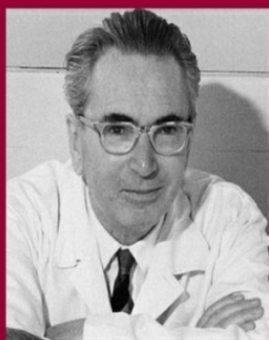


В. А. АБРАМОВ

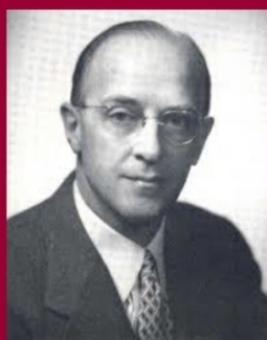
НЕКЛАССИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ: ДИСКУРС ГУМАНИЗМА И ЗДРАВООМЫСЛИЯ



Виктор Франкл



Абрахам Маслоу



Карл Роджерс



Людвиг Бинсвангер

12+

Владимир Абрамов

**Неклассическая
психиатрия: дискурс
гуманизма и здравомыслия**

«Автор»

2021

Абрамов В. А.

Неклассическая психиатрия: дискурс гуманизма и здравомыслия /
В. А. Абрамов — «Автор», 2021

Цель данной монографии рассмотреть особенности развития психиатрии на фоне исторической смены этапов научного познания и движения в сторону неклассического этапа ее развития, открывающего горизонты для понимания психиатрии как целостной антропоцентрической (собственно человеческой) дисциплины. Проанализированы основные методологические дилеммы, рамочные модели и современные парадигмы в психиатрии. Особое внимание уделено теоретико-методологическим основаниям неклассической науки, принципам неклассической психиатрии, различным аспектам позитивного психического здоровья как теоретическому основанию гуманитарной, личностно-ориентированной психиатрии. Показана необходимость познания внутреннего мира личности и личностного потенциала как категории и методологической основы неклассической психиатрии. Раскрыто понимание личности как функциональной, саморегулируемой системы и личностного потенциала как измерения функциональности человека и способа объективации его психических переживаний.

© Абрамов В. А., 2021

© Автор, 2021

Содержание

Введение	5
Глава 1. Методологические дилеммы в психиатрии	9
Глава 2. Рамочные модели в психиатрии	22
Глава 3. Парадигмы в психиатрии: методологические различия	37
Глава 4. Объект и предмет в психиатрии: объективная или субъективная реальность	53
4.1. Предмет психиатрии – альтернативные представления	56
Конец ознакомительного фрагмента.	62

Владимир Абрамов

Неклассическая психиатрия: дискурс гуманизма и здравомыслия

Введение

*Простой здравый смысл руководит лучше,
чем ложные научные построения.*

Анри Сен-Симон

20 апреля – день рождения Филиппа Пинеля, которого многие считают родоначальником современной психиатрии. Пинель родился в 1745 году на юге Франции, в местечке Энроке, в живописной долине Альбигойской провинции. Отец Пинеля был врачом, но сыну прочил духовную карьеру. Первоначальное образование Пинель получил в духовной семинарии, но уже в ту пору стал зачитываться философскими сочинениями просветителей, особенно Вольтера и Руссо, которые тогда находились в апогее своей славы. Распрощавшись с семинарией, Пинель переселился в Тулузу и поступил в университет на естественноисторический факультет, где потом защитил диссертацию на тему «О достоверности, которую математика дает нашим суждениям при занятиях науками». Не ограничившись этим, он также получил и высшее медицинское образование и в итоге нашел себя в качестве главного врача парижского приюта Бисетр.

Этот приют во времена Ф. Пинеля представлял собой убежище, где на длительное время, чаще пожизненно, изолировались и содержались в нечеловеческих условиях, прикованными к стенам душевнобольные вместе с преступниками, калеками и другими категориями социальных девиантов. Эти приюты в течение многих десятилетий ассоциировались с тюрьмой, богадельней, сумасшедшим домом, но только не с лечебным учреждением.

Роль, которую взял на себя Пинель, была поистине революционной и подвижнической. Он фактически выступил первым, кто, по словам известного русского психиатра Н.Н. Баженова, «возвел сумасшедшего в ранг больного». По настоянию Пинеля, душевнобольные, содержащиеся в Бисетре, были освобождены от оков, им было позволено гулять на свежем воздухе, а в качестве терапевтической меры был использован посильный физический труд. Этот шаг имел не только гуманистическое, но и научное значение. После снятия цепей появилась реальная возможность наблюдать подлинную картину душевной болезни, но искаженную последствиями жестокого обращения. Психиатрия обрела объект своего исследования – душевнобольного в его естественном состоянии. По мнению историка психиатрии Ю.В. Каннабиха, «только с этого момента стал возможен поступательный ход науки».

Однако падение оков в Бисетре было лишь первым шагом к гуманизации психиатрии. Еще полтора столетия в психиатрических больницах всего мира больных сковывали наручниками, содержали прикованными к стенам. В таких условиях происходило становление психиатрии как науки и медицинской дисциплины, которое, в конце концов, привело к революционным переменам в вопросах организации психиатрической помощи и защиты прав пациентов. Начиная со второй половины XX столетия, появилось большое количество всемирных деклараций и национальных законодательных актов, значительно улучшивших положение больных. Бурно и повсеместно начинают реализовываться реабилитационные, деинституционализационные, «антипсихиатрические» и другие гуманистические проекты.

Символически при этом выглядит беспрецедентная акция, проведенная в 1953 году Американской Национальной ассоциацией душевного здоровья, организованная бывшими пациентами. В сотнях психиатрических учреждений страны были собраны оковы, в которых содержались больные. 300 фунтов металла, вобравшего в себя страдания и скорбь тысяч несчастных, были переплавлены в колокол, первый удар которого раздался 13 апреля 1953 года. Ныне этот колокол выставлен в штаб-квартире Ассоциации в г. Александрия, штат Вирджиния. На нем начертана надпись: «В звоне этого колокола, отлитого из оков, звучит надежда на освобождение и победу над болезнями души». И до сего дня, когда больных уже не опутывают кандалами, этот колокол выступает символом борьбы за освобождение от тех явных и незримых оков, которыми общество ущемляет немалую часть своих членов.

Вместе с тем, психиатрия за весь период своего развития не смогла сформировать собственную научную теорию, адекватную предмету исследования методологию и не смогла преодолеть многочисленные стигматизационные, ограничительно-изоляционные и дискриминационные практики, не имеющие медицинского содержания. Это создавало благоприятную почву для диаметрально противоположных оценок современного статуса психиатрии: от утверждений о том, что психиатрия является наукой и полноценной медицинской дисциплиной, до полного отрицания ее научного статуса и отношения к психиатрии как к мифологии, основанной на предрассудках и догмах.

Достижения и современное состояние психиатрии ассоциируется с высказыванием К. Ясперса: «Психиатрия не дала миру ни одного гения». Это утверждение великого мыслителя очень точно передает многочисленные аспекты «парадигмальной закрытости» психиатрии, смутность представлений о психофизической и телесно-духовной организации человека, недоступность объективного (непосредственного) научного познания психопатологических переживаний пациента. В истории зафиксированы многочисленные случаи злоупотребления психиатрией, карательные акции по отношению к инакомыслящим – диссидентам, выступления против психиатрического произвола.

Параллельно с видоизменением специфических практик, психиатрия развивалась и как научное (естественнонаучное) направление. Как известно, в процессе своего развития методология любой науки проходила ряд этапов, последовательно сменявших друг друга: классический, неклассический и постнеклассический. Каждый этап сопровождался ревизией прежних понятий, принципов и концепций, и приближением к представлениям о целостной картине мира.

Психиатрия не смогла вписаться в такую позитивную динамику научного познания. С тех пор, когда она была признана самостоятельной дисциплиной, на нее обрушился каскад методологических трудностей, связанных с присвоением ей официального естественнонаучного статуса и позитивистских оснований классической науки. В отличие от других медицинских специальностей, психиатрия изначально столкнулась с непреодолимыми мировоззренческими противоречиями, относящимися к определению предмета психиатрии: это объективная реальность в виде высокоспециализированной материи – головного мозга или это субъективная реальность, внутренний мир человека, не подчиняющаяся законам научного познания. Этот концептуально-методологический конфликт всегда более или менее явно проявлялся во всех попытках гармонизировать лечебно-диагностическую тактику с многочисленными теоретическими дилеммами психиатрии. Однако искусственность и поверхностность этих попыток только усугубляли конфликт, делая его тупиковым. Его нельзя устранить методами естественных наук, которые не располагают методологией исследования субъективных психических (психопатологических) явлений. Все более очевидной становится необходимость решения психиатрических проблем с антропологических позиций, охватывающих глобальное (био-духовно-душевное) жизненное пространство человека, а, не редуцируя его только до уровня биологического объекта.

Исторически неизбежным с точки зрения развития науки является переход психиатрии от классических моделей к неклассической модели, учитывающей целостную картину развития науки и целостность человека. Многочисленные попытки таких изменений в последние десятилетия предпринимались прогрессивно настроенными психиатрами, однако они в основном заключались в мерах по гуманизации содержания и условий оказания психиатрической помощи, носили формально-декларативный характер и не учитывали разработанных к этому времени научных основ гуманитарного подхода к пациенту как к субъекту. Как ни странно, наиболее конструктивными были и теоретические взгляды, и практические решения в вопросах развития и внедрения гуманистических идей в психиатрии, с которыми в 60-70-е годы XX столетия выступили так называемые «антипсихиатры». Организованное ими мощное общественное антипсихиатрическое движение большинством психиатров и органами власти не было поддержано. Тем не менее, рациональное зерно их подходов оказалось плодотворным и предвосхитило будущую ревизию классических устоев психиатрии.

Современные тенденции развития наук, в том числе наук о человеке, связанные с переходом на постнеклассический уровень познания реальной действительности, предполагает существенную коррекцию концептуально-парадигмальных основ классической психиатрии как одной из наук о человеке. Трансформация классических, естественнонаучных, позитивистски ориентированных подходов в психиатрии в направлении постнеклассического уровня научного познания означает переход от представлений о человеке как объекте изучения, подобного объектам других естественных наук, доступного познанию внешнего наблюдателя, характеризующихся набором измеримых признаков разной степени выраженности к пониманию человека как личности, обладающей внутренним миром, прижизненно складывающимися психологическими характеристиками, являющимися носителями высших произвольных регуляций высокого уровня, и далее – к антропоцентрическим представлениям о самом «человеческом в человеке».

В современных условиях призывов к гуманизации психиатрической помощи и защите прав пациентов оказывается недостаточно для реального улучшения всех составляющих лечебно-диагностического процесса и качественного восстановления жизнедеятельности пациентов. Организация психиатрической помощи нуждается в опоре на мощную и адекватную теоретико-методологическую конструкцию, которую можно было бы использовать для конструктивного реформирования психиатрии в направлении ее очеловечивания.

Однако все попытки реформирования психиатрии в рамках ее классической, позитивистской парадигмы не могут быть успешными, так как она является редукционистски-биологической и по этой причине не содержит методологии, необходимой для разработки и внедрения иных мировоззренческих подходов. К примеру, современное биопсихосоциальное направление в рамках классической психиатрии оказывается нежизнеспособным из-за несводимости методологий этих направлений и принципиальной невозможности выйти за рамки медико-биологического контекста.

Подробный критический анализ классической психиатрии и ее несоответствия предмету исследования был нами дан в книге: «Классическая психиатрия: истины и заблуждения». А какому же историческому этапу развития наук о человеке соответствует современная психиатрия: классическому (XVII-XIX вв), неклассическому (XX в.) или современному – постнеклассическому этапу? Вышла ли современная психиатрия за рамки классической психиатрии как все науки о человеке? Шагнула ли психиатрия вперед на уровень неклассических гуманитарных и постнеклассических – антропологических представлений о человеке? Что из себя представляет это гуманитарно-антропологическое направление, основанное не на фактах и доказательствах, а на ценностях (оценочных категориях), которые содержат в себе качественные характеристики, которые можно описывать ничего не доказывая и которые не нуждаются в количественном, в т.ч. математическом анализе?

В качестве одного из средств для поиска ответов на эти вопросы, мы воспользовались здравым смыслом как интуитивной способностью принимать разумные решения, свободные от эмоциональной предвзятости, предубеждений, от популярных в профессиональном психиатрическом сообществе терминологических и понятийных штампов и догматических стереотипов. При этом уместными представляются суждения Фридриха Шиллера о том, что «истина ничуть не страдает от того, что кто-то ее не признает», и Жака Фреско: «Готовность человека меняться отражает степень его здравомыслия».

В данной монографии ставится цель рассмотреть особенности развития психиатрии на фоне смены этапов научного познания (типов рациональности), уделяя особое внимание неклассическому этапу ее развития и предпосылкам изменения методологии психиатрии и вытекающим из этого перспективам появления инновационных психиатрических практик.

Справедливости ради следует отметить, что и альтернативное гуманитарное, личностно-ориентированное направление психиатрии также в силу своего редукционистского содержания не может претендовать на приоритетную представленность в понимании сущности психических расстройств, хотя оно в значительно большей степени, чем естественнонаучное направление, соответствует духу психиатрии как науки о душе человека. Это открывает горизонты для приближения понимания психиатрии как целостной антропоцентрической (собственно человеческой) дисциплины и более глубокого проникновения в сущность и подлинный смысл психических расстройств, ибо как говорил Эдмунд Гуссерль: «Горизонты представляют собой очерченные потенциальности».

Как бы там ни было, но торжествовать победу науки, гуманизма и здравомыслия в психиатрии еще рано. Звон александрийского колокола то и дело напоминает об этом.

Глава 1. Методологические дилеммы в психиатрии

*Единая патология, которая использовала бы одни
и те же понятия и методы как в психологической,
так и в физиологической области, в настоящее время относится к порядку мифа, даже
если единство тела и духа имеет порядок реальности.*

М. Фуко

Человек – многогранное существо, сложнейший объект научного познания. Системный подход в определении его сущности позволяет рассматривать его с позиции биологической (физиологической), психической и социальной жизни.

Психиатрия – одна из наук о человеке. Человек (anthropos) – центральная философская проблема, центральная проблема философской антропологии. Ни одна из психиатрических проблем не может быть решена без понимания проблемы человека. В психиатрии, в отличие от соматической медицины, проблема человека с его творческим началом и стремлением к максимальной самореализации, рассматривается не только с позиции организма, но и с позиции философских представлений о нем, как индивида, личности, субъекта, биосоциальной сущности.

Объект изучения в психиатрии – человек целостный, понимаемый в онтологических категориях, исходя из возможностей и перспектив его собственного бытия-в-мире. Психическая реальность пациента может быть раскрыта только в рамках парадигмы его субъективного мира (переживаний), но не в рамках анализа симптомов и синдромов – медико-биологической парадигмы. Однако психиатрия как дисциплина исторически выбрала для своего становления и развития ошибочный, методологически тупиковый путь, не позволяющий ей выйти из дисциплинарного кризиса. В основе этого изначального кризиса, распространяющегося на все аспекты психиатрии, – психофизическая проблема – вопрос об отношении психического и физического, души и тела, проблема неразрешимых психофизических противоречий человека.

Б. Паскаль (1623-1662) в основном философском труде «Мысли» доминирующим мотивом считает убеждение в непостижимости человека. «Человек не может уразуметь, ни что такое тело, ни что такое дух, но самое непостижимое то, как они соединены между собой».

Со времен Декарта материя и психика выступают как две различные субстанции, с одной стороны, – противостоящие друг другу, с другой – образующие единство души (психики) и тела (организма) – психофизическое единство, единство психологического и биологического; связь психики и ее субстрата (строение и функции) – сфера научной психиатрии; связь психики (сознания, субъективного) с отражаемым ею внешним объективным миром – сфера онтологической психиатрии (бытия-в-мире). В методологическом отношении взаимосвязь психического и физиологического может рассматриваться двояко: как психофизическое единство и как психофизическое противоречие. И в том, и другом случае речь идет о большом количестве дилемм и двойственности представлений о природе и сущности психиатрии и психических расстройств.

За 84 года до реформы Ф. Пинеля в 1708 году прусско-баварский химик Г.Э. Шталь выделил две группы психозов: первая – простые, первичные психозы, которые являются первичными заболеваниями души без участия тела, вторая – возникает в результате телесных болезней. Шталь утверждал примат души, примат психологического анализа психозов. Положение Шталь о простых, патетических психозах впоследствии развивалось школой «психиков», а его положение о сложных симпатических психозах – «соматиков». Так, к началу XVIII века дано начало двум направлениям в психиатрии.

«Психики» полагали, что имеются собственные болезни души, эти болезни психогенно обусловлены; «соматики» считали, что «душа сама не может заболеть», заболевает только тело, психические расстройства обусловлены соматически. По мнению «соматиков», мозг может заболеть первично или вторично – в результате соматического заболевания. Руководитель школы «психиков» немецкий психиатр И.-Х. Гейнрот (Heinroth, 1773-1843) говорил, что первично заболевает душа, речь идет о «болезни личности»; душа может заболеть без участия тела (К. Шнайдер). И «психики», и «соматики» не ставили вопроса о внутренней истории личности. На вопрос о существовании души не могли ответить ни анатомия мозга, ни физиология.

В дальнейшем эта мысль и психофизиологическая проблема психиатрии в целом была конкретизирована К. Ясперсом в знаменитой «Общей психопатологии». В этом учебнике утверждалось, что психопатология как наука, по своему понятийному аппарату, методам исследования и общим мировоззренческим установкам вовсе не находится в рабской зависимости от неврологии и соматической медицины и не придерживается догматического положения будто «психическое расстройство – это мозговое расстройство». Наша задача, писал К. Ясперс, состоит не в том, чтобы, имитируя неврологию, построить систему с постоянными ссылками на головной мозг (все такие системы сомнительны и поверхностны), а в том, чтобы выработать устойчивую позицию, которая позволила бы исследовать разнообразные проблемы, понятия и взаимосвязи в рамках самих психопатологических явлений. Чем дальше продвигается неврология, тем менее доступной становится для нее душа; с другой стороны, психопатология проникает вглубь психической субстанции вплоть до самых границ сознания, но у этих границ не находит никаких соматических процессов, прямо связанных с такими явлениями, как бредовые идеи, спонтанные аффекты и галлюцинации. Нередко источник психического расстройства обнаруживается в том или ином заболевании головного мозга, причем число таких случаев возрастает по мере умножения наших знаний. И тем не менее мы не можем доказать, что то или иное заболевание мозга влечет за собой специфические психические последствия.

