
ИСТОРИЯ И ПСИХОПАТОЛОГИЯ

Е. С. МОЛЧАНОВА, И. В. ДОБРЯКОВ

ИДЕОЛОГИЧЕСКИЙ КРИЗИС В ПСИХИАТРИИ: ПСИХОПАТОЛОГИЯ КАК АДАПТАЦИЯ И КАК ЭВОЛЮЦИОННЫЙ РЕГРЕСС

Сопоставление различных подходов к вопросу о происхождении и содержании психопатологической симптоматики приводит авторов к заключению, что психическое расстройство может рассматриваться либо как результат эволюционной регрессии, либо как порождение и необходимая предпосылка упорядоченной социальной системы. По мнению авторов, будучи индивидуальной дисфункцией, психические расстройства служат вместе с тем условием глобальной эволюции и адаптации вида.

...И снизу лед, и сверху... маюсь между –
пробить ли верх иль пробуравить низ?

Владимир Высоцкий

My aim ... is to raise the question
"Is there such a thing as mental illness?"
And to argue that there is not.

Thomas S. Szasz

Когда умный человек выражает совершенно абсурдный, с нашей точки зрения, взгляд, мы не должны пытаться доказывать, что этот взгляд, тем не менее, является правильным, но нам следует понять, каким образом этот взгляд кому-то мог казаться правильным.

Бертран Рассел

В книге, ставшей классикой антипсихиатрического движения, профессор Т. Саз последовательно и весьма логично развенчивает психопатологические мифы, утверждая, что «такой вещи, как психическое заболевание, не существует». «Это, – добавляет он, – всего лишь некая метафора, удобная для общества и помогающая опосредованно, через специалистов в области душевного здоровья, манипулировать поведением людей» (Szasz 2002).

Историческая психология и социология истории 1/2008 158–168

Термин «антипсихиатрия» был предложен Д. Купером, считавшим, что психиатрия – это не клиническая дисциплина, но созданная государством система репрессивного воздействия на личность. Возникновение антипсихиатрического направления в 60-х годах прошлого века явилось следствием популярных в то время леворадикальных молодежных движений, которые сопровождалась массовой выпиской пациентов из психиатрических больниц в Англии и США. Стабильность антипсихиатрического движения, вопреки новым открытиям в области биологической психиатрии, можно объяснить вялотекущим идеологическим конфликтом между различными теоретическими и исследовательскими подходами, существующими внутри профессионального коммуникативного пространства, язык которого, строго говоря, должен быть единым и определяться рамками современных классификационных систем. Интересно, что шокирующий профессионалов вызов Саса и его последователей одержал своего рода победу, продемонстрированную фактом изменения столь привычной для специалистов терминологии в Международной Классификации Болезней десятого пересмотра (МКБ-10). В рамках МКБ-10 действительно не существует «такой вещи, как психическое заболевание», но есть некая совокупность «расстройств», которые проявляются четкими диагностическими критериями, прописанными в этой редакции «психиатрической Библии».

Вопросы, на которые мы попытаемся ответить в данной работе, далеки от обсуждения семантического поля концепций «болезни» и «психического здоровья». Являясь психиатрами со сложившейся системой профессиональных убеждений, мы, пользуясь терминологией Саса, «верим» в существование психопатологии, так как ежедневно сталкиваемся с проявлениями и порой трагичными последствиями такой «вещи, которой не существует». Гораздо более интригующими нам представляются анализ эпистемологических причин идеологического кризиса и попытка обозначить фундаментальную для современной психиатрии концепцию «расстройства», используя для этого полярные психопатологические парадигмы.

Социокультуральная психопатология

Область психиатрии, рассматривающая влияние социума и культуры на особенности клинической картины, течения и лечения психических расстройств, может быть обозначена как социокультуральная психиатрия, а изучение самих признаков расстройства –

как социокультуральная психопатология. Оставим пока в стороне рассуждения о возможности соединения терминов «социум» и «культура» в единое целое: данное интегративное понятие существует, активно используется в специальной литературе и исследованиях и не вызывает существенных возражений у специалистов в области психического здоровья.

