

Психиатрия сегодня: последствия глобализации

Е.Н. Давтян

РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург
Дневной стационар № 3 ГПНДС № 7, С.-Петербург

Резюме. В статье анализируются последствия стандартизации и унификации для психиатрической науки, прежде всего на примере использования Международной классификации болезней 10-го пересмотра и медицинских опросных инструментов при изучении хронического болевого синдрома в неврологии, которые, по мнению автора, привели к тотальному размыванию границ психиатрии и всеобщей примитивизации психиатрического знания.

Ключевые слова: глобализация, стандартизация, психиатрия, неврология, хроническая боль, депрессия, медицинские опросные инструменты, МКБ-10.

Psychiatry today: consequences of globalization

E.N. Davtian

Russian State Pedagogical University named after A.I. Herzen,
City PND № 7, Outpatients' department № 3, S.-Petersburg

Summary. In the article we analyze consequences of standardization and unification for psychiatric science, first of all — on the example of ICD-10 and medical questionnaires usage for chronic pain syndrome investigations in neurology, which in author's opinion have led to total washing out of psychiatric boundaries and to primitivisation of psychiatric knowledge.

Keywords: globalization, standardization, psychiatry, neurology, chronic pain, depression, medical questionnaires, ICD-10.

Глобализация властно проникает во все сферы человеческой жизни, стирая привычные границы между народами, языками и культурами. Сама жизнь стремится к упрощению и выработке единого стандарта существования. Что в этом плохого? Чем проще и стандартнее жизнь, тем легче людям общаться между собой. Однако у каждого процесса есть обратная сторона. По мнению философа И.А. Гобозова, «главное последствие глобализации — это *примитивизация общества*», под которой он понимает «упрощенность, стандартизацию и унификацию» [5]. Какое отношение имеет глобализация в психиатрии к «упрощенности» и «стандартизации»? К сожалению, самое непосредственное, хотя и не столь очевидное.

Одной из самых обсуждаемых и, без преувеличения, одной из самых модных тем в медицинской среде в настоящее время является феномен хронической боли. Абсолютный приоритет в изучении болевого синдрома в медицине (механизмов возникновения и проведения болевого сигнала, особенностей болевых синдромов при различных видах патологии, проблемы лечения боли и т.д.) по праву принадлежит неврологии. К хронической алгии, по определению экспертов Международной ассоциации по изучению боли, относят боль, которая продолжается сверх нормального периода заживления и длится более трех месяцев. Иначе говоря, реального физического повреждения нет, а боль есть. Знакомая ситуация для психиатра: отсутствие реального повреждения при наличии сенсорных жалоб — первый признак телесных ощущений психопатологического круга.

Наш интерес к этой проблеме обусловлен тем, что в свое время мы проводили сравнение вербальных характеристик сенестопатических (в том числе сенесталгических) ощущений и острой боли и выявили существенную разницу вербализации переживаний, имеющуюся между больными, у которых были различные физические повреждения, и пациентами, у которых физические повреждения обнаружить не удалось [6].

Попытка осмыслить лавину литературы по проблемам хронической боли привели нас к необходимости рассмотрения современных взаимоотношений неврологии и психиатрии, а также места психиатрического знания в контексте знания общемедицинского.

1. Было обнаружено, что исследователи-неврологи с необыкновенной легкостью используют психометрические методики, в том числе и ориентированные на самоотчет больных, в качестве *единственного* инструмента диагностики психопатологических феноменов. В результате на основании использования ММРП обсуждаются особенности личности больных с хронической болью, на основании депрессивных шкал, самоотчетов и структурированных клинических интервью — наличие и отсутствие депрессии, а SCID — наличие психопатологии вообще [7, 8, 16, 17, 24 и др.].

Вопрос о границах использования медицинских опросных инструментов в настоящее время начал серьезно обсуждаться в среде клинических психологов и лингвистов. Первые пишут о том, что созданная индустрия статистической оценки психологических (психопатологических) феноме-

нов у больных при помощи медицинских опросников является «производством симулякров» и порождает псевдознание: некую усредненную модель описания больного, которого не существует в природе, так как мир каждого отдельного человека уникален [1]. Лингвисты пишут о том, что медицинские опросные инструменты, первоначально чаще всего созданные как производные от английского языка, являются «локальными текстами с идиокультурной спецификой» и их существование в других языковых сообществах затруднено, так как часто отсутствуют даже приблизительные межъязыковые соответствия в передаче состояний больных. Кроме того, медицинские опросники противоречивы в коммуникативном аспекте, они часто перестают выполнять свою основную функцию, потому что, в силу существующего лингвистического многообразия, интерпретируются больными по-разному [9, 10].