С первых дней своего существования психиатрия на априорных началах избирает для своего развития медико-биологическую модель, что с одной стороны редуцирует объект познания (психофизическое единство человека) до организменного уровня, игнорируя своеобразие его субъективного внутреннего мира, с другой стороны, создает массу неразрешимых теоретико-методологических проблем. Не имея возможности и не пытаясь устранить многие очевидные противоречия, психиатрия в течение последних 150 лет упорно в качестве основной мировоззренческой установки ориентируется на принципы классического естествознания с позитивистской логикой осмысления психиатрических проблем, безраздельно господствующей в ней и в наши дни. Это устоявшаяся и бездоказательная логика, затрагивающая все аспекты теории и практики психиатрии, сделала само собой разумеющимся:

выделение психиатрии как отдельной медицинской дисциплины без необходимых для этого оснований;

выделение конкретных психических заболеваний (диагностических категорий) без представлений о психической норме, знаний этиологии и патогенеза;

использование немедицинского термина «расстройство» как закамуфлированного аналога понятия «болезнь»;

декларирование причинно-следственной связи психических расстройств с дисфункцией головного мозга, не имеющей доказанных биологических (физиологических) маркеров и конкретных патогенетических механизмов;

использование для диагностических целей МКБ-10 как конвенциональной, атеоретической, статистической классификации;

использование клинико-психопатологического метода как основного психодиагностического метода, но не обеспечивающего объективной оценки и понимания психопатологиче-

ских переживаний из-за невозможности непосредственного познания психической реальности извне;

лечение больного как личности с уникальной социально обусловленной психической субстанцией психофармакологическими средствами;

применение активных методов биологического лечения при неизвестном (возможно по причине его отсутствия) материальном субстрате болезни.

Проблему тело/разум (психофизиологическую проблему) делает практически неразрешимой самосознание человека. Невозможно пережить то же самое, что переживает другой человек и почувствовать его жизненную ситуацию изнутри. Субъективный аспект переживаний не подвержен измерениям извне. Что касается психического расстройства, то это не произвольный нарратив, а страдание, т.е. опыт переживания определенного психопатологического феномена.

Врач-психиатр может придерживаться различных мировоззренческих взглядов, однако пациент жалуется на плохое самочувствие, на проблемы в его субъективном пространстве, в структуре его человеческого опыта. В психиатрии самочувствие – это индивидуальный опыт психических (психопатологических) феноменов. Этот опыт не может быть распространен на других людей. У представителей одной диагностической группы не может быть одинакового опыта, что исключает адекватность их объединения в рамках отдельных психиатрических диагнозов. Однако классически ориентированный врач-психиатр ставит диагноз не на основании субъективных переживаний, которыми его снабжает (может снабдить) пациент рассказами о своем самочувствии. Этим основанием является общепринятый, унифицированный психиатрический лексикон, ограниченный перечнем стандартных описаний тех или иных диагностических признаков. В этих описаниях, естественно, не находит отражение субъективный опыт пациента.

В рамках естественнонаучной парадигмы человек как объект медицины рассматривается как единство двух реальностей – тела и души, объективной и субъективной реальности. Однако исторически сложившееся разделение медицины на соматическую и психиатрию предполагает различие у них предмета познания: соматическая медицина – патология организма (объективной реальности), психиатрия – нарушения психики человека (субъективной реальности). Другими словами, психиатрия концептуально и методологически выводится за рамки телесной медицины (т.к. невозможно одновременно присутствовать в двух мировоззренческих пространствах, тем более разнородных и несовместимых) и представлений о единой психосоматической субстанции и концентрирует свое внимание на психологических аспектах психических расстройств.

Психическое расстройство, как следует из названия – это расстройство психической субстанции. Из этого следует, что врач-психиатр осуществляет клинические практики (лечебно-диагностические процедуры) с психической субстанцией пациента, и он действительно диагностирует нарушение психической субстанции, относя их к определенной диагностической категории. Однако терапевтическая практика (стандарты лечения) нацелена на совершенно иную субстанцию. При этом остается непонятным, каким образом воздействие на телесную субстанцию может реализоваться в совершенно ином, идеальном пространстве человеческого существования, несовместимом с объективной реальностью.

Разведение лечебных и диагностических процедур по разным субстанциям – это очевидный абсурд и отражение научной беспомощности психиатрии. Однако традиционный клинический подход демонстрирует совмещение заведомо несовместимых субстанций, полагая, что мозг человека является непосредственным источником психических и психопатологических переживаний. Такую связь нельзя считать доказанной (возможно ее нет вообще), также как нет доказательств сведения в единое целое психической и физической субстанций. В рамках научного метода это невозможно.

Все попытки игнорировать эту несовместимость оборачиваются ошибочными и даже вредными последствиями. Вся современная психиатрия, как медико-биологическая дисциплина и ее методология пронизаны подходами, отражающими именно эту тупиковую тенденцию. (Л. Бинсвангер, 1956) при этом указывал, что биологическая психиатрия не миф, а закономерный итог позитивизма – определенной тенденции развития научного знания в XIX–XX веках. По его мнению, биологический редукционизм – тупиковый путь развития психиатрии, т.к. невозможно методами наук медико-биологического профиля решить базисные противоречия психиатрии – психосоматическую (психофизическую) проблему единства телесной и душевной субстанций.

Кроме того, дихотомия «духа и материи», проходя через всю историю психиатрии, раскалывают единую дисциплину на несводимые половины: научную (биологическую) и понимающую, экзистенциально-феноменологическую, каждая из которых – это односторонний взгляд на проблему человека, что и является причиной затяжного дисциплинарного кризиса психиатрии.



*Человек принадлежит двум мирам:
природной необходимости
и нравственной свободе.*

И. Кант

Традиционное разграничение психиатрии как медико-биологической и личностно-ориентированной психиатрии – это не выделение двух различных направлений психиатрии – это две мировоззренческие позиции, две парадигмы, имеющие различные теоретико-методологические основания. Однако ни одна из них не в состоянии преодолеть психофизических противоречий и обеспечить выход психиатрии из методологического тупика, и присвоение ей статуса науки. Существование и развитие психиатрии как самостоятельной научной дисциплины возможно только при условии устранения психофизических противоречий. Гипотетически речь может идти о создании психиатрии на основе философской концепции, доказывающей абсолютную тождественность психофизической субстанции человека.

В качестве примера такого подхода можно сослаться на работы Грегори Бейтсон, посвященные синтетической науке о живом («Экология разума») – переосмыслению традиционных научных представлений о разуме и материи. Он доказывал, что «Разум» имманентен (неотъемлемый) всему живому, образуя неразрывное единство с неживой природой.

А пока современное состояние психиатрии можно рассматривать с позиции концепции «double-bind» Г. Бейтсона. Double-bind – «двойная связь», «двойное послание», «двойной сигнал», «предписание», «зажим», «капкан». Принцип «double-bind» – недобросовестное вменение двоякого рода обязанности, которая содержит внутренние противоречия, но не подлежит обсуждению (принимается за истину) и никоим образом не может быть выполнена в принципе («приказываю тебе не исполнять моих приказов»). Тот, кому вменяется исполнение таких обязанностей, не имеет возможности отказаться от их выполнения (несмотря на абсурдность попыток) из-за страха наказания. Человек в ситуации «double-bind» определяется как «жертва». Противоречивость многих аспектов и концептуальная незрелость психиатрии позволяет применить к пониманию ее коммуникативно-эпистемологических основ концепцию «double-bind». Double-bind – вмененная официальной системой психиатрии двоякого рода обя-

занность, которая содержит внутренние противоречия и невозможность их адекватной реализации.

Коммуникативные эпистемологические парадоксы в психиатрии (ситуации «double-bind»), парадоксы в работе врача-психиатра – это парадоксы профессиональной коммуникации, сочетание двойственных несовместимых предписаний и обязанностей:

диагностика психических расстройств по критериям не болезни и лечения по критериям болезни;

назначение медикаментозного лечения, имеющего определенную фармакодинамику и фармакокинетику при отсутствии знаний о патогенезе большинства психических расстройств;

необходимость одновременного использования ограничительных мер (принуждения) и принципов гуманизма;

признание клинико-психопатологического метода как самодостаточного в диагностике психических расстройств при его низкой познавательной ценности;

необходимость использования модели естественнонаучной психиатрии применительно к пониманию сущности психических расстройств как нарушения внутреннего субъективного мира человека;

необходимость использования априорных данных, относящихся к психиатрии, как доказанных фактов;

обязанность оказания качественной психиатрической помощи при использовании ложных (редуцированных) представлений об организации психики и атеоретических принципов МКБ-10.

В качестве убедительного примера ситуации «double-bind» в психиатрии можно сослаться на существенное противоречие лечебно-диагностической тактики: врачу-психиатру вменяется двоякого рода обязанность – на основе МКБ-10 как атрибуте официальной психиатрической власти, диагностировать психическое расстройство, не имеющего статуса болезни, а тактику лечения определять, ориентируясь на критерии болезни (несоответствие терапевтической тактики представлениям о сущности психического расстройства). С теоретико-профессиональной точки зрения, эта вменяемая психиатру обязанность никогда не может быть исполнена в принципе. Тем не менее, он, как заложник и жертва вменяемой ему обязанности, эту обязанность вынужденно исполняет, не имея возможности что-либо оспаривать, протестовать, несмотря на манипулятивность «double-bind». Игнорируя повышенный риск когнитивного диссонанса при выполнении противоречивых предписаний, такая тактика вынужденно признается приемлемой.

В сознании врача-психиатра психиатрия существует такой, какая она есть, какой она исторически сложилась. Традиционное восприятие психиатрии как отдельной естественнонаучной дисциплины, использующей медицинские подходы, происходит не потому, что не существует никакой другой реальности, а потому, что мы эту реальность как бы редактируем и приводим в соответствие с требованиями официальной психиатрии. При этом различного рода предписания и инструкции приобретают статус вменяющих или обязывающих поступать так или иначе: если этот сигнал получен от инстанции, за которой получатель этого сигнала признает право «влиять» и чьи предписания считаются обязательными к исполнению.

Вменяющей инстанцией для психиатров является вся система психиатрии с ее институтами, нормативами и научными парадигмами, приоритетными мировоззренческими подходами, а также многочисленными законодательно закрепленными рекомендациями и требованиями. Эти требования вменяются как необходимые к исполнению, несмотря на внутренние противоречия и возможное внутреннее сопротивление их исполнению. Врач-психиатр становится жертвой навязанных извне представлений, определяющих его восприятие и понимание психиатрических проблем (жертва double-bind – вменение двойного рода обязанностей).

При этом психиатрические практики осуществляются вне непосредственной связи с содержанием психиатрических знаний (этиологии, патогенеза, нозологии, органических коррелятов психических расстройств). Эти знания считаются гарантами навязывания истинности психиатрических практик, которые строятся на уровне внешних по отношению к самой психиатрии референтов или косвенных признаков. Врач-психиатр, придерживающийся принципов ортодоксальной психиатрии, работает в ситуации односторонне навязанного «double-bind» – в ситуации влияния двоякого рода обязанности действовать или по профессионально-мировоззренческим убеждениям, или в соответствии с официальными правилами (закон, МКБ-10, клинические протоколы и т.п.).

Ортодоксальная психиатрия, несмотря на свою обветшалость, консервативность, двойственность, концептуальную несостоятельность и расхождение не только с принципами научного познания, но и со здравым смыслом, представляет собой односторонне навязанный «double-bind», охваченный стереотипными формами поведения врача-психиатра. В основе коммуникаций такого рода лежат специфические нарушения формальной логики и асимметричное распределение коммуникативной власти и как результат – непрофессиональные действия специалиста. Этот поведенческий модус принят профессиональным сообществом как само по себе существующее явление без оглядок на его методологический смысл. Поэтому практическая реализация этого проекта далека от теоретических и даже гипотетических доктрин, а поэтому малоэффективна.

Психиатру исторически вменяется двоякого рода обязанности, которые содержат внутреннее, как правило, непреодолимые, методологические противоречия и ложные установки, которые никоим образом не могут быть исполнены в принципе, что, однако, совершенно не освобождает врача-психиатра от исполнения, несмотря на их абсурдность.

Жертва «double-bind», в качестве которой выступает врач-психиатр, не только лишена возможности как-то этому противодействовать, но даже вообще как бы то ни было взывать к логике, справедливости, оценивать ситуацию «double-bind» как критическую для психиатрии и несовместимую со статусом медицинской науки (проще сохранить иллюзии, чем ломиться в открытую дверь). Однако, цена такой позиции достаточно высокая. Например, цена сохранения иллюзии о том, что можно использовать психофармакологические препараты, не зная этиопатогенеза психических расстройств – это «гибель рассудка». Тем не менее, такая цена не кажется чрезмерной для психиатра, принесшего себя в жертву «double-bind».

Способен ли коллективный психиатрический разум радикально рассмотреть новые идеи, преодолеть навязанные официальной психиатрией ошибочные взгляды и изменить свои базовые представления и верования, которые не совпадают с реальностью?

С нашей точки зрения, это может произойти не тогда, когда психиатры осознают, что реальность не совпадает с их профессиональными представлениями, а когда диссонанс между реальностью и ложными основаниями достигнет такой точки, после которой уже невозможно будет не видеть полной бессмысленности этих оснований и реальных причин кризисной стагнации психиатрии.

Этот кризис, глубокий методологический казус психиатрии хорошо иллюстрируют многочисленные дилеммы, отражающие затруднения выбора между двумя возможными решениями психиатрических проблем. Основную дилемму психиатрии сформулировал Л. Бинсвангер. Является ли душевнобольной «расстроенным» биологическим организмом, объектом естественнонаучного изучения и воздействия, или же он психически больной «собрат», «другой», субъект межличностных отношений?: «Несовместимость этих двух концептуальных горизонтов ведет не только к бесконечным научным противоречиям, но и... к расколу на два обособленных психиатрических лагеря. Сам этот факт демонстрирует, насколько важен для психиатрии вопрос: что же мы, человеческие бытийности представляем собой?»

Главная дилемма в психиатрии (затруднительный выбор между двумя возможностями) показана на рис. 1.

Двойственность представлений о природе и сущности психиатрии как самостоятельной научной дисциплины и психических расстройствах показана на рис. 2.

Приведенные дилеммы убедительно свидетельствуют об отсутствии четких методологических оснований для выделения психиатрии как самостоятельной дисциплины.



Рис. 1. Главная дилемма в психиатрии



Рис. 2. Двойственность представлений о психиатрии и психических расстройствах

Человек многогранен и как объект психиатрии он не сводим ни к своему биологическому виду, ни к социальному, ни к психологическому содержанию. Он не сводим ни к чему. Можно говорить об абсолютной несводимости человека, а, следовательно, несводимости различных аспектов его бытия, в т.ч. физической и психической субстанций. Психическое несводимо ни к каким бытийным категориям, а различные бытийные категории не могут определять человека как целостность. Они также несводимы друг с другом из-за различных сущностных оснований. Поэтому есть фундаментальное основание считать несводимость друг к другу сферы физиологического и психического – реальностью современной (ортодоксальной) психиатрии (двойственной концепцией реальности по Л. Бинсвангеру). Эта реальность определяет психиатрию как науку, исходный горизонт ее «опредмечивания» (М. Хайдеггер). Несовместимость этих концепций реальности непреодолима в рамках самой науки – психиатрии.

Суть психофизических противоречий заключается в особенностях пространственного ограничения объективной и субъективной реальности, полярности их характеристик и возможности/невозможности объективирования (рис. 3).



Рис. 3. Двойственность (полярность) дихотомических характеристик человека (психофизические противоречия)

Несводимость друг с другом объективной и субъективной реальности человека является основанием для констатации затяжного психофизического, философско-методологического кризиса в психиатрии – кризиса «mind-body-problem» (психофизический, психоорганизменный, философско-методологический кризис). В этой связи возникают ассоциации со словами, принадлежащими А.С. Пушкину «В одну телегу впрячь не можно коня и трепетную лань».

Причина кризиса «mind-body-problem»: неизвестность внутренних механизмов, обеспечивающих взаимосвязь, взаимообусловленность единства объективной и субъективной реальности человека. К основным проявлениям кризиса относятся:

неопределенность статуса (мировоззренческого пространства, самоидентичности) психиатрии; неопределенность (недоказанность) связи души и тела, психики и мозга, психического и физиологического, объективного и субъективного, отсутствие эмпирических научных данных о природе и механизмах психики и психических расстройств «mind-body-problem»;

несводимость сфер физиологического (объективного) и психического (субъективного) – несводимость друг к другу концептуальных горизонтов (Л. Бинсвангер);

невозможность объективными физиологическими механизмами объяснить субъективный мир человека как в других разделах медицины;

принципиальная невозможность трансформации материального в идеальное и построение на этой основе лечебно-диагностической практики;

невозможность все психическое рассматривать как автономно существующую психологическую сферу, изолированную от ее материального субстрата;

невозможность решения этой проблемы в рамках «научной» психиатрии методами естественнонаучного, ортодоксально-клинического направления (непреодолимость фундаментального психофизического противоречия).

Кризис возник со дня зарождения психиатрии как самостоятельной сферы деятельности и продолжается до настоящего времени. Кризис системный, охватывающий всю теорию

и практику психиатрии, породивший многочисленные концепции, гипотезы и парадигмы, не вносящие ясности в понимание психиатрических проблем. С тех пор возможности психиатрии ограничены:

невозможностью преодоления психофизических противоречий;

уровнем формального описания и интерпретации проблем пациента, как предельным уровнем психодиагностики;

симптоматическим (контроль симптомов) уровнем восстановления как предельно возможным уровнем восстановления.

Специфика предмета «психиатрия» характеризуется невозможностью получения непосредственных знаний о субъективной психической реальности человека эмпирическим путем и возможностью получения опосредованных психиатрических знаний теоретическим путем. Разобраться в этих противоречиях и преодолеть их можно только в случае признания психиатрии не только естественнонаучной, но и гуманитарной специальностью (проблемы души). А гуманитарные науки, в отличие от естественных, изучают не объективно существующую природу, а субъективный мир человека и оценивают его в зависимости от той или иной философской (мировоззренческой) позиции. Это открывает горизонты перед гуманитарно-философским направлением психиатрии (философией психиатрии) как альтернативы ортодоксальной психиатрии и системы наиболее общих знаний о субъективном жизненном мире человека.

Приоритетность в психиатрии естественнонаучных (биомедицинских) представлений вступает в противоречие с гуманитарным личностно-ориентированным, онтологическим содержанием этой дисциплины – врачеванием души (различия этих подходов показаны на рис. 4).

Естественнонаучный подход	Ценностно-гуманитарный подход
Клинико-психопатологический метод	Психодиагностический и феноменологический методы
Психика – свойство высокоорганизованной материи, совокупность психических процессов	Психика как интегральный продукт развития личности, внутренний мир, СЖПЛ (контекст определения психического здоровья ВОЗ)
Видение пациента сквозь призму категорий болезни, нарушений психических процессов и поведения	Видение пациента сквозь призму его уникального жизненного мира, преломляющегося в различных формах дисфункциональных состояний личности
Фрагментарная, умозрительная, необъективная оценка структурных компонентов психики	Аутентичная (подлинная), объективная оценка психического состояния как целостной системы функционального организма
Пациент идентифицируется как объект внешних воздействий	Пациент идентифицируется как субъект реальности и собственной активности

Рис. 4. Различия естественнонаучного и гуманитарного подходов в психиатрии

На основании априорных положений психиатрия в историческом ракурсе была отнесена и продолжает относиться к медицинским специальностям. Все т.н. научные термины в психиатрии, имеющие те или иные определения (как правило, неоднозначные), не содержат в себе научных оснований. Они являются скорее допонятийным комплексом (житейским по Л.С. Выготскому). На основе такого неопределенного и недоказанного знания делаются выводы, имеющие вполне реальные жизненные следствия.