Как переживания пациента, так и внешние, поведенческие проявления болезни всегда несут на себе отпечаток существующей в данной культуре системы взглядов. Исторические периоды, социальное время, уровень развития информационных технологий не только добавляют свои уникальные оттенки к палитре клинической картины, но и сами становятся частью симптомокомплекса. Добавим, что особенности когнитивных схем, в том числе и многочисленных саморепрезентаций, во многом являются результатом разделенных верований, обычаев, традиций, ритуалов, структуры социальной иерархии и многих других характеристик общественного развития. Еще К. Ясперс (Jaspers 1913) указывал на склонность швабов к «конституционным расстройством, более выраженную предрасположенность к меланхолии у германцев, чем у славян и романских народов», на сравнительно низкие показатели заболеваемости эпилепсией и высокие – маниакально-депрессивным психозом у евреев.

Технический прогресс добавляет свои особенности к содержанию психопатологических признаков. Так, до эры сотовых телефонов поведение оживленно разговаривающего с самим собой на многолюдной улице человека с большой вероятностью расценивалось бы как проявление вербальных галлюцинаций, а пациентам с шизофренией и в голову бы не пришло прикладывать к уху расческу или кулак для коммуникации с невидимым собеседником.

Слежка со стороны Комитета государственной безопасности, гипнотическое влияние А. Чумака и А. Кашпиrowsкого, угрозы инопланетного вторжения, открытие третьего глаза и другие сценарии становились и становятся существенной частью бредовых фабул, отражая основные страхи и желания пациентов, живущих в рамках определенного времени и информационного пространства. Жалобы на «энергетических вампиров», «наведение порчи», «сглаз», «венец безбрачия» могут как отражать «нормальные» суеверия, так и быть признаками болезненно-измененного мышления.

Приведем характерный пример. Во времена телевизионных сеансов Кашпиrowsкого ни одного дежурства в приемном покое психиатрической больницы не проходило без поступления пациентов с жалобами на его воздействие. Один из них – студент кон-

серватории – поступил с признаками белой горячки, клиническая картина которой показалась довольно странной. Впоследствии выяснилось, что, проштудировав учебник психиатрии, музыкант симулировал описанную симптоматику, так как во время одного из сеансов Кашпировского «понял», что тот вербует его в сотрудники КГБ. Чтобы не стать агентом, студент принял решение дискредитировать себя в глазах Кашпировского, «притворившись алкоголиком».

Критерии «нормы – патологии» также во многом определены влиянием культуры. Разговаривающий с духами предков россиянин наверняка вызовет удивление и беспокойство у своих родственников и соседей, в то время как традиционный киргиз, делающий то же самое, будет пользоваться уважением и почетом среди своих односельчан.

Культурно-специфические синдромы (*culture-specific, culture-bounded*) или «этнические психозы», не укладывающиеся в рамки официально принятых диагностических систем, являются, казалось бы, неоспоримым доказательством того, что социокультуральная принадлежность может быть определяющим фактором клинической картины. Впечатляющий, но, вероятно, далеко не полный глоссарий этнических психозов приводят Р. Симонс и Ч. Хагс (Simons, Hughes 1993). Авторы не забыли включить в свой перечень ряд специфических синдромов жителей бывшего Советского Союза, например, «икоту» (или «икотку»), определенную как «заболевание сибирских аборигенов, склонных к чрезмерной внушаемости и тревожности, проявляющееся диссоциативным эпизодом и последующей амнезией». Рискнем предположить, что клиническая картина этнического психоза отражает либо бытующие представления о том, как должен вести себя «классический» психически больной¹, либо наиболее значимые для представителя данной культуры страхи (*коро – коро*²) и мифы.

Если в качестве рабочей гипотезы принять положение о доминирующем влиянии социокультуральных факторов на возникновение и симптоматику психического расстройства, то вполне логично предположить, что каждый социальный период и каждая культура будут не только порождать свои специфические особенности известных

¹ Ср. широко известный по одноименному рассказу Стефана Цвейга *амок (atok)* – неконтролируемое стремление к насилию и жестокости в состоянии измененного сознания у малазийцев и жителей Индонезии.

² Внезапно возникающая тревога по поводу возможности западения полового члена (у мужчин) или грудных желез (у женщин).

синдромов, но и провоцировать возникновение новой психопатологии, типичной именно для данного времени. Эта гипотеза эмпирически подтверждается появлением новой группы пока еще официально не зарегистрированных, но хорошо известных практикующим психиатрам проблем. К ним можно отнести «компьютерные» трудности подросткового возраста (*pathological computer use* – патологическое использование компьютера), «интернет-зависимость» (термин предложен Д. Голдбергом в 1996 году), синдром выученной беспомощности у детей из благополучных и хорошо обеспеченных семей (механизм формирования синдрома у животных был описан А. Селигманом в 1976 году), квазисуществование в мирах многочисленных «реалити-шоу», разнообразные формы адреналиновых аддикций, которые уже не укладываются в привычную концепцию «ауто-агрессивного поведения» и специфичны для внешне благополучного и технологически высокоразвитого общества.