Нет сомнений, что тесты, структурированные интервью и шкалы — это хорошая помощь любому врачу-исследователю, но, безусловно, вспомогательная и вторичная. Как минимум, наивно предполагать, что все испытуемые (в нашем случае — с хронической болью) будут максимально искренне отвечать на вопросы, понимать вопросы «правильно» (т.е. ровно в том смысле, в котором их задумывал составитель), иметь достаточный интеллектуальный и образовательный уровень и не иметь заблуждений и стратегий поведения, ухудшающих результаты анкетирования (например, убеждение, что «жаловаться плохо», или «надо всегда сохранять позитивный настрой» и т.д.). Более того, подавляющее большинство психопатологических изменений, особенно протопатического уровня, находится вне осознаваемых рефлексивных актов и, соответственно, не может быть адекватно понято и вербализовано больными.

Для психопатологов не секрет, что тесты «работают» только в хороших опытных руках, а интерпретация их результатов возможна исключительно с учетом традиционного клинического способа обследования, за которым, во всяком случае в психиатрии, остается безусловный приоритет. Клинический психопатологический метод — это не просто выявление симптомов согласно утвержденному перечню диагностических критериев, тем более что сами эти критерии предназначены «для статистических целей» и не должны «подменять собой концептуальных классификаций» [12]. Такое понимание связано с тем, что поскольку мир каждого отдельного человека уникален, уникальны и способы выражения болезненных переживаний. В этом смысле любой перечень симптомов будет бесконечно уступать по сложности клинической реальности. С позиций клинической семантики [13] психиатрическая беседа — это выявление общего смыслового контекста существования человека в его болезненном мире при бесконечном разнообразии языковых предъявлений страдания. Для параноидного больного общим семантическим показателем его существования будет вектор угрозы, направленный

из окружающего мира; для депрессивного больного — контекст собственной ничтожности и тягостности жизни; для неврастеника — огромное неосознаваемое «я должен», при игнорировании соотношения «я хочу» и «я могу» и т.д.

2. Второе важное знание, которое мы вынесли из знакомства с работами неврологов, — это ясное понимание того, какую путаницу вносит существующая феноменологическая Международная классификация болезней 10-го пересмотра. То, что задумывалось как попытка найти единый психопатологический язык между исследователями в разных странах, на практике реализовалось в странную и чрезвычайно вредную для психиатрии тенденцию. Отсутствие учета этиологических факторов, выдаваемое за «непредвзятый» подход, привело к реализации заколдованного круга, описанного Ю.Л. Нуллером в 1992 году: «Выявлению механизмов заболевания препятствует отсутствие адекватных диагностических критериев, а такие критерии должны быть основаны на знании этих патогенетических механизмов» [14].

Всякий опытный клиницист знает определенно, что так называемое «синдромологическое лечение» в психиатрической практике не дает никакого результата. Иначе говоря, врач никогда не сможет эффективно помочь больному, если у него нет цельного представления о том, что происходит с его пациентом. «Сегодня понять нечто означает построить модель наблюдаемого явления» [15]. Регистрация отдельно взятого симптома самого по себе ничего не дает, потому что, как известно, продуктивные симптомы в психиатрии неспецифичны. Каждый симптом должен быть погружен в определенный контекст клинической картины заболевания и, что не менее важно, событий, происходящих в жизни больного. В медицине такой контекст традиционно задает нозологический подход. В значительной степени ограничив нозологический подход, МКБ-10 взамен не дала психиатрам никакого другого. Что лучше: неполная, справедливо критикуемая, но все же помогающая понять достаточное количество клинических случаев объяснительная теория либо отсутствие теории вообще с простой констатацией отдельно взятого психопатологического феномена? Жизнь однозначно делает выбор в пользу теории. В своей клинической практике мы давно научились «переводить» язык МКБ-10 на традиционный язык классической европейской психиатрической школы. Это знают психиатры, чего, по-видимому, никак нельзя требовать от неврологов.