Из этого следует, что обучение психиатрии – это обучение мифологии. С этим тезисом можно согласиться, если иметь в виду классическую, естественнонаучную ортодоксальную

психиатрию, базирующуюся на допущениях, догмах и бездоказательных положениях, а также на поддержании «почти религиозного статуса ортодоксальной психиатрии» (В.П. Самохвалов).

Отнесение психиатрии к медицинским наукам, научной методологии, научным знаниям, не способно преодолеть фундаментальное психофизическое противоречие и обеспечить психиатрии статус самостоятельной дисциплины. В то же время без преодоления этого противоречия невозможно формирование оснований для концептуально-методологического оформления психиатрии как реально существующей области знаний.

С нашей точки зрения, решение этой фундаментальной проблемы возможно только с позиции интегративных представлений о человеке и экзистенциальных противоречий его бытия. В этом контексте психофизическое противоречие следует рассматривать не изолированно от других аспектов существования человека, а в совокупности с иными экзистенциальными противоречиями человеческого бытия:

Противоречия между сущностью человека и его существованием.

Противоречия между индивидуальным и социальным существованием (индивидуальностью и социумом).

Противоречия между жизнью и смертью.

Противоречия между необходимым и возможным.

Противоречия между возможностями и реализацией.

Противоречия между закономерностями и случайностями.

Противоречия между устойчивостью и изменчивостью.

Противоречия между материальным и духовным.

Экзистенциальные противоречия – предел, горизонт саморазвития человеком своей социальной сущности. Поэтому наличие противоречий – это не тупиковая ситуация, а шанс для исследователя и основания для самосовершенствования человека. Такой подход заставляет в поисках путей и способов разрешения «mind-body-problem» в психиатрии обратиться к философии психиатрии как мировоззренческой основе теории и практики психиатрии.

Однако в соответствии с устоявшейся исторической традицией психиатрию принято считать естественнонаучной, медицинской дисциплиной. Вся ее методология и лечебно-диагностические аспекты непосредственно связаны с представлениями о биологической природе человека и с принципами соматической медицины. Значительно меньше внимания уделяется индивидуальным личностным характеристикам больных.

В историческом аспекте это противоречие представлено дискуссией между «соматиками» и «психиками», а сегодня – дискуссией между сторонниками естественнонаучных взглядов и психиатрами, которые придерживаются гуманитарного, личностно-ориентированного мировоззрения.

Исходным методологическим основанием для выбора приоритетного направления в этой дискуссии является отношение к объекту познания в психиатрии. Как известно, этот объект в медицине и психиатрии общий – человек.

Однако человек состоит из двух реальностей:

Биологической реальности – организма, естественной физической природы человека, биологической организации материи.

Социальной реальности – личности как социально организованной материи, собственно человеческой социальной сущности.

Эти реальности человека в соматической медицине и психиатрии реализуются по-разному. Предмет соматической медицины – естественная природа человека, физическое здоровье, болезни объективно существующего организма. Это отражает естественнонаучные представления о человеке как биологическом объекте и предполагает органоспецифическую методологию исследования и лечения.

Предмет психиатрии – психическое здоровье, нарушения внутреннего мира человека, субъективного психологического пространства личности, субъективной психической реальности, имеющих социальную обусловленность. Поэтому предмет психиатрии выходит за рамки медицинских знаний и представляет собой в значительной степени гуманитарную, социально-психологическую сферу. Соответственно лечебно-диагностические подходы к больному должны иметь преимущественно психосоциальную, а не биологическую направленность.

Основанием для личностно-ориентированного подхода в диагностике психических расстройств являются два обстоятельства. Во-первых, по данным ВОЗ базисным критерием психического расстройства является не критерий отклонения от нормы (общепринятого определения понятия «психическая норма» не существует и в принципе быть не может по причине исключительной сложности самого предмета познания, индивидуальности и неповторимости социально обусловленного внутреннего мира человека), а критерий нарушения психического здоровья. Этот критерий идентифицирует психическое расстройство с широким комплексом дисфункциональных личностных состояний, нарушений целостности личности, внутреннего мира человека, его психического опыта и находит выражение в таких гипотетических конструктах как нарушение осознания собственной идентичности, критичности к себе и своей деятельности, включенности в социум, способности планировать собственную жизнедеятельность, способности самоуправления поведением.

С другой стороны, составители МКБ-10 психическое расстройство (помимо психопатологических симптомов) рассматривают как совокупность аномальных переживаний (страданий) и личностных дисфункций, т.е. как субъективные проявления болезни. Из этого следует, что объектом познания в психиатрии является не столько человек как биологический организм, на основе которого возникает расстройство, сколько человек как уникальная, неповторимая, саморегулируемая личность, как социально обусловленная социальная структура, социальная сущность человека. Как психический конструкт, и как ведущий признак психического расстройства по МКБ-10, дисфункция личности не является непосредственным результатом нарушений функций организма (хотя и возникает на его основе). Она обусловлена опосредованностью личностью негативных условий своего существования и взаимодействия с окружающей средой. При этом социальное, само по себе, не делает человека личностью, не бывает бестелесной, абстрактной личности – личность связана со своим биологическим началом. Роль биологического начала – это роль «носителя» сформировавшихся в онтогенезе «функциональных органов психики» (А.А. Ухтомский).

Однако, несмотря на различия предмета познания, соматическая медицина и психиатрия по факту используют одну и ту же естественнонаучную методологию, методологию соматической медицины, ориентированную на нарушение функций организма. Другими словами, сложилась парадоксальная ситуация, когда используемая методология лечебно-диагностической помощи не соответствует представлениям о сущности объекта, которому эта помощь оказывается. И это положение воспринимается как абсолютная данность, которая реализуется и в МКБ-10, и в стандартах психиатрической помощи.

В качестве теоретической основы психиатрии в этом случае используются естественнонаучные (нейрофизиологические) данные о механизмах психической деятельности и ее нарушениях. Однако реальный естественнонаучный уровень современной психиатрии характеризуется:

- неопределенностью мировоззренческого статуса, самоидентичности (наука, искусство, медицинская дисциплина, идеология, философская дисциплина, метафора);
- отсутствием научно обоснованной классификации психических расстройств;
- отсутствием валидных биологических тестов и нейровизуализационных диагностических маркеров для большинства психических расстройств;

отсутствием эмпирических подтверждений генетической обусловленности психических расстройств;

отсутствием доказательной базы эффективности психотропных средств.

С другой стороны, согласно законам познания, объективно можно изучать только внешне наблюдаемое (чувственно-воспринимаемое). Субъективные переживания непосредственно наблюдать нельзя. Поэтому в сознании врача-психиатра в процессе клинико-психопатологического исследования в принципе не могут сформироваться адекватные представления о содержании подлинных переживаний пациента, его актуальном психическом статусе. Из этого следует, что традиционное описание психического статуса – это результат произвольной, умозрительной, иррациональной интерпретации врачом-психиатром субъективных переживаний пациента. То, что обозначается формальным психопатологическим симптомом, не имеет ни чувственной, ни логически-смысловой связи с субъективными болезненными переживаниями и не отражает их содержания.

В целом, в рамках естественнонаучных представлений единой теоретической базы психиатрии не существует; в настоящее время она соответствует гипотетическому уровню. Более того, в контексте исключительно медицинской методологии изучение современных биопсихосоциальных моделей психических расстройств в принципе невозможно. Такая возможность появляется только при одном условии: при рассмотрении пациента с позиции системного подхода, многоуровневой целостности личности, включая биологическую, психолого-гуманитарную, социально-культурную сферы и их философско-онтологическое осмысление. Вне системного подхода, вне т.н. «суверенитета комплексности человека» не может быть ни науки, ни понимания сущности психической жизни человека, ни качественной клинической практики.

Как уже отмечалось, объект познания в психиатрии, личность пациента, имеет биологическую основу (организм), но по своей сущности является социальным объектом. А если личность имеет социальную природу, если личность – это социально обусловленная структура человека, то и дисфункциональные личностные проявления по своей сущности также имеют социальную обусловленность, а их удельный вес является показателем общественного здоровья.

Таким образом, психиатрия непосредственно связана как с медициной, так и с социальными процессами, со многими, в т.ч. негативными, социальными факторами (в частности, трансформированными болезнью системой отношений, образом жизни, ролевыми функциями), влияющими на жизнедеятельность человека и его психическое здоровье. Это предполагает соответствующую методологию исследования нарушений социально обусловленных функциональных возможностей личности или личностного потенциала пациентов.

В этом же контексте, психиатрическая помощь – это, прежде всего, социально-медицинская помощь, которая должна быть направлена не только на купирование симптомов, но и на субъективно-личностное восстановление больных, предупреждение их стигматизации и социальную интеграцию.

Учитывая вышеозначенный предмет психиатрии (нарушение внутреннего мира человека), познание в психиатрии не может быть исключительно медицинским, естественнонаучным. Медицинская методология не способна охватить сложный спектр психических состояний, состояний психической реальности пациента. Медицинские подходы, методология доказательной медицины, оперирующие медико-биологическими категориями, относящимися к патологии организма, не позволяют осмыслить сферу собственно человеческих проблем жизнедеятельности, особенности психосоциального функционирования человека.

Понимание и интеграция представлений о биологической природе и социальной сущности личности и ее дисфункциональных состояний как нарушения целостности ее внутреннего мира – это исключительная сфера философского, экзистенциально-онтологического осмысления этих представлений.

В этой связи, нельзя не согласиться с мнением Н.И. Пирогова: «Нельзя сформировать мировоззрение человека на базе только естественнонаучных знаний» и К. Ясперса: «Философия связывается с наукой и мыслит в атмосфере всех конкретных наук». Поэтому методологию психиатрии следует рассматривать в контексте единства естественнонаучных представлений и философско-онтологического осмысления проблем пациента с психическим расстройством как проблем человека.

Глава 2. Рамочные модели в психиатрии

В качестве предпосылки к анализу различных концептуальных подходов к разработке научных представлений о природе психических расстройств и понятии «психическая болезнь» приведем очень содержательное высказывание на эту тему выдающегося немецкого психиатра К. Шнайдера (1999): «Понятие болезни является для нас, именно в психиатрии, строго медицинским». Болезнь как таковая существует только в телесном. И «болезненным» (патологическим) мы называем психически аномальное тогда, когда оно объясняется патологическими органическими процессами. Без подобного обоснования обозначение психической или чисто социальной необычности как «патологической» имеет значение лишь в качестве картины, то есть не представляет никакой познавательной ценности. Для медицины к «болезни» относится, помимо органических изменений, как правило, еще и критерий отсутствия хорошего самочувствия, в том числе угроза жизни. То есть медицина имеет дело в большинстве случаев не только с чистым понятием существования, но и, наряду с этим, с медицинским понятием ценности. Эти критерии, однако, в психиатрии неприменимы: многие душевнобольные не чувствуют себя плохо, некоторые – даже очень хорошо, и сущность большинства болезней, прежде всего – лежащих в основе эндогенных психозов, не связана с угрозой для жизни. Таким образом, в качестве понятия болезни в психиатрии остается только чистое понятие существования. «Патологическими» являются для нас психические расстройства, обусловленные органическими процессами, их функциональными последствиями и локальными остаточными явлениями. Следовательно, мы основываем понятие болезни в психиатрии исключительно на патологических изменениях организма. Общая патология не может сейчас дать однозначного ответа на вопрос, когда изменения организма следует называть патологическими, если она вынуждена отказаться от дополнительного учета упомянутой медицинской оценки. Это, однако, не может нам помешать придерживаться только что охарактеризованного понятия болезни как идеи».

Термин «болезнь» (такое нарушение здоровья, все случаи которого имеют общую этиологию, общий патогенез и общую клиническую картину) применительно к психическим нарушениям на различных исторических этапах развития психиатрии эволюционировал от выделения самостоятельных нозологических форм с линейными причинно-следственными связями до полного отрицания существования психических болезней антипсихиатрами и стремления упразднить использование понятия «болезнь» взамен на более предпочтительный термин «психические, личностные и поведенческие расстройства». В конечном счете, на официальном уровне был «узаконен» термин «расстройство» и именно в таком контексте психические нарушения представлены в Международной классификации болезней (МКБ-10).

Само понятие болезни не только является отражением объективного состояния человека, но и выступает общим теоретическим и социальным конструктом, с помощью которого обычные люди и специалисты пытаются определить и понять возникающие нарушения здоровья. Содержание этого конструкта определяет видение причин и проявлений болезни, а также направление исследований и лечения различных расстройств. Другими словами, сначала люди определяют, что считать болезнью, а затем начинают исследовать и лечить ее.

Конструкт болезни, существующий в европейской культуре, предполагает такую последовательность: причина – дефект – картина – следствия. Его можно выразить следующим образом (Н.В. Репина, 2003):



Увидев следствия и общую картину отклонений в психической деятельности или поведении, мы, следуя конструкту болезни, начинаем предполагать, что за этими внешними признаками кроется какой-либо дефект в самом человеке, который, в свою очередь, вызван определенными для этого дефекта причинами. Поиск этих причин связан как с эмпирическим познанием фактического материала, почерпнутого из эмпирического опыта, так и с теоретическим уровнем познания и основанных на фактах принципов, гипотез, научных теорий. Однако, в психиатрии научные представления (модели, парадигмы, паттерны, исследовательские программы) приобретают метатеоретический характер. Этот уровень научного исследования «пронизывает» как эмпирический, так и теоретический уровни познания, отражая совокупность идеалов, норм, ценностей, целей, установок, выражающих ценностные и целевые установки науки. В качестве основных форм, в которых реализуются и функционируют идеалы, и нормы научного исследования выделяют доказательность и обоснования, объяснения и описания, построения и организации знания. Важной составляющей метатеоретических оснований психиатрической науки является научная картина сущности психического расстройства (субъективного мира пациента). Она, картина субъективного жизненного пространства личности, функционирует как исследовательская программа (рамочная модель), которая обеспечивает постановку задач эмпирического и теоретического поиска, выбор средств их решения.

Рамочные модели – это исследовательские программы, которые демонстрируют фундаментальные и далеко распространяющиеся различия, и соответствуют определенной парадигме – собирательное определение набора установок, ценностей процедур, методов, составляющих общепринятое направление в определенной дисциплине в определенный момент времени, или, иначе говоря, это – определенная традиция научного исследования (T.S. Kuhn, 1978).

В настоящее время в психиатрии можно выделить три рамочные конкурирующие модели (исследовательские программы): биомедицинская (органическая), психосоциальная и биопсихосоциальная. Возникли они как продукт процесса научного познания и существования альтернативных точек зрения по разным аспектам теории и практики психиатрии. Они отражают те или иные акценты и связи медицины (психиатрии), клинической психологии и социальных наук. Интеграцию и междисциплинарные связи этих дисциплин представляет биопсихосоциальная рамочная модель.

Биомедицинская (рамочная) модель является воплощением элементаристской установки, т.е. сведением сложных психических феноменов к материальным процессам в мозге.

Эта модель центрирована на принципах единства этиологии и патогенеза (причинно-следственных закономерностях) и выделении самостоятельных нозологических форм заболеваний на основе естественнонаучных знаний, фундаментальных характеристик и определенных критериев.

Понятие психической болезни является порождением развития культуры и общества в связи с необходимостью решать экономические, социальные и нравственные проблемы, которые возникали в связи с наличием душевно страдающих или выпадающих из общественного уклада людей. Придание психическим расстройствам статуса болезни коренным образом изменило положение людей, страдающих от душевных недугов. Оно ознаменовало собой великий перелом в отношении общества к психически больным. Вначале, однако, психические болезни рассматривались как болезни духа или болезни характера. Лишь в XIX в. на фоне успехов соматической медицины возникли биологические модели психических расстройств, ставшие на долгие годы доминирующими моделями в психиатрии.

Первыми биологическими моделями были соматические модели, описывающие механизмы психических расстройств по аналогии с соматической медициной как следствие поражения тех или иных систем организма. Они носили малодифференцированный характер, так как знаний, необходимых для определения роли тех или иных систем органов на тот период было явно недостаточно.

Биологические модели являются довольно популярными и в современной психиатрии, во многом потому, что именно с них начиналось оформление психиатрии как науки в эпоху великого немецкого психиатра Эмиля Крепелина. Он определил в качестве важнейшей научной задачи психиатрии систематизацию психических расстройств по критериям их развития, течения и исхода. Таким образом, он надеялся по аналогии с инфекционной и другими разделами медицины выделить нозологические единицы – болезни, единые по своей этиологии: «Душевная болезнь представляет собой закономерный биологический процесс, разделяющийся на несколько видов, имеющих каждый определенную этиологию, характерные физические и психические признаки, типическое течение, патологоанатомическую основу и тесно связанный с самой сущностью процесса заранее предопределенный исход» (Э. Крепелин, 2004).

В основе сформулированной Э. Крепелином стратегии развития психиатрии лежала гипотеза о единстве гипотетической этиологии и патогенеза, т.е. гипотеза о том, что сходные по протеканию и синдромам болезни имеют общую биологическую этиологию, а значит, являются едиными нозологическими единицами. По его мнению, систематизация общих по проявлению и течению болезненных состояний должна была привести к выявлению нозологии, а когда-нибудь, в результате прогресса биологических наук, – и их общей биологической этиологии.

Гипотеза о единстве этиологии и патогенеза была, по мнению многих авторов довольно произвольной. Тем не менее, она на долгие годы определила развитие психиатрии как науки и ее метод – так называемый клинический или описательный, феноменологический метод. Таким образом, формировалась научная база психиатрии – психопатология, направленная на изучение закономерностей возникновения и течения психических заболеваний, психопатологических процессов и состояний, а также наблюдаемых при этом симптомов и синдромов. Понятие психической нормы редуцировалось к биологическим показателям нормального функционирования организма, в первую очередь центральной нервной системы, т.е. вопрос о психической норме сводился к вопросу о биологической норме. При недостатке знаний о биологических механизмах расстройств основным критерием нормы, следующим из концепции психического расстройства как проявления скрытой органной, но неизвестной причины, является отсутствие симптомов.

Таким образом, биомедицинская модель познания в психиатрии – это – исследование психических процессов, непосредственно связанных с деятельностью головного мозга, с выделением психопатологических симптомов как главных диагностических признаков. В то же

время, как уже нами было показано ранее, анализ психопатологических симптомов исчерпал себя в современной психиатрической клинике. Даже в современном российском национальном руководстве по психиатрии (Психиатрия: национальное руководство. Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009. 992.) изложение клиники начинается сразу с главы о синдромах, а обособленное описание симптомов практически отсутствует.

Традиционная клиническая классическая психиатрия – это естественнонаучная медицинская дисциплина, использующая подходы медицины и классической психологии – познания пациента как природного, биологического объекта, подобного объектам других естественных наук. Методология естественнонаучного исследования представлена методами эмпирического исследования набора стандартных, типовых признаков, доступных познанию внешнего наблюдателя (врача-психиатра). Ее использование в психиатрии:

не содержит оснований для изучения внутреннего мира, субъективно-личностных особенностей пациента как субъекта психической реальности;

не позволяет иметь точных, обоснованных, проверяемых знаний о генезе, индивидуальных особенностях и закономерностях психических расстройств, их диагностике и лечении;

не содержит даже гипотетических оснований для проведения научных исследований из-за отсутствия адекватных методов познания сущности психических расстройств, уникальности индивидуальных личностных дисфункций;

является неадекватной методологией для изучения внешне не наблюдаемых признаков.