Мы считаем, что использование термина «социокультуральный» для определения гипотез происхождения психических расстройств³ может приводить к теоретическим спекуляциям на антипсихиатрическую тему и иллюстрировать одно из положений жесткой аргументации Саса, назвавшего «психопатологию» (в оригинале термин взят в кавычки) мощным «социальным транквилизатором». Поясняя свое определение, он добавляет, что вектор ответственности в этом случае переносится на общество и формируется успокаивающая (пациента) система взглядов, направленных на необходимость постоянного совершенствования социума вплоть до достижения «всеобщего счастья» (*universal human happiness*), что, в свою очередь, является фантазией из цикла «как бы я хотел, чтобы это было правдой».

В качестве небольшого теоретического отступления позволим себе обратиться к интригующему исследованию происхождения социальных норм, законов, традиций и ритуалов, проведенному антропологами А. Селигманом и Р. Веллером (которые любезно предоставили авторам рукопись книги, готовящейся к публикации [Seligman, Weller 2008]). Идея о составляющих культуры как об элементах порядка, изобретенного людьми, была высказана еще в III веке до н. э. конфуцианским мыслителем Хун-Ци: «Ритуалы, нормативы, законы, стандарты и традиции не являются частью внутренней природы человека, они были придуманы мудрецами». И, далее, цитата из Книги Церемоний: «этот хаотичный и фрагментированный мир, контролируемый капризными и потенциально ан-

³ Социокультуральные гипотезы происхождения шизофрении, ментальной ретардации, синдромов алкогольной и наркотической зависимости.

тагонистичными силами... способен стать упорядоченным только после введения ритуалов».

Рискнем сформулировать очень спорную и еретическую с точки зрения официальной психиатрии мысль: в рамках социокультурального подхода психические расстройства суть порождение и часть упорядоченной (*ordered*) системы, выполняющие ряд значимых функций для поддержания ее жизнеспособности.

Эволюционная психопатология

Эволюционный подход к изучению психической патологии сформировался сравнительно недавно. Смысл психоэволюционной парадигмы в том, что все проявления психической деятельности человека – такой же результат эволюции, как прямохождение, речь, цветовое зрение, архитектура кисти и особенности строения головного мозга. В чрезвычайно упрощенном виде ключевое положение психоэволюционного подхода в определении *психической нормы* отражено в названии книги «Адаптированный разум» (Baron-Cohen, Golan 1990) – многочисленные приобретения (и не менее значимые утраты⁴) специфических особенностей психических процессов современного *Homo sapiens* имеют одну цель – выжить, приспособиться, и, желательнее, преуспеть в том мире, который для Человека разумного изначально предназначен не был. Добавим, что в процессе подобного приспособления неизбежна выработка более сложных и, одновременно, менее естественных форм регуляции поведения, которые на заре своего возникновения вполне могли восприниматься другими, более стабильными («нормальными») особями как «патологические» и «странные».

Тем не менее определение сущности *психических расстройств* в рамках, казалось бы, единой парадигмы неоднозначно. Так, одна из точек зрения, изложенная в сборнике «Плохо адаптированный разум» (Baron-Cohen 1997), может быть условно обозначена как «количественная». Психопатология в этой проекции есть количественное изменение нормальных психических процессов, причем в сторону как их повышения, так и уменьшения. Например, паническая атака определена как чрезмерно усиленная «приспособительная тревога». Подобные изменения, происходящие с нормальными психическими процессами, приводят к нарушению адаптации (что и оп-

⁴ Палеопсихологи обнаружили, что такой феномен, как синестезия – участие нескольких сенсорных модальностей в кодировании, хранении и воспроизведении информации, лежащий в основе феноменальных способностей некоторых великих мнемонистов, композиторов, художников, был присущ психической деятельности наших предков (Куценков 2008).

ределено названием сборника). Одна из основных проблем данного подхода состоит, как нам представляется, в том, что, называясь эволюционной «психопатологией», он по сути своей остается «психологией» и не проясняет возможные эволюционные причины болезненных количественных изменений психических функций.