Тесная связь хронической боли и депрессии стала уже почти банальным общеизвестным научным фактом. Депрессия регистрируется неврологами практически при всех видах хронических болей [2, 3, 11, 18, 21, 22 и др.]. Активно продуцируются теории о временной и причинной связях хронической боли и депрессии [18, 20, 22, 23]. В то же время современная таксонометрия привела к ситуации, при которой депрессивный синдром окончательно оторвался от психопатологической почвы и стал самостоятельным объектом реаль-

ности с неопределенным смысловым наполнением. Под «депрессией» понимают и нормальные человеческие эмоции, и экзистенциальные кризисы, и психопатологические состояния. Не случайно в руководстве для врачей и студентов под редакцией академика РАМН Н.Н. Яхно «Боль» написано: «Депрессия является наиболее частым психологическим расстройством при хронической боли» [2, стр. 263]. При этом остается непонятным, почему депрессия рассматривается как психологический, а не психопатологический феномен, равно как автором не раскрывается и содержание используемого им далее термина «большая депрессия», в таксон которой, как известно, включены как психогенные, так и эндогенные депрессивные расстройства. Отражением атеоретического подхода к рассмотрению психопатологических феноменов является то, что для исследователей хронической боли в подавляющем большинстве случаев депрессия — это количество баллов по шкале Цунга или Гамильтона.

Еще один пример реализации на практике унифицированного языка МКБ-10 — это неопределенность рубрики «головная боль напряжения», более известной в психиатрии как «каска неврастеника». В психиатрической традиции «каска неврастеника» — лишь симптом в общей клинической картине развития неврастенического невроза. В руководстве по боли для неврологов — это то ли последствия малопонятной тревоги, то ли последствия еще более неопределенной депрессии, то ли результат «повышения концентрации калия, возникающего во время длительного напряжения мышцы» [2, стр. 148].

Последствия такого рода глобализации для психиатрии в настоящее время весьма печальны.

Отдельного обсуждения требует и прослеживаемое практически во всех работах неврологов, посвященных проблемам хронической боли, отношение к мозгу как к органу психики, прямое приравнивание феноменов душевной жизни к изменению биохимического состава тканей и сред организма. Редукционизм, как попытка объяснения явлений высшего порядка закономерностями, свойственными явлениям более низкого уровня, подвергался последовательной критике ведущими мыслителями и учеными как XX, так и XXI века (У. Куайн, К. Поппер, Т. Кун, М. Полани, Д. Дойч и др.). Анализ правомочности редукционного методологического принципа научных изысканий не входит в задачи этой статьи, однако в подобном подходе усматривается все та же тенденция к упрощенному пониманию явлений психической жизни.

Унифицированный и стандартизированный язык существующей международной классификации болезней привел к всеобщей примити-

визации психиатрического знания с подменой диагностической психиатрической беседы структурированными интервью, анализа клинической картины заболевания — стандартизированными шкалами, глубинного понимания личности больного с историей его жизни и ситуацией, в которой он оказался, — перечнем диагностических критериев. По-видимому, список такого рода подмен, существующих в нашей профессиональной жизни, можно продолжать еще долго. Глубину научной мысли и оригинальность идеи заменили индекс цитирования и количество публикаций, а мастерство и опыт врача — стандарты лечения. Более того, естественная для научных дискуссий прошлого критика существующего положения дел стала предосудительной и «практически приравнивается к нападению» [4].

Тотальное размывание границ психиатрического знания глобально связано, по-видимому, с изменением роли медицины в жизни людей. Медицина в современном мире все больше становится не способом избавления от недугов, а средством сохранения психологического благополучия. По меткому замечанию норвежского философа А.Ю. Ветлесена, «в последние десятилетия врачи начали предлагать физическое лечение для облегчения психологических и социальных проблем» [4, стр. 220]. Средство от некрасивых зубов — имплантаты, спасение от большого носа — пластическая операция, способ избавиться от головной боли напряжения — антидепрессант. Депрессия при помощи все тех же стандартизированных и унифицированных методов повсеместно регистрируется уже не только в неврологии, но и в кардиологии. По-видимому, в разряд симптом предсердной тоски. Врачи, являясь заложниками интересов фармакологических компаний (антидепрессанты — одни из самых прибыльных лекарств), продолжают предлагать в синдромологическую классификацию болезней все новые и новые диагностические категории, количество которых в «Диагностическом и статистическом руководстве психических расстройств» американской психиатрической ассоциации возросло со 106 в DSM-I (1952 г.) до 357 в DSM-IV (1994 г.) [19].

Если подобная «рыночная» тенденция сохранится, то в недалеком будущем возможно представить себе картину вполне в духе Джорджа Оруэлла: остались две градации психопатологии — первая связана с непосредственным мозговым поражением, «болезни мозга» (ею занимаются неврологи); вторая — реакция на воздействие среды, «психогенные состояния» (ею занимаются все понемногу — психологи, неврологи, кардиологи и т.д.). Что же остается прерогативой психиатрии?

Литература

1. Алехин А.Н. Психологическая диагностика как производство симулякров / Материалы международной научно-практической конференции «Клиническая психология: теория, практика и обучение» (Санкт-Петербург, 30 сентября — 1 октября 2010 г., РГПУ им. А.И. Герцена). СПб, ООО «Сенсор». — 2010. — С. 11-14.