Конкретным подходом к реализации биомедицинской модели в психиатрии является нозологическое (описательное) направление, связанное с выделением и описанием клинической картины самостоятельных заболеваний. Нозологические формы заболеваний характеризуются следующими критериями:

установленной причиной болезни;

изученными физиологическими механизмами развития (патогенеза) болезни;

характерными морфофункциональными особенностями;

единообразной клинической структурой и закономерностями течения болезни;

определенным исходом болезни.

Анализ этих критериев применительно к клиническим описаниям различных диагностических категорий, представленных в МКБ-10, свидетельствует, что далеко не все из них соответствуют вышеприведенным критериям. Такие, например, клинические формы психических нарушений как шизофрения или аффективные расстройства не содержат признаков необходимых для выделения самостоятельной формы болезни. Другая группа диагностических категорий (органические психические расстройства), напротив, в значительной степени соответствует и этим критериям, и понятию «болезнь».

В целом, процедура психиатрической диагностики не может в полной мере опираться на использование основных критериев заболевания биологического – наличие телесной патологии, медицинского – качество жизни и угроза жизни, социального – нарушение социального функционирования человека затруднено. Зачастую лишь предполагается, что в основе тех или иных психических расстройств лежат нарушения телесного функционирования. В связи с этим в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) вместо терминов «психическое заболевание», «психическая болезнь» употребляется термин «психическое расстройство».

Эти сложности в понятийной квалификации психических нарушений находят отражение не только в невозможности принятия правильных клинических решений, но и в затруднениях при решении различных социальных проблем. Так, термины «душевная болезнь» и «душевно-больной» были подвергнуты критике Европейским судом по правам человека. В параграфе 26 Постановления по жалобе №58973/00 от 28 октября 2003 года Европейского суда по делу

«Тамара Ракевич против Российской Федерации» судебная коллегия из семи международных судей, в составе которой находился и судья Европейского суда от России Анатолий Ковлер, указала, что «термин «душевнобольной» не поддается точному определению, поскольку психиатрия является развивающейся областью как с точки зрения медицины, так и с точки зрения социальных подходов». Данное постановление суда впоследствии нашло отражение в обзорах судебных практик российских судов.

В обобщенном виде можно выделить следующие характеристики биомедицинской рамочной модели:

- психические нарушения понимаются как болезни, имеющие телесную (органическую основу);

- психологические и социальные факторы в ряду причин имеют лишь вторичное значение, поскольку определяют не сущность психических расстройств, а только внешнюю форму их проявления (патопластику);

- патологический процесс развивается как независимый от индивида и его социальной среды;

- приоритетными методами лечения больных с психическими расстройствами являются биологические методы;

- методология изучения психических расстройств основана на естественнонаучном направлении.

Таким образом, биомедицинская модель психических расстройств содержит в себе отказ от рассмотрения других факторов болезни и сведение всей патологии только к органическим нарушениям. Такой биологический редукционизм заключается в негативном отношении к исследованиям других возможных факторов (психологических, социальных), влияющих на этиологию и патогенез заболевания.

Сегодняшнее понимание ограничений возможности использования в психиатрии научной парадигмы медицины 19 века (выявление признаков и симптомов, построение синдромов, учет течения, а затем поиск биологических процессов, которые объясняют синдромы) выводит ее за рамки биомедицинской модели. В свое время еще К. Jaspers (1997) утверждал, что болезнь не является подходящей «моделью для клинического психиатрического исследования», а «надежда на то, что клинические наблюдения за психическими феноменами, за течением жизни и за исходом заболеваний дадут возможность выявить характерные группировки, реальность которых в дальнейшем подтвердится результатами анатомических исследований мозга, не сбылась». «Идея нозологической единицы – это, по существу, идея в кантовском смысле. Даже в случаях шизофрении и маниакально-депрессивного психоза «единое делится на типы», они есть «фиктивные конструкции, которые в реальности имеют расплывчатые границы» (К. Jaspers, 1997).

Эти аргументы сейчас вновь высказываются некоторыми авторитетными учеными. По словам М. First (2012), «кроме идентификации спирохеты в качестве этиологического фактора прогрессивного паралича редукционистская модель болезни 19-го века не была применена к каким-либо другим психиатрическим «синдромам». D.J. Kupfer с соавторами (2002) «наделение расстройств DSM-IV материальной сущностью вплоть до формирования представлений о них, как об эквивалентах болезней, скорее затуманивает, чем проясняет результаты исследований». S.E. Hyman (2003) отмечает, что «слишком часто ученые, пытаясь обнаружить генетические или нейронные основы болезней, представляют себе перечисленные в DSM-IV-TR расстройства в качестве «естественных видов». D.S. Charney с соавторами (2002) пишут, что «многие, возможно, большинство из нынешних кластеров симптомов DSM, в конечном счете не найдут себе места среди достоверно выделенных болезненных состояний».

Вторым аспектом, в котором современные дебаты перекликаются с анализом Ясперса, является критика максимы W. Griesinger (1845), что «все психические заболевания – есть забо-

левания мозга». Это положение, по мнению К. Ясперса (1997), «не более чем догма». «Мы не знаем, что в целом любое психическое явление должно быть обусловлено некоторой соматической основой. «Призраков» не существует». Но «болезни мозга – это лишь одна из многих причин психических нарушений». Действительно, согласно D. Bolton (2008), С.А. Sanislov, D.S. Pine, K.J. Quinnetal, 2010), повреждение нейронального субстрата не является обязательным для нарушения психической функции.

К. Jaspers (1997) также отмечает, что психические дисфункции могут быть связаны как с поражением головного мозга, так и с функциональными нарушениями, например, с неадекватными схемами действий, приобретенными в процессе научения. Эти схемы действий, безусловно, будут реализованы через мозг, но это отнюдь не означает, что во всех случаях обязательно должна присутствовать дисфункция самих нейронных цепей. Конечно, как отмечал Ясперс, явления, изначально психические по своей природе, могут сами приводить к дисфункции головного мозга («мозговые изменения могут также быть результатом первичных психических феноменов»), но это – возможность, а не обязательное условие.

Даже когда первичный болезненный мозговой процесс на самом деле есть, утверждает Ясперс, нет взаимно-однозначных соответствий между этим церебральным процессом и психическими явлениями, которые будут его результатом. «Мы не знаем ни одного физического явления в мозге, которое можно было бы со всей отчетливостью рассматривать в качестве оборотной стороны конкретного болезненного психического явления. Нам известны только факторы, обуславливающие психическую жизнь; мы никогда не знаем конкретную причину психического явления, только причину в общем смысле». Более того, «специфическая психическая предрасположенность личности обуславливает конкретный тип ее психической реакции на развитие болезни мозга», таким образом, один церебральный процесс может соответствовать различным психическим явлениям. Эти аргументы перекликаются с текущим признанием того, что «любое (психическое) расстройство можно отнести к нарушениям различных механизмов, и один конкретный механизм может способствовать возникновению психопатологических проявлений большого количества расстройств» С.А. Sanislov, D.S. Pine, K.J. Quinnetal, 2010). Далее представление о финальном общем нейронном пути, ведущем от нескольких детерминант к единому клиническому синдрому, – это сущность эмпирическая, а не априорная» (D. Bolton, 2012).

В этом контексте не следует упускать из виду базовую гетерогенность психических расстройств. Современная неокрепелиновская американская психиатрия действует, как будто существуют биологические подтверждения существования более чем 300 описанных в DSM расстройств (S.N. Ghaemi, 2009), в то время как биологическая модель может применяться только для нескольких психических расстройств, например, «шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, меланхолической депрессии и обсессивно-компульсивного расстройства» (D. Bolton, 2012). Эти современные заявления перекликаются с разделением Ясперсом психических расстройств на три группы: церебральные заболевания (например, болезнь Альцгеймера), основные психозы (такие, как шизофрения и маниакально-депрессивный психоз) и расстройства личности (включающие невротические синдромы и аномальных личностей). Последние «существенно отличаются друг от друга (К. Шнайдер, 1999) и совсем не в равной степени доступны для биологических исследований (расстройства третьей группы можно просто считать «вариациями человеческой природы»).

Иллюстрацией к сказанному может служить критическая оценка К. Ясперсом (1997) соответствующих убеждений Э. Крепелина: «Мало сказать, что убеждения Э. Крепелина основывались на предпочтительном внимании к соматической субстанции; он признавал ее единственно важной материей для медицины и в этом сходилась с большинством врачей. Многие психологические проблемы поданы в его учебнике с подлинным блеском; и, тем не менее, остается впечатление, что это сделано, так сказать, против его воли. Сам он считал психологию

паллиативом, который непременно утратит свое значение, когда эксперименты, микроскоп и пробирки позволят, наконец, прийти к объективным результатам».

Таким образом, методология естественных наук (в т.ч. медицины), объектом которых является живой, объективно существующий организм как биологический объект, не пригодна для познания психики (личности, субъективных явлений) как внешне не наблюдаемого объекта, не имеющего доказанной природной основы и анатомо-морфологического субстрата. Неприменимость методологии естественных наук (в т.ч. медицины) к психиатрии ставит под сомнение ее отношение к медицине. В то же время методология иных наук (гуманитарных, психологии) также неприменима к психиатрии, если ее рассматривать как естественнонаучную (медицинскую) дисциплину. Поэтому актуален поиск более адекватного научного основания и соответствующей методологической базы психиатрии.

В рамках естественнонаучного направления психиатрия – это специальность клинической медицины, изучающая клинические, социально-психологические и биологические основы психических расстройств, их клинические проявления, патогенез, лечение, профилактику и реабилитацию психических больных. Признание психиатрии медицинской дисциплиной влечет за собой отношение к ней как к естественной науке, а, следовательно, объяснение всех психопатологических феноменов причинно-следственными связями, детерминированностью. Однако целый ряд феноменов, относящихся к высшему, личностному, ценностно-смысловому уровню психики, не вписывается в естественнонаучную парадигму количественного измерения и требует феноменологического анализа, понимания, интерпретации. Все это является основанием для использования холистических, личностно-ориентированных подходов и определения психиатрии как психопатологической специальности, изучающей на системном (гипотетическом) уровне экзистенциально-антропологические основы психических расстройств и возможность субъективно-личностного восстановления больных.

Психосоциальная рамочная модель. Как альтернативная биомедицинской, психосоциальная рамочная модель в определении, возникновении и динамике психических расстройств на первый план выдвигает социальные и психологические аспекты. Она охватывает как социологические и интеракциональные подходы (например, этикетирование, антипсихиатрия), так и гуманистические, экзистенциальные, психоаналитические, деятельностные, системные и т.п. позиции. Это выражается чаще всего в четырех основополагающих допущениях (А.А. Bandura, 1969):

Континуумное допущение. Между нарушенной (патологической) и нормальной активностью существует текущий (плавный) переход, и что оба состояния отличаются друг от друга только количественно, а не качественно. Различия между обоими состояниями лежат, прежде всего, в частоте, интенсивности или ситуативности способа поведения. И лишь при привлечении особенностей носителя, оценки вызвавшей действие ситуации и контекста, а также других критериев они определяются как отклоняющиеся, нарушенные или проблематичными («больными») или нормальными («здоровыми»).

Допущение эквивалентности. В основе нормальной и нарушенной активности (поведения) лежат одинаковые изменяющие условия, т.е. в обоих случаях изменения осуществляются на основе идентичных принципов, например, по законам научения и обучения. Возникновение и изменение (терапевтируемый и нетерапевтируемый процесс) патофизиологических феноменов можно объяснить теми же закономерностями, что и нормальные психологические явления.

Допущение контекстного обусловливания. Активность человека оказывается под влиянием окружающих его условий, так и он, с другой стороны, формирует эти условия, свою среду. И психические расстройства также разнообразным образом являются зависимыми от среды, особенно социальной. Так, социальная среда влияет на определение расстройства, а также его возникновение, течение и терапию. Предполагается, что психическая проблематика

всегда определенным образом определяется социальными и психическими факторами и что эти условия при адекватном лечении учитываются в первую очередь.

Мультикаузальное допущение. Уточняет контекстную обусловленность психических расстройств. Возникновение психических расстройств является следствием действия комплексного образования причин или каузальной сети – а не линейной причиной связи. Причины могут быть разными (например, психические, социальные, соматические), и проявлять себя в разное время (например, как предрасполагающие, запускающие, удерживающие) и иметь разный относительный вес. При этом могут разные условия возникновения привести к похожим расстройствам. В системной теории этот феномен обозначается как эквивинальность; он говорит о том, что в открытых системах различные начальные состояния могут вести к одинаковым конечным состояниям.

Как исследовательская программа, психосоциальная рамочная модель проявляется следующими характеристикам (Г.В. Залевский, 2004):

Психические расстройства понимаются как «отклоняющееся», «неадаптивное», «нарушенное» или «проблемное» поведение и переживание людей, отличающееся от нормальных не качественно, а количественно.

При возникновении психических расстройств, а также при их дефиниции, изменениях и терапии самое большое значение придается социальным и психическим факторам.

Между психическими расстройствами и их причинами имеют место не простые линейные отношения, а комплексные взаимовлияния (каузальные сети, системные связи), в результате которых, с одной стороны, различные исходные условия могут приводить к одинаковым явлениям, с другой стороны, одинаковые исходные условия могут приводить к разным явлениям.

Следует отметить, что ни психосоциальная, ни биомедицинская модель не в состоянии на системном уровне наметить пути познания сущности психических расстройств. Взгляды специалистов, придерживающихся этих концепций, можно назвать редукционистскими. В свое время К. Ясперсом было описано два вида редукционизма – биологический (признание в качестве единственной основы психической патологии процессов в центральной нервной системе) и психологический (так называемая психологизация – объяснение психопатологических феноменов чисто психологическими факторами). Трудности преодоления обоих видов редукционизма связаны с заманчивой простотой объяснительных моделей, построенных на их основе. На кону у каждой из этих моделей свои аргументы. Наряду с прогрессом нейронаук растет число исследований в области клинической психологии, убедительно доказывающих важный вклад психологических и психосоциальных факторов в возникновение и течение психических расстройств. Например, показано, что даже течение шизофрении, биологическая детерминация которой общепризнанна, в значительной степени зависит от характера взаимодействия и эмоциональной коммуникации в семье (J. Leff, 1989) а также системы социальной поддержки (T.S. Brugha, 1995). Убедительно показана также связь расстройств настроения в форме депрессий с уровнем критики в семье (А.Б. Холмогорова, С.С. Воликова, Е.А. Полкунова, 2005; G. Parker, 1993), с системой прижизненно формируемых убеждений и ценностей (Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова, Т.Ю. Юдеева, 2001), уровнем социальной поддержки (А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, Г.А. Петрова, 2003; Н.О. Veivel, 1995). В развитии личностных расстройств большинство авторов сходится во мнении о важной роли конституционально-генетических факторов. Вместе с тем появляется все больше исследований, акцентирующих стиль семейного воспитания (parenting style) и стрессогенных жизненных событий в возникновении стойких дисфункциональных паттернов поведения, присущих этим пациентам.

Процесс осознания необходимости целостного комплексного подхода к проблеме психических расстройств занял почти целое столетие. Вот что пишет об этом известный американ-

ский ученый-психиатр З. Липовски: «Психиатры все лучше осознают, что никакой изолированный теоретический подход – психодинамический, бихевиоральный, социологический или биологический – не может охватить феномен человеческого поведения или же проблему психических расстройств. Редукционизм не даст никакого результата. Холистический, всеохватывающий, мультифакторный теоретический подход необходим для науки о человеческом здоровье и болезнях, а значит, и для психиатрии... Мы должны быть очень осторожны, избегая регрессии к «мифологии мозга XIX столетия», наивному убеждению, что человеческое поведение и психические расстройства можно полностью объяснить с помощью нейрофизиологии и других нейронаук. Холистический подход должен помочь нам избежать скатывания в подобный редукционизм» (Z.J. Lipowski, 1979).

Биопсихосоциальная рамочная модель. Важным шагом на пути преодоления биологического и психологического редукционизма стала разработка системной биопсихосоциальной модели психической патологии. Она находит конкретное воплощение в исследованиях биологических, психологических и психосоциальных факторов риска, предрасполагающих к болезни (уязвимость или диатез), факторов, провоцирующих болезнь (стрессоры) и защищающих от нее (буферные факторы), а также утяжеляющих или облегчающих процесс совладания с уже возникшей болезнью. Речь идет о современных диатез-стресс-буферных моделях психической патологии.

Биопсихосоциальная модель в качестве метаконцепции интегрирует конкурирующие органическую и психосоциальную рамочные модели. Эта модель отражает то, что органические, психические и социальные условия и процессы находятся во взаимоизмещающихся отношениях друг к другу и тем самым могут образовать рамки для различных перспектив и факторов. Это представление было предложено психосоматиком R.A. Engel (1979, 1980) на основе общей теории систем L.V. Bertalanffy (1999). Модель исходит из того, что системы представляют собой динамические целостности, которые находятся в постоянном изменении и компоненты которых оказывают влияние друг на друга посредством обмена энергиями, информацией или материей. Системы – это части реальности, которые выбираются не только в познавательных целях (интересах), но отличаются от их окружения своей самоорганизацией.

Биопсихосоциальная система представляет иерархически организованную структуру, в которой элементарное отличается от более сложных системных частей. Иерархический спектр распространяется, по мнению автора, на физические системы (атом и его части), органические системы (клетки, совокупность клеток, органы, нервная система), личностные системы (переживания и поведение людей), психосоциальные системы (диады, семья, общины), культурные и социальные системы, вплоть до биосферы как образования более сложного системного уровня. Каждая подсистема функционирует согласно собственным закономерностям и требует для анализа и объяснения своих специфических феноменов собственных критериев. Находящиеся, согласно иерархии, по соседству подсистемы также находятся в постоянном прямом взаимном влиянии друг на друга, в которых отражаются органические, психические и социальные условия. Постоянная интеракция между подсистемами осуществляется в результате комплексных причинных отношений.

R.A. Engel (1980) полагал, что биопсихосоциальная модель – это динамическое единство, включающее различные подструктуры, находящиеся в процессе постоянного изменения и взаимного влияния. Эти подструктуры имеют иерархическую организацию, в основании которой лежат физикальные подсистемы (частицы и атомы), а далее следуют – органические подсистемы (в виде клеток, органов и систем органов), личностные подсистемы (в виде переживаний и поведения личности), культурные и общественные подсистемы. Каждая подсистема функционирует по собственным законам и поэтому для анализа феноменов каждого уровня необходимы специфические и адекватные этому уровню средства. Находящиеся в иерархическом единстве подсистемы состоят в непосредственном и постоянном контакте и взаимно влия-

яют друг на друга, что выражается в постоянном взаимодействии органических, психологических и социокультурных факторов. В их взаимовлиянии не существует простых линейных причинно-следственных связей: все причинные связи комплексные и сложные.

Реализация принципов системного подхода в разработке проблемы нормы и патологии Дж. Энгелем привела к созданию так называемых биопсихосоциальных моделей различных расстройств. Эти модели стали основой комплексных подходов к изучению и лечению психических расстройств. В рамках этих моделей снимается вопрос о том, какие факторы главные, он заменяется вопросом о характере их взаимодействия.