Иное представление о патологии кажется нам гораздо более «эволюционным»: психические болезни суть архаичные выражения психической нормы. У наших предков эти формы были, безусловно, адаптивны, а у современного человека являются атавизмами. Подобным образом трактуются, например, признаки импульсивного расстройства. Они представляются проявлением незрелых форм эмоциональной регуляции, типичных для пока еще недостаточно социализированного первобытного охотника, который не столь нуждался в механизмах сознательного контроля своих реакций, как цивилизованный человек. Появление психопатологического симптома можно считать *регрессом на более раннюю ступень эволюции*, и, осмелимся продолжить начатую мысль, *изучение клинической картины некоторых психических расстройств может дать представление о том, как чувствовали, взаимодействовали друг с другом, воспринимали, обрабатывали и воспроизводили информацию наши далекие предки*.

Продолжая начатый логический ряд, вполне уместно предположить, что появление психической патологии было, по ряду причин, необходимо для выживания человека как вида и, вероятно, не потеряло своего значения и сейчас. Гипотеза о необходимости для выживания человечества психической патологии (Назаретян 2002), условно обозначенная нами как «качественная», способна объяснить эволюционную роль шизофрении – расстройства, которое Сас назвал «священным символом», а Ф. Александер и С. Селесник – «гордиевым узлом психиатрии». Одной из особенностей мышления пациента с шизофренией является нарушение нормального вероятностного прогнозирования. Здравомыслящий, упорядоченный человек формирует прогнозы на будущее, ориентируясь на наиболее вероятные, с точки зрения своего и общественного опыта, события. Параллельные прямые в этом случае никогда не пересекутся, сумма углов треугольника всегда будет равна 180 градусам и понедельник начинается только после воскресенья. Это традиции, ритуалы, порядок, наконец, законы формальной логики, нарушение которых приводит к искривлению восприятия привычной реальности и к противоположности порядка – хаосу. Пациент с паралогичным, шизофреническим мышлением способен формировать наименее вероятные решения предлагаемых проблем. Для коллективного ин-

дивидуума – социума именно маловероятные прогнозы могут стать инсайтами, определяющими смену научных парадигм, направлений в творчестве, источником интеллектуальных парадоксов и многого другого. Иначе говоря, *нарушение вероятностного прогнозирования дезадаптивно на индивидуальном уровне, но наличие некоторого количества людей с нестандартным мышлением полезно с точки зрения эволюции человека как вида*, так как привносит элемент необходимого разнообразия и непредсказуемости (*хаоса*) в интеллектуальную жизнь коллективного индивидуума.

Сформулированную гипотезу подтверждают результаты эпидемиологических исследований, которые демонстрируют практически одинаковые показатели распространенности наиболее явных форм шизофрении в разных странах – 1–2 % от общего населения (Жариков, Тюльпин 2000). Добавим, что, по мнению Ж. Гаррабе, массовое уничтожение душевнобольных на территории фашистской Германии и стран, оккупированных ею, не только не пошло на пользу немецкому обществу, но и на много лет затормозило развитие немецкой науки, вызвав страшный период «культурного паралича» (Garrabe 1992).

Итогом краткого обзора различных определений психопатологии в рамках эволюционной парадигмы вполне может явиться «антипсихиатрический» вывод: *психическое расстройство – это либо изменение количественных характеристик нормального функционирования, либо регресс к более ранним уровням адаптации, либо необходимая дань, которую пришлось заплатить для выживания человека как биологического вида.*

Концепция «расстройства»: проблемы определения

Кратко изложенные выше теоретические парадигмы могут показаться репрезентациями извечной пары «социальное – биологическое» и действительно во многом различны. Тем не менее их нельзя назвать «полярными», как не могут быть полярными процесс и структура, движение и его результат. Оба подхода не случайно выделены нами для анализа. Одно из распространенных определений психического расстройства в англоязычной литературе звучит как *«harmful dysfunction»*, т. е. вредоносное нарушение функции (см., например: Wakefield 1992). Определение *«harmful»* в этом контексте имеет четкий ценностный, социальный оттенок, в то время как *«dysfunction»* употребляется в качестве указания на нарушение приспособительных механизмов, выработанных в результате эволюции. В концепции психического расстройства, таким об-

разом, соединены «социокультуральная» и «эволюционная» части. Но психическая патология в этих системах координат не является болезнью в строгом смысле слова, и, продолжая начатую мысль, депрессия и шизофрения не могут быть сравнимы с «классическими» пневмонией, дизентерией или инфарктом миокарда. В этом теоретическом измерении «расстройство» приобретает особый статус, отличный от проявления «настоящего» заболевания, превращаясь в «как бы» болезнь⁵. Оба рассмотренных подхода, являясь официально признанными, не противоречат, как это ни странно, антипсихиатрическому течению, определяя нарушенное поведение или как порождение упорядоченной системы, или как результат эволюции – своего рода достижение компромисса между развитием и стабильностью. В то же время выдающиеся успехи биологической психиатрии, свидетелями которой мы являемся на протяжении последних нескольких десятилетий, переместили фокус внимания с психологического функционирования на медицинские, но никак не на психологические модели, придав психическим расстройствам статус «биологических» болезней и уравнив их в этом смысле с соматической патологией.