2. Боль: руководство для врачей и студентов / Под ред. акад. РАМН Н.Н. Яхно. М.: МЕДпресс-информ. — 2009. — 304 с.
3. Вейн А.М., Авруцкий М.Я. Боль и обезболивание. — М.: Медицина. — 1997. — 280 с.
4. Ветлесен А.Ю. Философия боли // Пер. с норв. — М.: Прогресс-Традиция. — 2010. — 240 с.
5. Гобозов И.А. Глобализация и примитивизация общества // Философия и общество. — № 2 (54). — 2009. — С. 5-19.
6. Давтян Е.Н., Давтян С.Э. К эволюционной модели сенсопатических расстройств // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2010. — № 3. — С. 66-76.
7. Золотушкин М.Л., Мензорова Н.В., Кузнецова Н.Л. Динамика отдельных показателей психоэмоционального статуса у больных с комплексным регионарным болевым синдромом на фоне периартериальной криосимпатодеструкции // Российский журнал боли. — 2011. — № 1. — С. 19-28.
8. Костенкова Н.В., Старикова Н.Л. Эмоционально-личностные особенности и показатели транскраниальной магнитной стимуляции при головной боли напряжения // Российский журнал боли. — 2011. — № 2 (31). — С. 29-30.
9. Кудря С.В. Транслатологическая характеристика медицинского опросного инструмента как типа текста // Вестник СПбГУ. Сер. 9. — 2009. — Вып. 1., ч. II. — С. 90-96.
10. Кудря С.В. Дискурс-специфические смысловые оппозиции в тексте медицинского опросного инструмента (контрастивный аспект) // Вестник СПбГУ. Сер. 9. — 2009. — Вып. 2, ч. II. — С. 134-136.
11. Кукушкин М.Л., Хитров Н.К. Общая патология боли. — М.: Медицина. — 2004. — 144 с.
12. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): клинические описания и указания по диагностике. — СПб: Адис. — 1994. — 304 с.
13. Микиртумов Б.Е. Лексика психопатологии. — СПб: Речь. — 2004. — 200 с.
14. Нуллер Ю.Л. Смена парадигмы в психиатрии // Обозр. психиат. и мед. психол. — 1992. — № 1. — С. 13-19.
15. Основы теории познания: учебное пособие // Под ред. Б.И. Липского. — СПб: изд. С.-Петербург. ун-та. — 2000. — 336 с.
16. Старикова Н.Л. Качество жизни, копинг-стратегии и эмоционально-личностные особенности пациентов при первичной цефалгии // Российский журнал боли. — 2011. — № 2 (31). — С. 38-39.
17. Asmudson G.J., Jacobson S.J., Allerdings M.D., Norton G.R. Social phobia in disabled workers with chronic musculoskeletal pain // Behavior Research and Therapy. — 1996. — Vol. 34. — P. 939-943.
18. Brown G. K. A causal analysis of chronic pain and depression // Journal of Abnormal Psychology. — 1990. — Vol. 99. — P. 127-137.
19. Double D. The limit of psychiatry // British Medical Journal. — 2002. — Vol. 324. — P. 900-904.
20. Fishbain D.A., Cutler R., Rosomoff H. Chronic pain-associated depression: Antecedent or consequence of chronic pain? A review // Clinical Journal of Pain. — 1997. — Vol. 13. — P. 116-137.
21. Kinney R.K., Gatchel R.J., Polatin R.B., Fogarty W.J., Mayer T.G. Prevalence of psychopathology in acute and chronic low back pain patients // Journal of Occupational Rehabilitation. — 1993. — Vol. 3. — P. 95-103.
22. Polatin P. Affective disorders in back pain // In T.G. Mayer, V. Mooney, R.G. Gatchel (Eds.), Contemporary conservative care for painful spinal disorders. Philadelphia: Lea and Febiger. — 1991. — P. 149-154.
23. Roy R., Thomas M., Matas M. Chronic pain and depression: A review // Comprehensive Psychiatry. 1984. — Vol. 25. — P. 96-105.
24. Weisberg J.N., Keefe F.J. Personality disorders in the chronic pain population: Basic concepts, empirical findings and clinical implications // Pain Forum. — 1997. — Vol. 6. — P. 1-9.

Сведения об авторе

Давтян Елена Николаевна — доцент кафедры клинической психологии РГПУ им. А.И. Герцена, заведующая дневным стационаром № 3 ГПНДС-7, к.м.н. E-mail: elena.davtian@gmail.com