изменяется с такой скоростью, как наша, никакой культурной трансляции нормальности быть не может. Поэтому нормального человека не существует в принципе.

Тем не менее мы все распознаем отклонение от чего-то, что только называем нормой, мы распознаем недостаток каких-то возможностей, которыми обладаем как (предположительно) здоровые люди. Бытийные возможности – вот где следует искать норму.

И это будет не норма поведения. Это будет адекватное реагирование на ситуацию. Но что значит «адекватное реагирование»? Как представляется, адекватный человек реализует свои бытийные возможности наилучшим способом, с наименьшими искажениями. Его личность развивается. Он не искажает себя в угоду ложным требованиям социума, не носит маски, не теряет своего личностного стержня. Нельзя считать, что адекватный человек – это тот, кто просто похож на других. Все люди уникальны. Если вспомнить А. Маслоу, то адекватный человек стремится к самореализации. Однако этим он не ограничивается, поскольку самореализоваться можно и аморально. Адекватность – это еще и критичность к себе, стремление к духовно лучшему. Некоторые больные могут быть адекватны в какой-то области и неадекватны в другой. Только полная адекватность может быть названа настоящей адекватностью.

К сожалению, даже такая идеальная норма не остановит гипердиагностику. Адекватный человек переживает страдания и горести, его мучает экзистенциальная тревога, от него не скрыта абсурдность земного бытия. Все это врач будет стремиться вылечить антидепрессантами и транквилизаторами. Психиатрия давно не монстр, она действует с самыми лучшими намерениями. Но, как писал Р. Д. Лэйнг, «самолет может отклониться от порядка, но и весь порядок может двигаться не по курсу» [Лэйнг 1995: 330]. Наша культура – потребительская, и нельзя сказать, что она двигается по курсу. Поэтому лечение в психиатрии всегда будет по крайней мере отчасти под вопросом.

Таким образом, мы видели, что психиатрия делится на государственную, коммерческую и научную. Как для государственной, так и для коммерческой психиатрии характерна гипердиагностика. Психиатрические концепты рождаются методом социального конструирования. Критерий нормы не может быть установлен в нашей нетрадиционной и динамичной культуре. Вместо нормы следует стремиться к идеалу – адекватности.

Автор благодарит Санкт-Петербургского психиатра В. А. Дворецкого за прочтение статьи и внесение в нее ценных замечаний.

Литература

Власова О. А. Философские проблемы феноменологической психиатрии. Курск : Изд-во Курского гос. ун-та, 2007.

Косилова Е. В. Психиатрия: опыт философского анализа. М. : Проспект, 2014.

Лэйнг Р. Д. (Лэнг Р. Д.) Расколотое «Я». Политика переживания. Райская птица. СПб. : Белый кролик, 1995.

Фрит К. Шизофрения: краткое введение. М. : АСТ: Астрель, 2005.

Ясперс К. Общая психопатология. М. : Практика, 1997.