Многие современные биопсихосоциальные модели опираются на теорию стресса как основу для системного объединения различных факторов. Это синтетические модели, получившие название диатез-стрессовых. В рамках этих моделей выделяются факторы, предрасполагающие к болезни (факторы «диатеза» или уязвимости, риска) и факторы, провоцирующие болезнь (факторы- стрессоры).

В качестве примера биопсихосоциальной модели психического расстройства убедительной представляется модель шизофрении L. Chompy (1999). По его мнению, современный уровень знаний о шизофрении не согласуется с крепелиновской биологической моделью прогрессирующего органически обусловленного заболевания. Накопленные знания свидетельствуют о том, что в развитии заболевания большую роль играют личностные, социальные и, конечно, конституциональные и соматические факторы.

«С одной стороны, генетические, органические и биохимические, с другой стороны – психологические и социальные комплексы факторов в различных комбинациях ведут к формированию преморбидно уязвимых личностей, склонных чрезмерно сильно реагировать на различные нагрузки напряжением, страхом, растерянностью, нарушениями мышления, переживаниями дереализации и деперсонализации вплоть до бреда и галлюцинаций. После одного или нескольких острых психотических эпизодов дальнейшее развитие, видимо, определяется взаимодействием личностных особенностей и психосоциальных факторов. При этом возможно огромное разнообразие течения от полного выздоровления до различных резидуальных состояний и тяжелейшей хронификации».

Л. Чомпи считает, что комбинация генетических, соматических (особенности нейрохимии, влияющие на характер нервной регуляции) и психосоциальных факторов (в частности, таких как семейный коммуникативный стиль) ведут к преморбидной уязвимости относительно болезни (vulnerability) или диатезу в виде нарушения процесса переработки информации. На фоне любых неспецифических стрессов и перегрузок преморбидная уязвимость может приводить к психотической декомпенсации. При этом исход и течение болезни во многом зависят от комплекса психосоциальных факторов. Трехфазная мультифакториальная модель Л. Чомпи:

Биопсихосоциальная модель как рамочная (концептуальная) модель в современных условиях является наиболее адекватной для построения исследовательских программ, учитывающих при исследовании постоянно изменяющееся взаимодействие органических, психологических и социальных условий (факторов). В данном случае все три условия рассматриваются как величины одного ранга, получающие свой акцент при определенных психических проблемах. Способ и объем участия различных факторов определяется конкретно на основе эмпирических данных для специфической проблемы. Биологические, психические и социальные условия понимаются как комплексные классы условий, которые непрерывно взаимно обуславливают психическое расстройство (проблему) в процессуальном взаимодействии друг с другом. Существенные признаки этой рамочной модели, в конечном итоге, состоят в том, что она:

исходит из участия биолого-органических, психических и социокультуральных факторов и процессов,

и постулирует комплексные интерактивные (а не только простые линейные) причинные отношения.

Фундаментальные представления об этой модели сформулированы Н.В. Репиной и соавторами (2003). В рамках биопсихосоциальной парадигмы болезнь рассматривается как такое расстройство, которое угрожает дисфункцией – неспособностью психобиологических механизмов выполнять свои функции в определенном социокультурном пространстве. При этом не каждое расстройство функционирования однозначно является болезнью, но только такое, которое становится причиной значимой для личности угрозы существованию в конкретных условиях среды. Следовательно, болезнью является далеко не всякое расстройство, а только такое, которое нуждается в изменении («имеется потребность в лечении»). Потребность в лечении считается существующей тогда, когда имеющиеся признаки отклонений (расстройства) наносят ущерб профессиональной работоспособности, повседневной деятельности, привычным социальным отношениям либо причиняют ярко выраженное страдание.

Так как состояние болезни предполагает особый социальный статус человека, неспособного выполнять социальные функции в ожидаемом объеме, болезнь всегда оказывается связанной с ролью больного и ограничениями ролевого (социального) поведения. С этим феноменом оказывается связанным интересный социально-психологический факт, когда простое навешивание «ярлыка» «больного» может приводить к возникновению или прогрессированию уже имеющегося у человека нарушения здоровья.

В результате такого «лейбелинга» (англ. labeling – навешивание ярлыка) порой мало-значительное отклонение от какой-либо нормы (благодаря социальному и информационному давлению со стороны окружения и специалистов, поставивших «диагноз») превращается в тяжелое расстройство, потому что человек принимает на себя навязанную ему роль «ненормального». Он чувствует и ведет себя как больной, а окружающие с ним соответственно обращаются, признавая его только в этой роли и отказывая признавать за ним исполнение роли здорового. Из факта лейбелинга можно сделать далеко идущий вывод о том, что в ряде случаев психические расстройства у отдельных лиц не проистекают из внутренней предрасположенности, а являются следствием или выражением нарушенных социальных связей и отношений (результатом жизни в «больном обществе») (Н.В. Репина. 2003).

Следовательно, помимо доминирующего в клинической психиатрии конструкта болезни («комплекс биопсихосоциальных причин – внутренний дефект – картина – следствия») имеются и другие – альтернативные – конструкты болезни. Во-первых, психические и поведенческие отклонения можно интерпретировать как выражение нарушенных процессов в системе социального взаимодействия. Во-вторых, психические и поведенческие отклонения можно рассматривать не как проявление внутреннего дефекта, а как крайнюю степень выраженности отдельных психических функций или паттернов поведения у конкретных индивидов. В-третьих, психические и поведенческие отклонения могут быть рассмотрены как следствие задержки естественного процесса личностного роста (вследствие фрустрации основных потребностей, ограничений в социальном функционировании, индивидуальных различий в способностях разрешать возникающие личностные и социальные проблемы).

Все перечисленные альтернативные конструкты болезни акцентируют внимание на том, что граница между состояниями здоровья и болезни, нормы и патологии, а также наше видение причин отклонений от норм устанавливаются произвольно в соответствии с доминирующей в обществе и науке моделью болезни. Стоит изменить модель болезни, как многое из того, что сегодня считается психическим заболеванием или патологией, может оказаться крайним вариантом нормы. Альтернативные модели болезни ставят под сомнение само наличие дефекта, вызывающего плохое самочувствие. Фактически они делают конструкт болезни лишенным привычного смысла, поскольку социальное окружение может назвать «ненормальным» и «нуждающимся в изменении» любое индивидуальное отклонение в психике и поведении личности, даже если отсутствует какой-либо явный дефект в биологических механизмах, реализующих эту психическую деятельность или поведение. Следует признать, что для мно-

гих психических болезней и поведенческих нарушений установлена только корреляционная, а не причинно-следственная связь между наблюдаемыми признаками расстройства и изменениями в морфофункциональной основе. При этом часто упускается из виду, что сходные изменения морфофункциональной основы могут быть обнаружены и у практически здоровых лиц. Правда, в этом случае сторонники доминирующего конструкта болезни постулируют так называемый «доболезненный» характер нарушений или «латентное» течение заболевания. Однако тогда мы рискуем максимально сузить понятие здоровья до несуществующей абстракции. Такой подход в клинической практике получил название «нозоцентричного» (т.е. центрированного на болезни) (Н.В. Репина. 2003).

Перечисленные проблемы, связанные с употреблением понятия болезни, привели к тому, что сегодня более предпочтительным становится термин «психические, личностные и поведенческие расстройства», который охватывает различные виды нарушений, включая болезни в узком смысле этого слова. А биопсихосоциальную модель психических расстройств можно рассматривать как важный шаг на пути преодоления биологического, психологического и социологического редукционизма в подходе к комплексной проблеме психического здоровья человека и создания системных моделей.

В целом системный (биопсихосоциальный) подход к оценке психических явлений и выявлению психического расстройства предполагает многостороннее исследование пациента как субъекта собственной активности. Этот комплекс, позволяющий оценить функциональное состояние пациента, с нашей точки зрения, должен включать четыре исследовательских спектра:

нарушения психических процессов (симптомы, синдромы);

нарушения поведения – паттерны – нарушения устойчивой модели поведения, отражающей определенный образ взаимодействия с окружающей средой, способность изменять свои действия под влиянием внешних и внутренних факторов;

нарушения личности – аномальные свойства (черты) личности;

экзистенциальные переживания – психопатологические феномены – фрустрирующие переживания (страдания), затрагивающие базовые ценности и значимые аспекты бытия.

Перечисленные рамочные модели психиатрии в той или иной мере представляют классический способ познания, естественнонаучную методологию медицины. Эти модели не затрагивают гуманитарных (неклассических) подходов в психиатрии, ориентированных на изучение внутреннего мира пациента, его неповторимую и уникальную субъективную реальность. В то же время понимание психиатрии в контексте экзистенциально-феноменологической рамочной модели выводит взаимодействие философии, психологии и психиатрии на принципиально новый уровень, представляя опыт формирования философско-клинического пространства рефлексии и саморефлексии, интерпретации болезни как существования, реабилитации патологического опыта и очеловечивания больного. Без философии психиатрия не могла бы осмыслить границы собственной методологии, предметной области, исторической ситуации, появления как науки и проч.

Экзистенциально-феноменологическая рамочная модель представлена гуманитарным (антропологическим, личностно-ориентированным) направлением – исследованием переживаний психического опыта пациента как субъективных носителей аномальных проявлений его реального внутреннего мира. Гуманитарная (личностно-ориентированная, экзистенциально-онтологическая) психиатрия – неклассическое направление психиатрии:

личность рассматривается не как природный объект, а как субъект собственной психической реальности, своего внутреннего субъективного мира и самодетерминируемых функциональных возможностей – выражение сущности человека, который открывает сам себя таким, каков он есть сам по себе;

пациент с психическим расстройством – как субъект индивидуальной дисфункции его внутреннего психического (личностного) опыта с опорой на здоровые, позитивные качества (потенциал) личности и возможность субъективно-личностного выздоровления.

В рамках экзистенциально-феноменологической модели психиатрии происходит своеобразное проблемно-методологическое смещение. Если классическая традиционная психиатрия осмысляет себя как науку о психическом заболевании и исследует причины, содержание (симптомы и синдромы) и принципы лечения психических расстройств, то в экзистенциально-феноменологической психиатрии вместе с изменением направленности происходит изменение проблемного поля: начинает исследоваться человек как таковой, человек как целостность, его жизнь – история, и основным предметным пространством становится патологический опыт как полноценное переживание себя и окружающей реальности.

Субъективность в рамках этой парадигмы – неотъемлемая часть личностной целостности. Каждому человеку присущ субъективный внутренний мир, который имеет свое специфическое содержание, свои законы формирования и развития, и который во многом независим от мира внешнего. Внутренний мир – это субъективное пространство, своеобразным образом преломленное через жизненный опыт и обобщенную внешнюю реальность, окрашенную тем смыслом, который она имеет для человека. Субъективность – способность человека выступать движущей силой собственной деятельности, самодетерминировать свою деятельность; видение человеком своих потенциальных возможностей и способность реализовать их.

Субъективность – это внутренний мир субъекта с его чувствами, мыслями, желаниями, системой ценностей, смыслов, убеждений, целей и мотивов, возможностью контролировать их и изменять самоидентичность. Основа внутреннего мира, субъективности – потребности и ценностно-смысловая сфера. Субъективность строится на основе психического опыта, который всегда является уникальным для человека и существует только в сознании этого человека. Психический (психопатологический, психологический) опыт пациентов (например, больных шизофренией) – это всегда различный опыт, т.к. он формируется в индивидуальном субъективном мире каждого пациента и обусловлен влиянием прежнего опыта и используемых психологических защитных механизмов.

Все психическое – субъективно. Все психические явления – психические сущности (наблюдаемые и не наблюдаемые извне). Вся психическая жизнь – это «жизнь» наших психических сущностей. Жизнь человека с нарушенной психикой – это сочетание его позитивных и дисфункциональных сущностей.

Переживания, как и все психическое – субъективны и не доступны чувственному восприятию. Личность – это психическая реальность, психическая сущность человека. Сущность личности, как и сущность бытия человека – «невидима» по своей изначальной природе. В таком субъективном статусе она непознаваема, ее нельзя объективизировать, непосредственно изучить и оценить традиционными клиническими и патопсихологическими методами. Это открывает возможность для понимания психиатрии как предмета философско-онтологического исследования и анализа с использованием соответствующей этому предмету методологии.

Таким образом, в методологии познания психического (целостного, интегрального исследования психики) можно выделить три направления:

Методологическую базу «Естественнонаучная медицина» – не может понять все многообразие и механизмы психического, субъективного жизненного пространства личности.

Методологическую базу «Психологические науки» – не позволяет осмыслить сущность личности, сущность бытия человека, а также клинической составляющей психического расстройства.

Методологическую базу «Философская (онтологическая, феноменологически-антропологическая) психиатрия», раскрывающую философские основы идеологии психиатрии.

Является ли гуманитарный (гуманистический) и естественнонаучный подходы в психологии и психиатрии альтернативными или несовместимыми и можно ли в перспективе ожидать консенсуса между «психиками» и «соматиками»? В русле заданного вопроса на эту проблему можно взглянуть с разных методологических точек зрения, в частности: а) как существование бинарных альтернатив-оппозиций; б) как экзистенциальные человеческие дилеммы; в) как дуалистическое взаимодействие; г) с позиции тернарности. Под бинарной оппозицией понимается (лат. *binaries* – двойной, двойственный, состоящий из двух частей) тип отношений в семиотических системах, в рамках которого знак приобретает значение и смысл только через отношение со знаком, стоящим к нему в оппозиции. В психиатрии к бинарным оппозициям относятся такие полярные понятия как «сознательное-бессознательное», «биологическое-социальное», «генетическое-ситуационное», «психическое-соматическое», «детерминированное-самодетерминированное», «возможное-необходимое», «определенное-неопределенное» и т.п. В этих случаях принцип бинарности превращается в фундаментальную категорию и сущностный принцип психиатрической теории, основа которого – наличие или отсутствие определенного признака. Существует ли механизм разрешения этих противоречий и объединения противоположностей в одну сущность? Для ответа на эти вопросы требуется более сложная структура, содержащая дополнительные элементы и «связи». Третий элемент оказывается необходим для решения проблемы бинарных противоречий как мера их компромисса, как условие их сосуществования. (Р.Г. Баранцев, 2014). Разрешение этих противоречий происходит при помощи введения в бинарную оппозицию медиатора, то есть третьего члена, нейтрализующего противоположности или позволяющего сделать их менее резкими. (Н.В. Соловьева, 2014). Согласно этому подходу, неконфликтность противоположностей возможна не в мире бинарных оппозиций, а мире тернарности.

Трехмерность конструкции (тернарность), например, добавление в бинарную конструкцию «физиологическое-психическое» третьего компонента «социальное» определяет некий баланс в отношении первых двух компонентов (согласно древней китайской истине «змея ест лягушку, лягушка ест сколопендру, сколопендра ест змею»). Во взаимодействии между всеми компонентами нет определяющего фактора, каждый из них находится в зависимости от чего-то другого. (В.М. Петров, 2009). Поэтому тернарность является оптимальным инструментом устранения противоречий противоположностей. Этот феномен высоко универсален, особенно в таких трехмерных семантических пространствах как трехмерность перцептивного мира, субъективное жизненное пространство, функциональный (многоосевой) диагноз, биопсихосоциальная модель психического расстройства.

Понятие «экзистенциальная дилемма» предложено американским психологом С. Maddi (1998). В универсальном русско-английском словаре (2011) экзистенциальная дилемма (*existential dilemma*) толкуется как конфликт между биологическими ограничениями и личностными возможностями человека. Эти традиционные экзистенциальные человеческие дилеммы (например, необходимость выбора между приоритетностью биологического или психологического, социального или личностного, функционального или органического) имеют фундаментальный смысл для любой функциональной системы, особенно такой как психика или личность человека. На самом деле, эти «противоположности» являются частями одной иерархии – представлений о человеке как о субъекте интеграции внешне непримиримых противоположностей.

Наконец, принцип дуализма в философии со времен Г. Декарта предполагает наличие, существование и взаимодействие материального и духовного начала как в мире, так и в человеке. Эти неконкурентные, взаимодействующие отношения, на наш взгляд, могут быть распространены и на базисные противоречия между физиологическим и психическим. Дуальность здесь выступает как закономерность, которая противоположности не только не отменяет, а дополняет и предполагает друг друга.

Таким образом, современный психиатр имеет возможность методологического выбора. Или это выбор, критерием которого является естественнонаучная парадигма, или это выбор, базирующийся на экзистенциально-гуманистической теории, и критериях, располагающихся внутри субъекта в качестве ценностей и смыслов. Другими словами, выбор ограничивается либо традиционными и неизменными медико-биологическими ориентирами, как правило, исчерпавшими себя, либо рискованным, плохо прогнозируемым, но, тем не менее, поиском новых, более осмысленных подходов. Однако в настоящее время наиболее адекватным методологическим вектором в психиатрии являются представления о совместимости гуманитарных и естественнонаучных знаний.

Глава 3. Парадигмы в психиатрии: методологические различия

Вы никогда не сумеете решить возникшую проблему, если сохраните то же мышление и тот же подход, который привел вас к этой проблеме.

Альберт Эйнштейн

*Преклонение перед величием гения, несомненно,
благое дело, но превыше его должно быть наше
преклонение перед фактами.*

Зигмунд Фрейд

Любая профессиональная или исследовательская деятельность осуществляется в рамках определенной парадигмы. Парадигма в науке – общепринятая точка зрения на природу рассматриваемых явлений, опирающаяся на факты и доказательства.

Существует ли в психиатрии общепринятая точка зрения, раскрывающая сущность психического и природу психических расстройств, и позволяющая ответить на следующие вопросы:

Является ли психиатрия научной (медико-биологической) дисциплиной?

Можно ли научные методы соматической медицины (клинические, параклинические), предназначенные для объективной оценки функционального состояния организма, использовать для понимания субъективных психических явлений, внутреннего мира пациента, его переживаний, психического опыта?

Позволяет ли метод клинического наблюдения (исследование), как основа естественно-научного подхода в медицине, разобраться в: многозначности связей субъективной психической реальности с ее внешним проявлением; в многоуровневой, иерархической структуре психических явлений; в уникальном характере и неповторимости психических явлений?

Применим ли естественнонаучный метод клинико-психопатологического исследования (традиционный, базовый, самодостаточный) для объективной оценки психического состояния пациента, распознавания и диагностики психических расстройств? Существуют ли в психиатрии доказательства?

Дать однозначные ответы на эти вопросы затруднительно, из-за большого количества парадигм, имеющих существенные методологические различия, но так или иначе объясняющих теоретические и практические вопросы психиатрии (рис. 5).

Возможен ли научный анализ мировоззренческих подходов в психиатрии?



Рис. 5. Парадигмы в психиатрии

Главная цель науки – поиск истины, свободной от догм, авторитарности и мировоззренческих позиций. Только такая истина является истиной объективной. Содержание психиатрии как научной дисциплины должно включать научные знания, новые факты, появление научных теорий как продукта взаимодействия субъекта (исследователя) и объекта (пациента с его субъективным миром). Исходя из этого, критериями научного знания в психиатрии (объективной картины содержания психиатрии как самостоятельной дисциплины, не зависящей от персонифицированных впечатлений) являются:

Системность, целостность, структурированность и логическая взаимосвязанность знаний о природе (сущности) психических расстройств. Простой набор неупорядоченных, хаотических, но при этом верных знаний наукой не является.

