

Случай Брейвика и “*conditio psychiatrica*”

Josef Parnas

Psychiatric Center Hvidovre and Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Denmark (Дания)

Перевод: Медведев В.Э.
Редактура: Бакунина Н.С.

В Дании, скандинавской стране лингвистически близкой Норвегии, случай Брейвика (СБ) также всколыхнул в СМИ диагностические дискуссии с вовлечением широкой общественности, психиатров и других специалистов. СБ заслуживает комментария не связанного с судом/судебной спецификой, но в отношении текущего состояния и проблем психиатрической диагностики и профессии на чей счет этот случай так многозначительно относят.

Более 30 лет назад, психиатрия, пытаясь соответствовать соматической медицине в ее научных стремлениях, прошла «операциональную революцию», представляющую из себя диагностику, основанную на критериях и «операциональных определениях» таких критериев. СБ довольно резко показывает как такие критерии не являются по сути операциональными в первоначальном смысле этого понятия, а именно в качестве уточняющих действующих правил (2), предназначенных для связи психиатрических понятий с их аналогами в реальности (например, симптом X тяжелее, чем Y, потому что X может усугубить Y, но не наоборот). Ни один из спорных вопросов в СБ, не был решен при помощи операциональных действующих правил. В действительности «операциональные» критерии не более чем просто языковое описание симптомов и признаков. Кроме того, операционный проект имеет свою цену. Это радикально сокращенный, упрощенный и сжатый существующий набор клинических знаний, содержащихся в диагностических пособиях и доступных широкой публике, потому что изложены простым языком и лишены теоретического и психопатологического отражения. Эти руководства долгое время были основным источником клинических знаний для психиатра (3) и они ошибочно предполагали (4,5), что структурированное интервью, состоящее из готовых вопросов в установленной последовательно-

сти, является адекватной методологией для получения психодиагностической информации, даже в ситуациях, когда от пациента ожидают диссимуляции (1). Эта «смерть» психопатологии (3) создала интеллектуальный участок гипозохогенности, размывая тем самым границы профессиональной психиатрии приветствуя любое мнение, как голос априори достойный внимания, равный и достоверный. К сожалению операциональная революция также не выполнила свои обещания относительно надежды на прорыв в области применимого этиологического знания. Широко признан «зияющий разрыв», содержащийся в руководствах по диагностике и лечению психических расстройств между впечатляющим прогрессом генетики и нейронаук и «почти полным провалом», в области выявления причин заболеваний. (6,7).

Как показывает СБ психиатрия будет и дальше в значительной степени зависеть от различий в области феноменологии, то есть в сфере опыта, мнений, поведения, рациональности и так далее. Однако в то же время СБ показывает важность существующей проблемы. Обсуждение возможного психоза/брёда у Брейвика возвращается, по-видимому вокруг взаимозависимых вопросов (например, широты его реальных взглядов, как расценивать его аффект и социальную отгороженность, как рассматривать обороты его речи; является ли наблюдение за поведением адекватной заменой для познания его внутреннего мира и так далее). Похоже было упущено, что ложность содержания мысли не определяющая черта бреда. Ясперс подчеркивал свою триаду: ошибочность, убежденность и некорректируемость (триада включена в текущие диагностические критерии), которая не была определяющей, а лишь указывала на бред (8). Бред обычно включает в себя изменения в субъективных рамках пациента с его внутренними связями между им самим, окружающим миром и другими людьми (8,9). Поэтому бред как правило определяется в больших временных ситуационных и экспериментальных рамках. В этой связи наличие различной информации влечет за собой соображения о «двойной бухгалтерии», способности к диссимуляции, и (ир)рациональному переходу между верой и действием.

Обсуждение СБ показывает скрытое эпистемологическое напряжение относительно самой концепции психиатрического диагноза, напряженность, по-видимому, только смутно осознавалась спорящими сторонами и редко открыто проявлялась в литературе. Это напряжение между операциональным, мультиосевым подходом «подсчета симптомов», без направляющей иерархии и понятных принципов (10), и более перспективным прототипом, который сформулирован как психопатологический Гештальт, возникающий в результате взаимодействия целого и их взаимно усиливающихся аспектов (11,12). СБ также иллюстрирует универсальные межличностные человеческие взаимоотношения, часто мешающие клиническим задачам, так называемый «принцип благотворительности» (13). Это подсознательное, автоматическое, компенсирующие стремление сделать своего собеседника более рациональным чем он есть на самом деле, например, за счет сглаживания острых углов его рассуждений, заполнение брешей в его логике, стремление к нормализации в случаях грубой иррациональности.

Стоит напомнить, что обсуждение СБ не является уникальным для нашего времени. В 1835 году Фуко провел похожий семинар, посвященный общественному обсуждению психиатрического диагноза. Он касался вероятного безумия Пьера Ривьера, грамотного крестьянина, который убил мать, сестру и брата и представил в свою защиту 100 страничный отчет о своей жизни и мотивации.

Психиатрия была есть и будет объектом для пристального внимания со стороны общества и вне-научного давления. Только наличие строгих психопатологических стандартов даст возможность психиатрии выполнять свое клиническое предназначение и сопротивляться или модифицировать давление извне.

Библиография

1. Melle I. The Breivik case and what psychiatrists can learn from it. *World Psychiatry* 2013;12:16-21.
2. Hempel CG. Explanation and other essays in the philosophy of science. New York: Free Press, 1965.
3. Andreasen N. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophr Bull* 2007;33: 108-12.

4. Nordgaard J, Revsbech R, Saebye D et al. Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first-admission hospital sample. *World Psychiatry* 2012;11:181-5.
5. Nordgaard J, Sass LA, Parnas J. The psychiatric interview: validity, structure and subjectivity. *Eur Arch Psychiatry ClinNeurosci* (in press).
6. Frances AJ, Widiger T. The psychiatric diagnosis: lessons from DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *AnnuRevClinPsychol* 2012; 8:109-30.
7. Hyman SE. Psychiatric drug discovery: revolution stalled. *SciTranslMed* 2012;155:1-5.
8. Jaspers K. *General psychopathology*. London: John Hopkins University Press, 1963.
9. Spitzer M. On defining delusions. *ComprPsychiatry* 1990;31:377-97.
10. McHugh PR. Rendering mental disorders intelligible: addressing psychiatry's urgent challenge. In: Kendler K, Parnas J (eds). *Philosophical issues in psychiatry II: nosology*. Oxford: OxfordUniversityPress, 2012:42-53.
11. Parnas J. The core Gestalt of schizophrenia. *World Psychiatry* 2012;11:67-9.
12. Parnas J, Sass LA, Zahavi D. Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophr Bull* (in press).
13. Davidson D. *Inquiries into truth and interpretation*. Oxford: Clarendon Press, 1974.
14. Foucault M. *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère. Un cas de parricide au XIX siècle*. Paris: Gallimard, 1973.

DOI 10.1002/wps.20003