Одно из наиболее простых определений «психической болезни», которое в данном случае мы приводим в качестве компромиссного, принадлежит Р. Кенделлу (Kendell 2002). «Психической болезнью» может быть обозначен такой комплекс поведенческих изменений, коррекция которых является более эффективной при использовании мер медицинского характера, прежде всего медикаментозной терапии, а работе социальных служб, представителей церкви или правоохранительных органов отводится далеко не ведущее место. В рамках данного определения весь диагностический перечень современных классификационных систем распадается на две подгруппы: «болезни», при которых врачебное вмешательство является, безусловно, предпочтительным, и «расстройства» – совокупность признаков нарушенного поведения, при коррекции которых более полезными могут оказаться меры немедицинского характера.

Следует признать, что современная психиатрия находится в состоянии идеологического расщепления: фундаментальная концепция «расстройства», основного термина современных классификационных систем, не имеет четкого определения, является чужеродной для нозологически-ориентированного психиатра и становится

⁵ Особый статус «как бы» врача приобретает в общественном сознании и врач-психиатр.

легкой мишенью для теоретических спекуляций (примером каких является и наша работа). Существование в двух концептуальных пространствах – официально принятом поле «расстройств» и профессиональном пространстве «психических болезней» – не может быть признаком здоровой системы. Возникновение антипсихиатрического движения в этом смысле было прогнозируемым, таким же высоковероятным, как и появление конверсионного симптома при нерешенном интрапсихическом конфликте.

Литература

Жариков, Н. М., Тюльпин, Ю. Г. 2000. *Психиатрия*. М.: Медицина.

Куценков, П. А. 2008. Память и искусство палеолита. *Историческая психология и социология истории* 1: 142–157.

Назаретян, А. П. 2002. Архетип восставшего покойника как фактор социальной самоорганизации. *Вопросы философии* 11: 73–84.

Alexander, F., Selesnick, S. 1972. *Histoire de la psychiatrie. Tradd. Fr. Armand Colin*. Paris.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed.) (DSM-IV)*. 1994. Washington, DC: APA.

Barcow, C., and Tooby, N. 1990. *Adapted Mind*. Cambridge: Psychology Press.

Baron-Cohen, S. (ed.) 1997. *Maladapted Mind*. Cambridge: Psychology Press.

Cooper, D. 1971. *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. Suhrkamp: Frankfurt-Main.

Deniker, P. 1975. “Qui a invente les neuroleptiques?” *Conf. psych.* 13: 7–17.

Dorner, Kl., Plog, U. 1960. *Irren ist Menschlich*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Garrabe, J. 1992. *Histoire de la Schizophrenie*. Paris: Editions Seghers.

Goldberg, J. et al. 1998. Familial influences on gambling behavior: an analysis of 3359 twin pairs. *Addiction* 93: 1375–1384.

Jaspers, K. 1973. *Allgemeine Psycho-Pathologie: Neunte, unveränderte Auflage*. Berlin – Heidelberg – New York: Springer-Verlag.

Kendell, R. 2002. The distinction between personality disorder and mental illness. *The British Journal of Psychiatry* 180: 110–115.

Kraupl, T. 1971. A logical analysis of the medicophysiological concept of disease. *Psychological Medicine* 1: 356–364.

Schneider, K. 1973. *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Aufl.

Seligman, A., Weller, R. 2008. *Ritual and its Consequences: An Essay on the Limits of Sincerity*. Harvard: Harvard Univ. Press (in press).

Simons, R. C., Hughes, C. C. 1993. Culture-Bound Syndromes. *Culture, Ethnicity & Mental Illness*. Washington DC: American Psychiatric Pub. Inc.

Szasz, Th. 1960. The Myth of Mental Illness. *American Psychologist* 15: 113–118.

Wakefield, J. 1992. The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist* 47: 373–388.

World Health Organization International Classification of Diseases and Related Health Problems (10th revision) (ICD-10). 1992. Geneva: WHO.