Наличие отработанного механизма получения новых знаний: методы исследования, существование научного сообщества, средства фиксации научных данных и т.д.

Теоретичность знания, основанного на фактах и теориях (подтвержденных гипотезах), а не на авторитетах и мнениях.

Рациональность знания: существование общих принципов организации психической деятельности и ее нарушений.

Другими словами, психиатрия может рассматриваться как наука (научная медицинская дисциплина) только в случае, если:

данные о природе психических расстройств, организации лечебно-диагностической деятельности находятся в рамках какой-либо парадигмы;

проблемы, определяемые этой парадигмой и входящие в ее структуру, признаются всем научным сообществом и практической психиатрией, как основа профессиональной деятельности;

используются научно-обоснованные методы исследования.

Следует отметить, что общепринятых научно-доказанных точек зрения в психиатрии не существует из-за неопределенности ее статуса в системе наук и различных сферах практической деятельности. К числу наиболее разработанных методологических подходов к изучению психических расстройств принято относить следующие исследовательские направления и парадигмы:

Естественнонаучное (медико-биологическая, клиническая, синдромологическая, нозологическая парадигмы) – раскрывает закономерности функционирования больного как биологического организма, как объекта медицинского вмешательства.

В рамках этого направления психиатрия рассматривается как раздел медицины (медицинская дисциплина), использующий методологию естественнонаучных подходов, предметом которой является живой биологический организм человека (объективная реальность), функциональное состояние органов и систем организма. Базисные принципы этой парадигмы легли в основу современной ортодоксальной психиатрии, неуклонно придерживающейся естественнонаучного направления в медицине, которое раскрывает закономерности функционирования больного как биологического организма, закономерности психической деятельности, детерминированность, причинно-следственная обусловленность психической деятельности и психических расстройств («то, чего не может не быть»). Человек – объект, определяемый причинно-следственными связями в структурированном пространстве стимулов и приспособлением к заданным условиям. Базовые понятия этого направления: психические процессы, классификация, патогенез, биологические изменения, адаптационно-компенсаторные процессы, мозговой субстрат, нозологическая форма, диагностическая категория, закономерности динамики болезни, стандарт лечения, система реабилитации, показатели эффективности лечения и т.п. Базовый принцип – достоверность, доказательность, и воспроизводимость результатов исследования психометрическим, клинко-психопатологическим методами.

Естественнонаучная методологическая база психиатрии олицетворяет собой: достижения естественных наук в медицине; представление о психической деятельности как о «свойстве высокоорганизованной материи»; представление о биологической природе и медико-биологическом статусе (основании) психических расстройств; определение объекта психиатрии – организм как биологический объект; представление о психическом расстройстве исключительно как о совокупности психопатологических симптомов, отражающих нарушение психических процессов; использование атеоретической (ненаучной) классификации психических расстройств и «договорных» диагностических категорий; использование клинической (симптоматической) идентификации психических расстройств, обеспечивающей фрагментарное виртуальное (умозрительное) представление о психическом состоянии пациента; использование «соматической» терапии, основанной на гипотетических представлениях о патогенезе психических расстройств и лежащем в его основе биологическом дисбалансе.

Антропологически ориентированные психиатры подвергают критике ряд традиционных (естественнонаучных) представлений, существующих в психиатрии как медицинской дисциплине, в частности:

Понимание психически больного человека подобно объекту естественных наук как биологического организма.

Классификационно-симптоматически-синдромальную структуру психиатрии, скрывающую действительные психические проявления человека за набором ярлыков.

Фрагментацию психики/личности в диагностическом процессе, препятствующую целостному пониманию пациента.

Полное отсутствие гуманитарного контекста и онтологических (антропологических) идей в теории и практике психиатрии.

Преимущественное использование в исследовании психически больного человека методов естественных наук (не имеющих психиатрических «точек приложения») без их «антропологической» коррективы.

Концептуальную и методологическую ограниченность классической психиатрической науки.

Кроме того, совершенно очевидным представляется парадокс (методологическая нестыковка), когда объективные естественнонаучные (общемедицинские) подходы, являющиеся

адекватными в соматической практике при исследовании нарушений органов и систем организма, используются для изучения субъективной психологической (психопатологической) реальности, требующей принципиально иных методов и инструментов измерения. Несмотря на различия предмета познания, соматическая медицина и психиатрия по факту используют одну и ту же естественнонаучную методологию, методологию соматической медицины, ориентированную на нарушение функций организма. Другими словами, сложилась ситуация, когда используемая методология лечебно-диагностической помощи не соответствует представлениям о сущности объекта, которому эта помощь оказывается. И это положение воспринимается как абсолютная данность, которая реализуется и в МКБ-10 и стандартах психиатрической помощи.

Психика (субъективный мир) пациента недоступен пониманию при использовании научных подходов. Реальность психического расстройства (включая его биопсихосоциальную модель – психиатрия трех измерений – Л. Чомпи) не может быть полностью охвачена средствами естественнонаучной методологии. Она не учитывает:

целостность человека, превосходящую сумму своих составляющих;

межличностный опыт человека;

многочисленные формы самосознания и субъективного жизненного пространства;

возможность самоактуализации пациента и реализации позитивных сторон личности;

ценности и смысл жизни;

уникальность, неповторимость личности пациента, исключающая воспроизводимость и обобщение результатов исследования, их научный анализ.

В целом, естественнонаучное направление (традиционный клинический подход) – нивелирует специфику того, с чем имеет дело психиатрия:

а) понимание сущности психических расстройств как проявления индивидуальной дисфункции личности;

б) возможность объективной интегративной клинической оценки пациента.

Естественнонаучная методология в психиатрии, использование медицинских (клинических) терминов и понятий искажают представление врача-психиатра об истинных переживаниях пациента и исключают возможность принятия лечебно-диагностических решений, соответствующих его реальному статусу. В частности, фрагментарно-редукционистское изучение психики в рамках естественнонаучной методологии не позволяет оценить индивидуальные ценностно-смысловые характеристики больного (личность как функциональный орган индивидуальности), особенности его субъективных болезненных переживаний, функциональное состояние психики и, как следствие, добиться субъективно-личностного восстановления и полноценной психосоциальной реабилитации пациента.

Приведенные данные свидетельствуют об отсутствии реальных доказательств научности психиатрии и ее методов. Тем не менее, невозможно однозначно ответить на вопрос, является ли психиатрия научной дисциплиной. На первый взгляд, не может считаться научной область знаний, в которой отсутствует глобальная теория и система доказательств декларируемых основополагающих положений. Однако этот вопрос можно рассматривать в отношении тех или иных разделов психиатрии и только в связи с доминирующими теоретическими (гипотетическими) и методологическими представлениями о базисных основах клинической психиатрии. При так называемом физиологическом (медико-биологическом) подходе, отождествляющем психические расстройства с поражением головного мозга, отнесение психиатрии к научной сфере весьма затруднено. В первую очередь это связано с отсутствием физиологической модели психики (едва ли решение этой проблемы возможно, в принципе). В настоящее время неизвестны ни механизмы перехода от более или менее сложной психической деятельности к работе структур головного мозга, ни механизмы перехода от работы этих структур к какой бы то ни было психической деятельности. В этом же контексте можно рассматривать и

неэффективность применения современных фармакологических средств, неизвестно как действующих при неизвестной причине и непредсказуемости исходов психического расстройства. Тем не менее, несмотря на очевидную беспомощность теоретической психофизиологии, естественнонаучное направление занимает практически господствующее положение среди других направлений психиатрии.

Холистическое (антропологическое, личностно-ориентированное) направление – обеспечивает понимание субъективного мира отдельного пациента как целостной личности, субъекта собственной индивидуальной активности, уникальности и собственно человеческих способов существования, интеграции жизненного опыта.

В кратком изложении критерии психического здоровья ВОЗ охватывают различные стороны зрелой, целостной, полноценно функционирующей личности, ее самосознание и способности самоуправления жизнедеятельностью. Другими словами, многочисленные аспекты психического здоровья рассматриваются в контексте функциональных возможностей личности (личностного потенциала), а, следовательно, и проблемы психического нездоровья и организации психиатрической помощи – это, прежде всего, проблемы личности (Корсаков С.С., 2015) и ее дисфункциональных состояний. Личностно-ориентированные подходы в диагностике психических расстройств – это системно-функциональное направление изучения свойств системы субъективного жизненного пространства личности (СЖПЛ) и его функциональных подсистем – различных составляющих потенциала пациента.

При отсутствии внимания психиатра к базисным свойствам и качествам личности, имеющим социальную обусловленность и составляющих ее содержательное ядро, проявляется инерция приверженности биологической модели психического расстройства и, соответственно, психиатрической помощи. Однбокая подмена живого восприятия личности пациента со стороны врача абстрактными определениями, именуемыми симптомами, синдромами и нозологическими единицами, всегда таит в себе риск превращения больного в «голую» схему, в «совокупность симптомов». Такой подход, при отсутствии четких представлений об этиопатологических механизмах психических расстройств, лежит в основе малообоснованного использования психотропных средств, не содержащих личностно-ориентированных и социально-восстановительных терапевтических эффектов. Это задерживает процесс дальнейшей гуманизации психиатрии, ее реального реформирования, решение вопросов социальной интеграции и улучшения качества жизни пациентов. С другой стороны, личностно-ориентированная психиатрическая помощь открывает существование таких вненозологических факторов, которые способны определять течение и исход заболевания в большей мере, чем биологические закономерности, присущие болезни (Семичев С.Б., 1985).

Антропологическое (личностно-ориентированное) направление включает в себя ряд подходов, имеющих свою концептуальную базу, понятийный аппарат, свои методы исследования:

Идеографический подход

Акмеологический подход

Феноменологический подход

Гуманистический подход

Экзистенциальный подход

Онтологический подход.

Идеографический подход – исследование индивидуального случая, изучение свойств конкретного индивидуума как целостной системы уникальных свойств. Идеографический подход в современной психологии и психиатрии связывают с изучением свойств конкретного индивидуума или конкретной группы на основе качественной информации, полученной либо от самого объекта, либо от его социального окружения, либо посредством анализа документов (биографий и автобиографий, мемуаров, переписки, официальных документов). Человек или группа рассматриваются как целостная система уникальных свойств, а использование идеогра-

фического подхода позволяет распознать и описать индивидуальные особенности и качественное своеобразие изучаемого объекта (Дильтей В., 1980).

Акмеологический подход – исследование функциональных аспектов (функциональных возможностей) личностной организации – личности как функциональной системы, как субъекта деятельности.

Феноменологический подход. В начале XX века известный немецкий психиатр, психолог и философ Карл Ясперс, базируясь на концепции феноменологической философии и психологии Э. Гуссерля, предложил принципиально новый (феноменологический) подход к анализу психического состояния пациента, претендующий на научность своих принципов (Э. Гуссерль, 2009).

Феноменологический подход – в соответствии с концепцией основателя феноменологии Э. Гуссерля, утверждает, что абсолютно объективной истиной человека является переживание собственного существования (мысль о том, что Я существую). Опыт всех переживаний (представлений, эмоций, телесных ощущений и т.п.) и восприятий предметов и событий внешнего мира представлены в структуре Я в мире феноменов – уникального восприятия (переживания индивидом субъективного жизненного пространства). Для пациента – это подлинная реальность, индивидуальный опыт переживания смысла перенесенного психоза, психотического опыта.

Феноменология – дескриптивная (описательная) наука о структуре потока переживаний, о сущностях трансцендентально чистых переживаний в непосредственной интуиции, это усмотрение (понимание) и описание «непосредственно данного» (наглядно данного) в рамках доступного непосредственной интуиции. Другими словами, феноменология – особый стиль клинического мышления, профессионального мировоззрения, методологии (психиатрия К. Ясперса и К. Шнайдера).

Тщательное описание явлений – начало всякой науки (К. Шнайдер, 1999). Это – движение в сторону внутренней структуры переживаний, от нозологической единицы к конкретному расстройству конкретного человека, к естественной классификации психических расстройств, возможность распознать целостные субъективные переживания пациента и его собственные трактовки собственных переживаний; беспристрастный подход к диагностике.

Феноменология – метод превращения «субъективного» в объективные, научные данные. Если естественнонаучное описание – представление отдельных клинических признаков на основе теоретических и мировоззренческих установок врача-психиатра (МКБ), то феноменологическое описание психического статуса – представление всего спектра сущностных характеристик пациента.

К наиболее распространенным сущностным определениям понятия «психический феномен» относятся:

интерпсихические переживания, очищенные феноменологической редукцией от всяких характеристик, приписываемых им обыденным сознанием; явленные «чистому сознанию» смыслы предметов и явлений (Э. Гуссерль, 2009);

симптом изнутри, интрасубъективное переживание, которое «само по себе себя самому себе показывает» (М. Хайдеггер, 1997);

субъективные переживания, психические ассоциации к которым сводится опыт и вся психическая реальность (Ю. Беркли, 2000);

явление, постигаемое в чувственном опыте, объект чувственного содержания (в отличие от его сущностной основы – ноумена как предмета интеллектуального познания);

предмет возможного опыта в доступных нам формах чувственного содержания (И. Кант, 1994); все то, что может быть объектом научного рассмотрения; подлинно доступный для наблюдения внутренний осознанный опыт, несущий в себе все знания о предмете и рассматриваемый вне связи с физическим миром;

объект, конституированный трансцендентальным субъектом;
любое индивидуальное, целостное психическое переживание, в т.ч. переживание психического опыта.

Феноменологический подход – обеспечивает непосредственный доступ к изучению внутреннего мира, субъективного жизненного пространства личности, экзистенциальных, глубинных уровней психопатологии пациента, путем выявления и анализа психопатологических феноменов, отражающих подлинную психопатологическую реальность, это возможность увидеть внутренний мир пациента «глазами» пациента, понимание личностного смысла переживаний пациентом повышенной субъективной значимости психических (психопатологических) феноменов и вывод специалиста об их обоснованности, логичности и адекватности. Это единственная форма постижения субъективного мира пациента, способа его существования в этом мире, в т.ч. психотического способа существования, наиболее объективный метод отражения содержания и сущности бытия пациента, его субъективного психического состояния.

Феноменологический подход – это метод анализа и интерпретации субъективных переживаний (психических феноменов) при исследовании и восстановлении целостности личности больного, единственный способ исследования целостности личности, при котором стандартные формализованные процедуры не предусматриваются.

Процедура метода заключается в изучении системы самовосприятий пациента своего внутреннего психического мира, своих переживаний и интерпретация врачом их логического обоснования, поскольку без оценки субъективного смысла (например, бреда) невозможно говорить и генезе «ложной» убежденности, характерной для бреда. Без понимания субъективности переживаний человека нельзя сделать вывод об их обоснованности и логичности.

К принципам феноменологически ориентированного клинико-психопатологического исследования относятся принцип понимания, принцип воздержания от суждения, принцип беспристрастности и точности описания и принцип контекстуальности.

Принцип понимания предполагает анализ субъективного смысла переживаний, который пациент вкладывает в те или иные феномены, которые нам кажутся странными, ненормальными. Один и тот же внешний феномен после акта понимания может быть назван аутизмом либо интраверсией; амбивалентностью либо нерешительностью; резонерством или демагогией – основа для выводов об обоснованности и логичности переживаний.

Принцип воздержания от суждения предполагает, что необходимо абстрагироваться от синдромального мышления и не пытаться укладывать наблюдаемые феномены в нозологические рамки; вчувствование в переживания пациента с отвлечением от симптоматического мышления.

Принцип беспристрастности и точности описания клинического феномена – исключение любых личностных (присущих диагносту) субъективных интерпретаций высказываний пациента, избегание субъективной их переработки на основании собственного жизненного опыта, морально-нравственных установок и прочих оценочных категорий.

Принцип контекстуальности – описание психических феноменов в контексте времени и пространства (ситуации, вызвавшей этот феномен), он подразумевает, что феномен не существует изолированно, а является частью общего восприятия и понимания человеком окружающего мира и самого себя. Контекстуальность позволяет определить место, адекватность условиям и меру осознания пациентом того или иного психического феномена.

Методы феноменологического исследования включают:

Непосредственное созерцание – особая форма познания и самопознания – прямое, непосредственное (интуитивное) «схватывание» переживаний как таковых, в чистом виде. Феноменологическая интуиция (не отождествлять со стихийной интуицией) – детально разработанная техника, позволяющая в результате специальных тренингов добиться профессиональной интерсубъективности – методологическому контролю интуитивных процессов.

Феноменологическая редукция (эпохе) переживаний – очищение психической субъективности, сведение ее к состоянию «непосредственно данных» переживаний, раскрытие сущности внутреннего психического опыта, его очевидности.

Семантической основой феноменологического клинического исследования являются такие понятия как «непосредственно данное переживание» – подвергнувшееся феноменологической редукции переживание восприятия, очищенное слой за слоем от всех предвзятостей, являющееся как таковое, в виде чистого смысла; «доступное непосредственному пониманию» – непосредственной интуиции, очевидности, переживанию истины; «интуиция» – созерцание, форма внерационального познания сущности переживаний без размышлений, логических доказательств и обоснований.

Представленные особенности феноменологического клинического исследования существенно отличаются от клинико-психопатологического исследования больных с психическими расстройствами. Спектр этих различий характеризуется клинической значимостью понятий симптом/феномен (рис. 6), их содержательными характеристиками (табл. 1), а также уровнем познаваемости субъективного мира пациента (табл. 2).



Рис. 6. Клиническая значимость дихотомии «симптом-феномен»

Экзистенциальный подход (В. Франкл, Л. Бинсвангер, Д. Бьюдженталь, Р. Лэнг) – исходит из уникальности конкретной жизни человека, несводимой к общим схемам. Понятие «экзистенция» обозначает осознание внутреннего бытия человека в мире, подлинность человеческого существования. Объектом науки, по мнению экзистенциалистов, должен стать субъект, который выступает не как продукт социальных отношений или биологического развития, а как неповторимая личность, познание которой достигается только через интуитивное переживание. Основные предпосылки экзистенциального подхода были выражены одним из его основателей – американским психологом и психотерапевтом Дж. Бьюдженталь (1998).

Человек сознает себя (и не может быть понят психологией, не учитывающей его непрерывное, многоуровневое самосознание).

Человек как целостное существо превосходит сумму своих составляющих (иначе говоря, человек не может быть объяснен в результате научного изучения его частичных функций).

Человеческое бытие разворачивается в контексте человеческих отношений (иначе говоря, человек не может быть объяснен своими частичными функциями, в которых не принимается в расчет межличностный опыт).

Человек имеет выбор (человек не является пассивным наблюдателем процесса своего существования: он творит свой собственный опыт).

Человек интенционален (человек обращен в будущее; в его жизни есть цель, ценности и смысл).

Таблица 1 – Различия содержательных характеристик понятий «психопатологический симптом» и «психопатологический феномен»

СИМПТОМ	ФЕНОМЕН
1. Аналитический косвенный клинический признак – терминологический артефакт, не отражающий реальности болезненных переживаний.	1. Описательный фрагмент ПР на естественном, понятном пациенту (не симптоматическом) языке – изоморфный существу ПР конкретного пациента , содержанию его переживаний.
2. Индуктивный, универсальный , обобщенный, стандартный признак, не отражающий индивидуальных переживаний.	2. Уникальная индивидуальность.
3. Одномерность, однородность, неделимая единица, признак в составе целого.	3. Многомерность, макромир переживаний, целостность.
4. Многозначность интерпретации.	4. Предельно ясный, стремящийся к однозначному пониманию переживаний.
5. Предвзятость при выявлении.	5. Абсолютная беспристрастность.
6. Субъективно оцениваемый признак.	6. Объективное выражение целостных переживаний.

Таблица 2 – Познаваемость субъективного мира (интрапсихических переживаний) пациента с психическим расстройством

Уровень клинических симптомов-синдромов	Уровень интрапсихического феномена
1. Недоступность чувственного познания и получения объективных знаний о пациенте	Является объектом чувственного познания
2. Результат опосредованного изучения и интерпретации переживаемого психического состояния	Результат непосредственных и наглядных представлений о психической деятельности; вчувствование в состояние, переживаемое пациентом
3. Ориентация на психические процессы	Отражает структуру и функционирование ценностно-смысловой сферы личности
4. Искусственное умозрительное (виртуальное) отражение в виде символических обозначений	Отражает имманентное (неотъемлемое), подлинное содержание переживаний
5. Несоответствие с идентифицируемым переживанием пациента	Интенциональность содержания – соотносительность с реальными переживаниями
6. Принцип объяснения : фиксация врачом адекватности/неадекватности поведения пациента	Принцип понятности логики и субъективного смысла собственных переживаний пациентом
7. Полная зависимость выявленных симптомов от субъективных особенностей врача	Трактовка собственных субъективных переживаний пациентом с последующей оценкой ее логичности врачом
8. В клинко-психопатологическом методе для обозначения актуального психического состояния пациента используются и анализируются понятия (симптомы), отражающие зафиксированную врачом опосредованную знаковую виртуальную реальность.	В феноменологическом методе для обозначения подлинной субъективной психической реальности пациента используются и анализируются понятия, репродуцируемые самим пациентом.

На рис. 7 схематически показаны принципиальные различия познания психических переживаний самим пациентом и специалистом – врачом-психиатром.

В обобщенной форме основные утверждения экзистенциальной теории могут быть представлены следующим образом:

Главной психологической реальностью больного являются не психопатологические симптомы, а его собственные переживания.

Человек (как субъект) – не продукт социальных отношений или биологического развития, а неповторимая личность, познание которой достигается только через его индивидуальные переживания – экзистенции.

Экзистенция – осознание человеком его внутреннего бытия в мире, его сущности, подлинности (аутентичности) человеческого существования.

Уровень клинических симптомов-синдромов	Уровень интрапсихического феномена
1. Недоступность чувственного познания и получения объективных знаний о пациенте	Является объектом чувственного познания
2. Результат опосредованного изучения и интерпретации переживаемого психического состояния	Результат непосредственных и наглядных представлений о психической деятельности; вчувствование в состояние, переживаемое пациентом
3. Ориентация на психические процессы	Отражает структуру и функционирование ценностно-смысловой сферы личности
4. Искусственное умозрительное (виртуальное) отражение в виде символических обозначений	Отражает имманентное (неотъемлемое), подлинное содержание переживаний
5. Несоответствие с идентифицируемым переживанием пациента	Интенциональность содержания – соотносительность с реальными переживаниями
6. Принцип объяснения : фиксация врачом адекватности/неадекватности поведения пациента	Принцип понятности логики и субъективного смысла собственных переживаний пациентом
7. Полная зависимость выявленных симптомов от субъективных особенностей врача	Трактовка собственных субъективных переживаний пациентом с последующей оценкой ее логичности врачом
8. В клинко-психопатологическом методе для обозначения актуального психического состояния пациента используются и анализируются понятия (симптомы), отражающие зафиксированную врачом опосредованную знаковую виртуальную реальность.	В феноменологическом методе для обозначения подлинной субъективной психической реальности пациента используются и анализируются понятия, воспроизводимые самим пациентом.

Рис. 7. Диагностический (познавательный) ресурс субъективных пространств врача и пациента

Экзистенция («бытие в мире» – М. Хайдеггер; «трансцендирование» – Э. Гуссерль; «миропроект», «существование» (А. Бинсвангер,) – процесс, связанный со становлением и возможностью реализовать себя, стать личностью, быть самим собой. Главное – «смысл бытия» как проекция «внутреннего мира», его возможностей.

Типы экзистенциальных «миропроектов» (способов существования в мире):

аутентичное существование – ответственность человека за свою жизнь, право быть самим собой, реализация потенциала максимально созвучна своей самости;

неаутентичное существование – несвободное, зависимое существование с низким уровнем самореализации.

4. Уникальность жизни конкретного пациента (в т.ч. «жизни с болезнью») не сводима к общим схемам и стандартам и предполагает понимание и принятие субъективного мира пациента и позитивных аспектов его личности (основа реализации принципа «лечить больного, а не болезнь»). Предмет экзистенциального исследования – не объективный мир, а «бытие» (экзистенция); это особый подход к пониманию и изучению структуры человеческого существования и субъективных переживаний пациента. Это рассмотрение психических расстройств не с точки зрения ненормальности, а с точки зрения «новой» формы «миропроекта»: способа существования, смысла бытия, способа самопонимания пациента и выражения экзистенции.

5. Экзистенциальная возможность актуализируется и становится реальностью только через самоопределение субъекта по отношению к ней, осознанный выбор и принятие ответственности за ее реализацию.

6. Экзистенциальные проблемы (переживания) больного с психическим расстройством связаны с осознанием бессмысленности жизни (смыслоутратой), внутренней пустоты, отчуждения и потери (дезинтеграции) собственной идентичности.

Экзистенциальный анализ Л. Бинсвангера (феноменологический анализ субъективных психических феноменов) – подход к описанию возможностей и жизненных ориентиров пациента с позиции и в контексте его собственных потребностей, представлений и переживаний, относящихся к его реальному, целостному существованию, в т.ч. в условиях психотической реальности.

Феноменологический анализ включает:

а) проведение описательного феноменологического исследования путем: 1) вербализации пациентом своих переживаний; 2) наблюдения и 3) анализа самоотчетов;

б) исследование параметров пространственно-временных (темпоральных) характеристик;

в) выявление основной фабулы существования пациента в психической действительности (на основе данных пунктов а и б) или «новой» формы «миропроекта» больного.

Пример экзистенциально-аналитического исследования миропоекта. Мужчина 27 лет, находящийся на стационарном лечении в психиатрическом отделении с диагнозом: острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F 23.1), демонстрировал своим поведением страх, недоверие окружающим, социальную отгороженность. В беседе сообщал об опасности мира и объектов в нем, ощущение давления и нажима на него со стороны мира, видел особый смысл в окружающем и чувствовал враждебную настроенность во всем. Ощущал необходимость охранять себя от людей и вещей путем постоянного контроля реальности, подозрительности, соблюдения дистанции от всего, несущего в себе угрозу, ощущал запрет на сон из-за возможной потери контроля. Испытывал сильное внутреннее напряжение, позволяющее ему связывать воедино все части своего «Я», не давая ему распасться, и не позволять внешнему миру нарушать границы «Я». Находясь в пустом помещении, чувствовал себя немного спокойнее, если выдерживал расстояние между собой и предметами, но вторжение «невидимого» в его собственные границы не исключал. При приближении к нему людей испытывал беспокойство, замечал их стремление вторгнуться на его территорию и разрушить ее. В качестве защиты «напрягал все тело и мозг, мешая энергетическому вторжению».

Временной характеристикой данного «миропроекта» была «фиксированность» в одном отрезке, нарушение плавности течения времени, «рывки» времени. Пространственность характеризовалась уменьшением, сужением пространства вокруг пациента, наполненностью его людьми и предметами, теснотой, трудностью идентификации собственного пространства. Механически пациент чувствовал силу, нажим, давление извне. «Ключом» к «миропроекту» пациента являлась необходимость сохранения любой ценой должного баланса, упорядоченной структуры и гармоничности объектов в мире относительно границ самого пациента. Катастрофическим событием его психотической реальности была угроза нарушения границ его «Я», вторжения внутрь и потери связанности элементов «Я», что означало – смерть («небытие»). Основными способами защиты выступали: рационализация, контроль, физическое дистанцирование, социальная отгороженность, бессонница, внутреннее напряжение, страх. Бредовые идеи вмешательства, отношения сигнализировали о возможной опасности вторжения в собственные границы.

Гуманистический подход (А. Маслоу, К. Роджерс, Д.А. Леонтьев) – применительно к личности категория возможного (то, что может быть, хотя и не обязательно быть) раскрывается в понятии личностного потенциала или самодетерминации личности (механизм превращения возможного в действительное). Основа гуманистического подхода – целостный человек в его высших, специфических для человека, проявлениях. Человек обладает потенциалом к непрерывному развитию и самореализации, которые являются частью его природы и присущи только человеку. Он обладает определенной степенью свободы от внешней детерминации, благодаря смыслам и ценностям, которыми он руководствуется в своем выборе.



Маслоу Абрахам Харольд
(1908-1970 гг.).

Американский психолог,
основатель гуманистической
психологии

*Лучший способ понять другое
человеческое существо – это
проникновение в его мировоззрение
и умение увидеть его мир его же
глазами.*

*Ярлык можно приклеить за пару
секунд и всю оставшуюся жизнь
ошибаться, глядя на него.*

Человек – субъект (личность) в мире неопределенностей, в пространстве собственных возможностей произвольного воздействия на причинно-следственные закономерности, влияющие на его жизнедеятельность. Человек свободен сам выбирать, как осмыслить свои действия, как понимать себя, представлять свою жизнь, ощущать свое бытие в мире.

Каждый человек (как уникальная целостная личность) содержит в себе потенциал выздоровления. При наличии определенных условий, человек может самостоятельно и в полной мере реализовать этот свой потенциал. Психическое расстройство в рамках этого подхода отождествляется с психологическими явлениями и дисфункцией личности; причина психического расстройства заключается во взаимоотношениях индивида (личности) с социумом.

Гуманистический подход – подход гибкий, недетерминированный внешними обстоятельствами, лишенный жесткой определенности, допускающий произвольность, не имеющий точных, определений и четких процедур научной верификации. К основным концепциям гуманистической психологии относятся:

Концепция зрелой личности (Г. Олпорт).

Концепция самоактуализирующейся личности (А. Маслоу).

Концепция полноценно функционирующей личности (К. Роджерс).

Концепция здоровой личности (С. Джурард).

Концепция позитивного личностного здоровья (М. Jahonda).

Концепция психологического благополучия (С. Ryff).

В табл. 3 показана сравнительная характеристика естественнонаучного и ценностно-гуманистического подходов в психиатрии.

Онтологический подход – рассмотрение психиатрии как пространства философской рефлексии: изучение психического опыта больного человека, сущности и содержания психической реальности. Преломление методологии психиатрии через философско-онтологическую систему представлений о человеке (пациенте) как субъекте бытия и самореализации. Рассмотрение больного с психическим расстройством с позиций нарушения функционирования личности как позитивного процесса, описываемого через понятия самореализации, самоактуализации, полноценной жизни, аутентичности и стремления к смыслу. Использование личностно-ориентированной терапии, направленной на восстановление онтологического статуса (личностно-субъективное восстановление) и функциональности личности.

К общим положениям холистических подходов в психологии и психиатрии относятся:

Все холистические (лично-ориентированные, экзистенциально-гуманистические) подходы рассматриваются в рамках концепции «позитивного психического здоровья».

Предназначение человека, в т.ч. пациента – жить, действовать и самому определять свою судьбу. Главной психологической реальностью являются переживания человека.

Целостное изучение человека предполагает определять психическое здоровье как совокупность динамических феноменов, характеризующих целостную личность, ее активность и возможность личностного роста.

Уникальность жизни конкретного человека, неповторимость его личностных особенностей ориентируют на приоритетность субъективно-личностных измерений психического здоровья, исключая унифицированные схемы и стандарты.

Личностно-ориентировочные стратегии психиатрической помощи должны рассматриваться не только как смыслообразующие и системообразующие категории, но и как главный критерий восстановления психического, душевного и социального благополучия пациента.

Позитивные (сильные) стороны личности (ПСЛ) способны выполнять профилактическую, иммунную «буферную» функцию, снижая риск возникновения заболеваний и других нарушений адаптации (М.Е.Р. Seligman, 2000).

Недостаточность ПСЛ (ресурсов личности) создает ситуацию уязвимости нормальному функционированию.

Путь к восстановлению, выздоровлению и предупреждению негативных последствий лежит не столько в купировании симптомов, сколько в усилении позитивных характеристик личности (S. Ryff, 1998).

9. Холистические подходы раскрывают качественное своеобразие индивидуальности (высшего уровня интеграции) внутреннего субъективного мира личности; используют методы экзистенциально-феноменологического и комплексного психодиагностического исследования, обеспечивающие целостное представление о личности пациента и ее ресурсных возможностях.

Таким образом, если в рамках естественнонаучного направления объектом психиатрии является человек как биологический объект, то с точки зрения холистических направлений объектом психиатрии выступает человек как субъект психической реальности и психопатологического опыта. Основные методологические различия этих подходов, распространяющихся на все теоретико-практические аспекты психиатрии, показаны на рис. 8.

Личностно-ориентированный подход к пониманию психиатрических проблем – это не просто проявление гуманизма по отношению к пациентам. Личностно-ориентированный подход – это:

взгляд на психику и ее нарушения с точки зрения ее сущности, ценностно-смыслового содержания и экзистенциальной наполненности;

концептуально, понятийно и методологически иное восприятие пациента – замена объектных отношений на субъектные;

отход от приоритетности малоинформативных клинических представлений на системное рассмотрение пациента с точки зрения его индивидуальных функциональных возможностей;

способ «расчеловечивания» психиатрии и реализации принципа «лечить больного, а не болезнь»;

способ организации и выражения объективных научных знаний в области психиатрии;

способ ассимиляции результатов теоретических и эмпирических исследований великих мыслителей (психологов, философов, психопатологов), заглянувших в глубины человеческого сознания и бытия.

Гуманитарный подход, отождествляющий психическое расстройство с психологическими явлениями и дисфункцией личности и рассматривающий причину болезни в области

взаимоотношений индивида (личности) с социумом, не дает оснований утверждать о его ненаучности, несмотря на то, что доказательный потенциал у этого подхода выше, чем у физиологических теорий. Это, прежде всего, связано с непосредственным использованием в структуре гуманитарного подхода различных психологических, в т.ч. личностно-ориентированных лечебно-диагностических методов. В то же время, психология, как известно, является наукой, располагающей собственной методологией и методическим инструментарием. Поэтому, если теоретически выделять критерий научности психиатрии как ведущий, то ее приоритетным направлением является гуманитарно-психологическое или личностно-ориентированное.

Из этого следует, что объект психиатрии – не организм (объективная реальность), а психика, внутренний субъективный мир человека (субъективная реальность), собственно человеческое измерение. Поэтому, психиатрия – это сфера научно-практической деятельности, которая осуществляется на основе не только общемедицинских, но и психологических знаний.



Рис. 8. Методологические различия естественнонаучного и холистических направлений в психиатрии

Психиатрия и психология при этом рассматриваются как взаимопроникающие и взаимосвязанные дисциплины или сферы деятельности. Они имеют общий предмет исследования – психика человека и общие направления изучения психической деятельности – естественнонаучное и гуманитарное (личностно-ориентированное). Объект познания в психиатрии – это, прежде всего, человек как уникальная, неповторимая саморегулируемая личность, как социально обусловленная структура человека, его социальная сущность, а не как биологический организм. При этом социальное само по себе, не делает человека личностью, не бывает бестелесной, абстрактной личности – личность связана со своим биологическим началом. Однако, роль биологического начала – это роль «носителя» сформировавшихся в онтогенезе т.н. функциональных органов психики.

Предмет психиатрии – психическое здоровье, нарушения внутреннего мира человека, субъективного психологического пространства личности, субъективной психической реальности, имеющих социальную обусловленность. Поэтому предмет психиатрии, ее целеполагание и методология выходят за рамки медицинских знаний (естественнонаучных подходов) и представляют собой в значительной степени системное социально-онтологическое, гуманитарное

направление, ориентированное не на патологию организма, а на различные формы дисфункции субъективного жизненного пространства или внутреннего мира пациента.

3. Эkleктическое направление (смещение, соединение разнородных взглядов, идей, направлений) – является наиболее распространенным в мировой психиатрии. Как методологический подход считается неизбежным в начальный период формирования новой научной дисциплины и ее теории, когда еще невозможен синтез разрозненных фактов, гипотез и представлений в единую систему. Эkleктическое направление является удобным и комфортным для решения практических вопросов, связанных с оказанием психиатрической помощи.

К основным характеристикам эkleктического направления относятся:

Неимоверная сложность познания объекта и предмета психиатрии.

Существование многочисленных научных школ, придерживающихся различных взглядов.

Многообразие и противоречивость представлений о сущности психических расстройств, фрагментарность и неоднозначность знаний в этой области.

Отсутствие и принципиальная невозможность целостных (системных) представлений о механизмах психической деятельности и этиопатогенезе психических расстройств.

Диктуемая практикой необходимость интеграционных моделей психиатрической помощи.

Атеоретичность диагностических, классификационных и патогенетических подходов, не имеющих доказательной базы.

Произвольное механическое соединение разнородных и противоречивых взглядов, принципов, теорий и точек зрения различных научных школ.

На наш взгляд, причина многообразия существующих в психиатрии парадигм заключается в различиях мировоззренческих дискурсов во взглядах на природу психического и вытекающих из этого представлений о сущности психических расстройств. С этой точки зрения, все парадигмы в психиатрии можно обобщить в виде трех дискурсов: естественнонаучного, гуманитарного и феноменологически-антропологического.

Естественнонаучный дискурс (естественнонаучная картина мира) представляет психику как результат непосредственного отражения объективной действительности высокоорганизованной материей – головным мозгом. Как материальный объект, головной мозг со всеми его физическими процессами проявляется в нашем сознании в виде совокупности различных психических феноменов (ощущений, образов, представлений, реализующихся во вне в речи, эмоциях, действиях и других психических процессах. Мозг – это одухотворенная природа, объективная реальность, обеспечивающая проявления всей психической жизни. Психика – проявление объективной реальности, обеспечивающей проявление психической жизни.

Гуманитарный, личностно-ориентированный дискурс рассматривает психику человека как многоуровневую систему или совокупность позитивных свойств личности, обеспечивающих способность саморегулирования своего поведения и реализации личностного потенциала (определение соответствует критериям психического здоровья ВОЗ).

Антропологически-феноменологический (герменевтический) дискурс представляет психику как внутренние, интрапсихические переживания – феномены, психическое само по себе, не являющееся результатом непосредственного отражения действительности. Совокупность таких феноменов структурируют внутренний мир человека, субъективное жизненное пространство личности, ее субъективную реальность.

Глава 4. Объект и предмет в психиатрии: объективная или субъективная реальность

*... такие идеи, как абсолютная определенность,
абсолютная точность... являются признаками,
которые должны быть изгнаны из науки.*

М. Планк

*Психиатрия сегодня остается единственной
медицинской дисциплиной с настойчивым
интересом к пациенту как к личности,
особенно в эпоху растущих и доминирующих
медицинских подспециальностей, изучающих
лишь отдельные параметры человеческого тела.*

Л. Айзенберг – детский психиатр (Израиль)

История психиатрии – это путь от безумия, связанного с одержимостью, демонами и бесами и «лечением» магией и заклинаниями, изгнанием и воспитанием, дисциплинарными практиками и физическими воздействиями, до психических расстройств, связанных с дисбалансом нейротрансмиттеров и шоково-химической терапией.

Является ли современная психиатрия легитимной областью медицинского профессионального дискурса или это сфера гуманитарных наук. К сожалению, несмотря на длительный период накопления знаний, психиатрия так и не смогла стать видом человеческой деятельности, направленным на сбор научных фактов, их систематизацию и критический анализ.

Для современной психиатрии по-прежнему актуальными являются суждения, высказанные известными психиатрами 100 и более лет назад, традиционный подход к диагностике, описательные классификации психических расстройств, биологические методы лечения. Между тем, психиатрические диагнозы не дают ничего важного в смысле диагностики, симптоматики или лечения. Практически единым продолжает оставаться мнение об отсутствии фундаментального принципа, на основании которого было бы возможно создать единую классификацию психических расстройств.

Еще Е. Блейлер подчеркивал, что «термины, вроде острого галлюцинаторного помешательства, острой паранойи, психического помешательства, меланхолии, мании... сами по себе не обозначают «болезни». Тот или иной деятель исключительно на основании своего мнения создал не только названия, но и целые идеи, в зависимости от того, какой из симптомов показался ему более важным... Мне бы пришлось потратить слишком много времени для того, чтобы выразить все нелицеприятное, что следует сказать о таких идеях... Симптом, независимо от того, является он психическим или физическим, не является болезнью, равно как не является таковой и целый комплекс симптомов» (E. Bleuler. *Dementia Praecox of the Group Schizophrenias*. New York: International University Press. 1911, 1950; 272-273).

Проблемы психиатрии в историческом аспекте и с позиции доминирующих концептуальных научных взглядов рассматривались в рамках сверхъестественных, медицинских (медико-биологических), психологических, гуманитарных и других дискурсов. В то же время психиатрия не выработала единых взглядов на сущность этих проблем, в частности, в контексте отнесения их к проблемам человекознания. Современная психиатрия и общество в целом, как и 200 лет назад оказались не готовы к реализации гуманитарных проектов. Но и материали-

стическое понимание человека «впустив» психиатрию в дискурсивную область медицины, не смогло снабдить ее инструментами понимания субъективного мира пациента.

Модель классического медицинского дискурса психиатрии исторически со середины XX века формировалась на базе позитивистских представлений о том, что душа – это лишь марионетка мозга и все проявления безумия (психического расстройства) имеют под собой физическое объяснение. А то, что считается болезнью души, оказывается вне компетенции медицины. В дальнейшем возможности клинической психиатрии укреплялись по мере ее сближения с материалистическими концепциями возникновения душевных расстройств, накоплением опыта и попытками его систематизации. Однако процесс качественной систематизации психиатрических знаний оказался невозможен из-за методологических нестыковок при решении духовно-телесной проблемы, отсутствия возможности рационального объяснения психических явлений с позиции принципов научного познания, отсутствия общепринятых представлений об объекте психиатрии. В частности, если медицина постоянно обогащается эмпирическими данными на основе многочисленных методов визуализации (объективного исследования) процессов, происходящих в организме, то это никак не стимулирует развитие клинической психиатрии, которая лишена возможности визуализации психических явлений. Это позволяет рассматривать накопление классической психиатрией специальных знаний как эзотерический или иррациональный процесс, недоступный систематизации и логическому обоснованию.

С другой стороны, естественнонаучный, рациональный подход в психиатрии с его субъектно-объектными отношениями дистанцируется от оценки субъективных переживаний пациента, его страданий, личностных дисфункций, сопереживаний и эмпатии, и в целом от жизни пациента с болезнью. Тело и душа в этом случае должны иметь различную природу, а, следовательно, различные болезни и различные способы их лечения. Однако это противоречит принципу психофизического единства человека.

Материальный субстрат психических расстройств также остался за пределами научных теорий психиатрии и нейронаук. Из-за этого базисная гносеологическая установка в психиатрии сводится не к поиску и установлению научных фактов, а к бездоказательным формулам «принято считать», «всеобщее одобрение», «договорились о приемлемой основе» и т.д. Так, в клинической психиатрии принято считать, что бред – это нарушение мышления, что в основе психических расстройств лежат нарушения нейромедиаторного баланса, что психиатрия – это наука, что психофармакологические средства – это лекарственные средства, что психопатологические симптомы – это клинические факты, а МКБ-10 – адекватная клиническая систематика психических расстройств. Ко всему, чем располагает психиатрия, применим ярлык «принято считать», а не научно обоснованные критерии и доказательства.

О том, что формула «принято считать», не опирающаяся на научные знания, является нежизнеспособной, свидетельствует отсутствие в психиатрии общепринятого представления об объекте (конкретной сферы реального мира) и предмете (аспект рассмотрения) познания. Так, в официальной, естественнонаучной психиатрии объектом является психика как продукт деятельности высокоорганизованной материи – головного мозга: предмет исследования – психические расстройства, обусловленные нарушением нейромедиаторного метаболизма. В гуманитарно-ориентированной психиатрии объект познания – личность как совокупность ее позитивных качеств, а предмет исследования – дисфункциональные состояния личности. В психиатрии, как одной из наук о человеке, объектом познания является человек как конкретная сфера реального мира, а предмет исследования – психические расстройства как многослойная система знаний, охватывающая всю его жизнедеятельность, жизненный опыт, его бытие-в-мире. Антропологическая психиатрия рассматривает пациента как целостную систему, состоящую из единой био-душевно-духовной субстанции. Из этого следует искусственность различения здоровья человека на физическое и психическое (психологическое) как

самостоятельные субстанции. Если признать возможность такого разграничения, тогда психическое здоровье не должно иметь физической основы, а его нарушения не входят в компетенцию медицины.

4.1. Предмет психиатрии – альтернативные представления

Психиатрия как одна из наук о человеке непосредственно связана с существующими представлениями о том, что такое человек и с тем, является ли предметом психиатрии объективная (биологическая) или субъективная реальность:

Представлениями о человеке как о биологическом объекте, организме, объективно существующей реальности (головной мозг), ограниченной пространством и временем.

Представлениями о человеке как о субъекте своего внутреннего мира, субъективной реальности, невидимой, идеальной и бесконечной, данной ему в его психических явлениях, переживаниях и т.д.

Именно эти представления ложатся в основу формирования различных психиатрических парадигм, моделей и традиций, и исследовательских проектов и находят воплощение в мировоззренческих подходах в психиатрии, и органично соотносятся с уровнями психического здоровья (рис. 9).



Рис. 9. Взаимосвязь представлений о человеке с уровнями психического здоровья (по Б.С. Братусь) и мировоззренческими подходами в психиатрии

Эти представления, а, следовательно, и сущность психиатрии рассматриваются в рамках трех традиций (рис. 10):

Естественнонаучной (субчеловеческой).

Гуманитарно-экзистенциальной (личностно-ориентированной).

Интегративной (собственно человеческой).

Естественнонаучная традиция психиатрии реализуется в виде медицинской (медико-биологической) модели.

Гуманитарная традиция реализуется в виде экзистенциально-феноменологической модели.

Интегративная традиция реализуется в виде антропологической (био-духовно-душевно-социальной) модели или концепции бытия-в-мире.

Естественнонаучная (классическая, официальная) традиция:

Психиатрия рассматривается как биологическая, субчеловеческая дисциплина, реализуемая в рамках медицинской модели.

Проблемное поле – общие «объективные» закономерности психических расстройств.

Представление пациента как о биологическом объекте – однозначно каузальном и четко измеряемом.

Представление о психическом расстройстве как о психофизической дисфункции и совокупности симптомов.

Использование универсальных закономерностей естествознания, естественнонаучной методологии медицины для решения всех психиатрических проблем.

Использование понятий душа, личность, сознание, мышление и др., не являющихся феноменами естествознания, не имеющих с ним ничего общего.

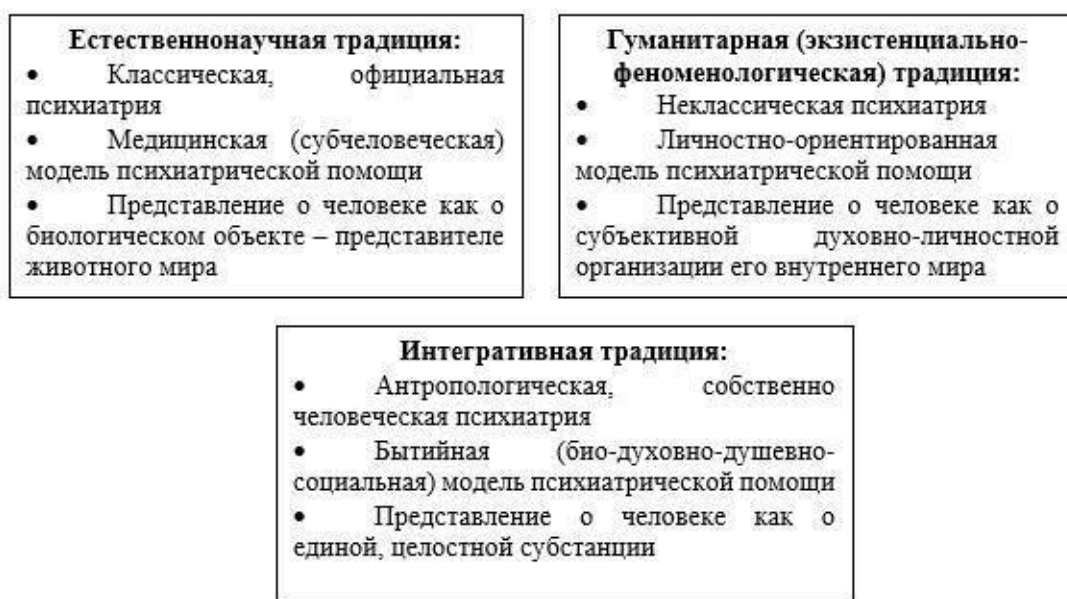


Рис. 10. Мировоззренческие традиции психиатрии

Неклассическая, экзистенциально-феноменологическая традиция:

Психиатрия рассматривается как личностно-ориентированная дисциплина, реализуемая в рамках гуманитарной модели.

Проблемное поле психиатрии – индивидуальные, специфические особенности неповторимого опыта целостной жизни пациента как субъекта.

Представление о пациенте с позиции его субъективного внутреннего мира как о субъекте нарушений собственного психического опыта.

Представление о психическом расстройстве не как о совокупности симптомов и синдромов (клинических характеристик болезни), а как об индивидуальном опыте подлинных болезненных переживаний, а также опыте переживаний «жизни с болезнью» и «жизни в болезни».

Использование онтологической методологии, в частности, экзистенциального анализа.

Интегративно-антропологическая традиция:

Психиатрия рассматривается как собственно человеческая дисциплина, реализуемая в рамках индивидуальной целостности человеческого бытия (бытийной модели).

Проблемное поле психиатрии – прямое (непосредственное) обращение к человеку, к его переживаниям, к человеку в его непосредственной данности, к самому человеческому в человеке – ценностно-смысловой сфере личности, к личностному потенциалу в целом.

Представление о пациенте с позиции целостного человека, бытийных возможностей конкретного пациента, его «бытия-в-мире».

Представление о психическом расстройстве как о нарушении био-духовно-душевно-социальной целостности и единства человека, индивидуального онтологического опыта деструкции человеческого бытия («скачки» и «метания» по Бинсвангеру).

Ниже приводятся гипотетические основания классической (рис. 11), неклассической (рис. 12) и постнеклассической (рис. 13) моделей психиатрии.

Психиатрия – это одна из наук о человеке, поэтому, рассматривая сущность психиатрических традиций, следует отметить, что их принципиальное различие заключается в понимании всей психиатрической проблематики и психически больного или с позиций представления о человеке как о биологическом объекте, или с позиции его субъективности как исходного начала бытия человека и обозначения его внутреннего мира.



Рис. 11. Гипотетические основания (исследовательские ориентации) классической, медицинской модели психиатрии



Рис. 12. Гипотетические основания (исследовательские ориентации) неклассической, гуманитарной модели психиатрии

Человек состоит из телесной организации (собственного тела) и психической (душевно-духовной) организации.

Телесная (физическая) организация – это организм человека, объективно существующая реальность, ограниченная пространством и временем. Человек – биологический объект.

Психическая (душевная, духовная) организация – субъективная реальность, внутренний мир человека – невидимый, идеальный и бесконечный, данный человеку в его психических явлениях, переживаниях и т.д.

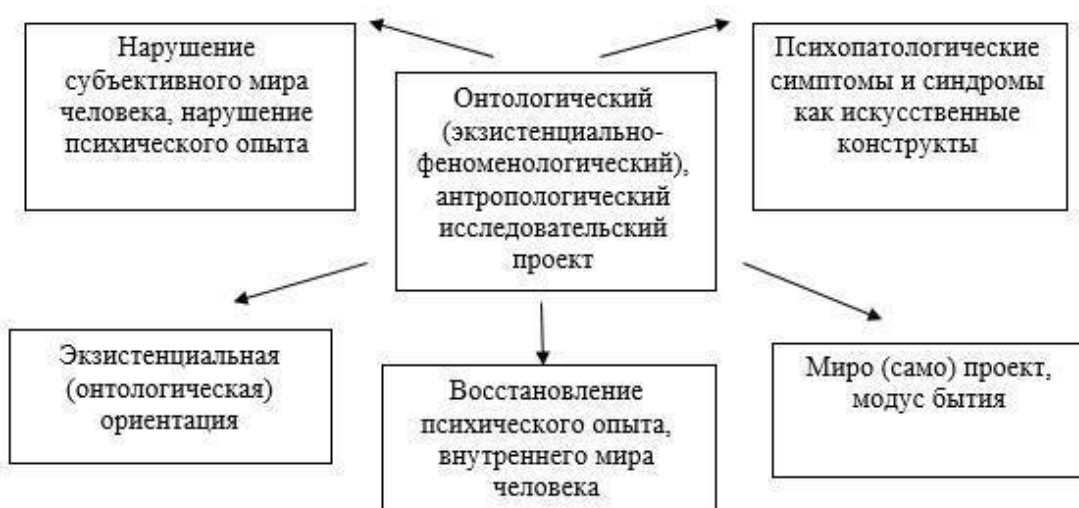


Рис. 13. Гипотетические основания (исследовательские ориентации) бытийной (антропологической) модели психиатрии

Говоря о горизонтах бытийных возможностей человека, то, несмотря на радикальные различия этих разнородных субстанций, принято считать, что между телесными (физиологическими) процессами и субъективным внутренним миром человека имеются определенные взаимосвязи и взаимодействие, и человек воспринимается как целое. Однако существующее

в медицине разделение на соматическую медицину и психиатрию предполагает, что предмет исследования и понимание сущности пациента у них разные. При этом могут возникать такие, например, вопросы: «Психиатрия – это наука о психическом (субъективной субстанции) и ее нарушениях или это наука о заболеваниях мозга (объективной реальности)?» «Пациент в психиатрии – это объект или субъект познания?»

В медицине пациент всегда рассматривался с точки зрения его телесной организации, патологии органов систем организма, как объективная реальность, т.е. биологический объект.

Что касается психиатрии, то существует мнение, что она по определению не может быть наукой о заболеваниях головного мозга, учитывая недоказанность биологических основ психических расстройств и использование небιологического арсенала понятий в раскрытии их сущности и профессиональном общении.



Пациент в таком случае не должен восприниматься как биологический объект и как объект познания в целом, а представлять собой субъекта своих собственных психологических проблем.

И все же, сегодня мировая психиатрия официально считается наукой медико-биологической, естественнонаучной, но использующей небιологическую, а психолого-гуманитарную терминологию и методологию, и надеющейся на то, что биологические механизмы психической жизни человека, возможно, когда-то будут открыты.

Несмотря на такой неопределенный и двойственный статус психиатрии как научной дисциплины, она в самом начале своего существования приобрела и сохраняет за собой до сих пор статус естественнонаучной дисциплины и была отнесена к медико-биологическим наукам, предметом которых является организм человека как объективная реальность. И все аспекты психиатрии, ее методология были непосредственно связаны с организмом человека как биологическим объектом. Другими словами, психиатрия с ее гуманитарными, духовно-душевными, личностно- и социально-ориентированными аспектами избрала для себя парадигму, в которой человек выступает в качестве объекта – представителя животного мира. При этом субъективный мир человека, его самосознание и вся его человеческая самобытность остается за пределами профессионального познания врача-психиатра. Сложилась такая ситуация, когда такие понятия, как психические явления, личность, субъектность, жизненные смыслы и т.п., изучаются в совершенно не свойственном им ракурсе и методологии исследования. Когда субъективный мир человека изучается методами естественных наук – это нонсенс.

Все, что исследуется медициной (органы и системы организма) – это объекты – то, что реально и объективно существует, то, что можно непосредственно, с помощью органов чувств наблюдать извне. Но объект – это не «Я», не личность, не индивидуальность. Это нечто, лишенное духовных и личностных качеств. Человек – как объект представитель животного мира.

Все, что связано с психиатрией – это субъективный мир, мир невидимых переживаний, непосредственно не воспринимаемый и непознаваемый мир. Человек в этом мире – это носи-

тель ценностно-смысловых, собственно и наиболее человеческих качеств. Это субъект-активное самосознающее начало душевной жизни человека. Субъект – это «Я», смысл жизни, личностный потенциал человека.

Так что является предметом изучения в психиатрии: объективная реальность (головной мозг), тогда пациент является объектом или субъективный внутренний мир человека, его психический опыт, и тогда пациент имеет статус субъекта?

Ответы на эти вопросы принципиально важны, т.к. они ложатся в основу стратегии и тактики лечебно-диагностического процесса и всей психиатрической парадигмы. В частности, если психика – объект познания, то она доступна внешнему изучению (например, клинико-психопатологическим методом) или иначе – если мы считали, что психику можно изучать извне, т.е. объективно, значит психика объект познания. А если психика – субъект познания то она может быть познана только субъектом, т.е. носителем этой психики изнутри (интроспективные методы, интуиция и др.).

Официально установленная принадлежность психиатрии к естественным наукам, медико-биологическим наукам заставляет признать человека с психическим расстройством биологическим объектом, лишенным собственно человеческих, духовно-душевных, личностных качеств.

При этом содержание этого объекта остается субъективным и, следовательно, недоступным непосредственному, объективному наблюдению извне. Пациент в этом случае идентифицируется в «совокупность симптомов и синдромов» и превращается в объект психиатрического вмешательства и пассивного получателя биологического лечения. На этой основе функционирует так называемая медицинская модель психиатрии. К ее общим особенностям можно отнести: 1) понимание психически больного человека подобно объекту естественных наук; 2) классификационную симптоматически-синдромальную структуру психиатрии, скрывающую действительные проявления человека за набором ярлыков; 3) разделенность психики/сознания и тела, субъективного и объективного, внутреннего и внешнего, препятствующая целостному пониманию человека; 4) преимущественное использование в исследовании психически больного человека методов естественных наук, вне их «антропологической» корректировки.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.