

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ

УДК 616.89:32.019.5+316.75

Абрамов В.А.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ДИЛЕММЫ ПСИХИАТРИИ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

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 Штalia 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 клиничко-психопатологического метода как основного психодиагностического метода, но не обеспечивающего объективной оценки и понимания психопатологических переживаний из-за невозможности

сти 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 реаль-

ности), **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 мето-

дами 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.

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 обязанность, 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 клинко-психопатологического метода как самостоятельного 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 двойного 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 двойного рода обязанности, которые содержат внутренние, 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».



Рис. 1. Главная дилемма в психиатрии

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 «расстроеным» 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 расстройств показана на рис. 2.

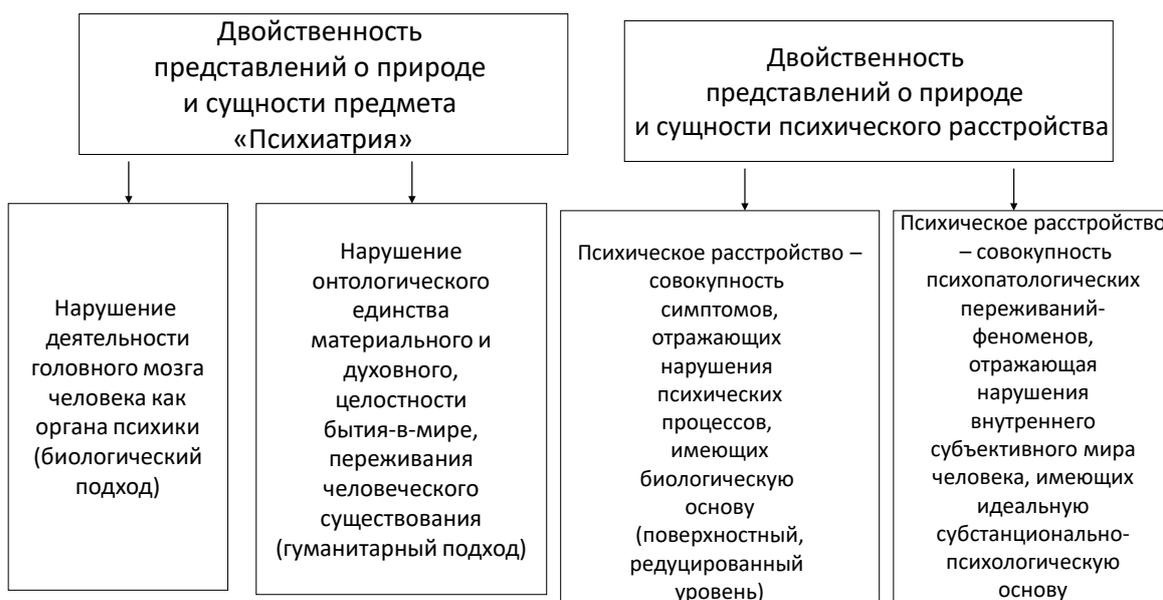


Рис. 2. Двойственность представлений о психиатрии и психических расстройствах

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

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).

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;

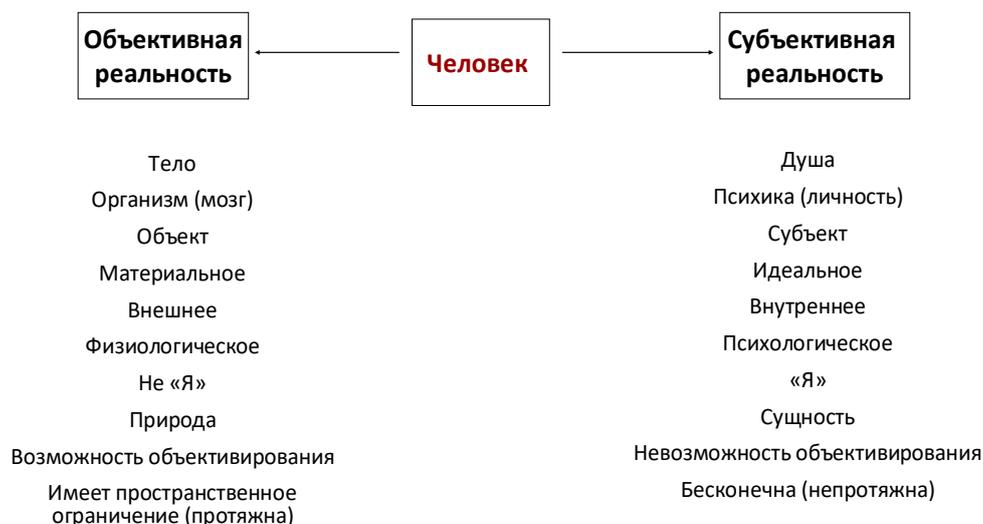


Рис. 3. Двойственность (полярность) дихотомических характеристик человека (психофизические противоречия)

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

- 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:

1) невозможностью преодоления психофизических противоречий;

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

3) 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).

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.

Абрамов В.А.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ДИЛЕММЫ ПСИХИАТРИИ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

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. Объект изучения в психиатрии – человек целостный, понимаемый в онтологических категориях, исходя из возможностей и перспектив его собственного бытия-в-мире. Приоритетность в психиатрии естественнонаучных (биомедицинских) представлений вступает в противоречие с гуманитарным личностно-ориентированным, онтологическим содержанием этой дисциплины – врачеванием души. 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. На основе такого неопределенного и недоказанного знания делаются выводы, имеющие вполне реальные жизненные следствия.

Ключевые слова: психиатрия, методология, дилеммы

Abramov V.A.

METHODOLOGICAL DILEMMAS OF PSYCHIATRY

State educational institution of higher professional education
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

Man is a multifaceted being, the most complex object of scientific knowledge. A systematic approach in determining its essence allows us to consider it from the standpoint of biological (physiological), mental and social life. Psychiatry is one of the human sciences. The object of study in psychiatry is a holistic person, understood in ontological categories, based on the possibilities and prospects of his own being-in-the-world. The priority of natural-science (biomedical) ideas in psychiatry conflicts with the humanitarian, person-oriented, ontological content of this discipline – the healing of the soul. On the basis of a priori provisions, psychiatry in a historical perspective was and continues to be classified as a medical specialty. All so-called. scientific terms in psychiatry that have certain definitions (usually ambiguous) do not contain scientific grounds. They are rather a pre-conceptual complex. Based on such indefinite and unproven knowledge, conclusions are drawn that have very real life consequences.

Keywords: psychiatry, methodology, dilemmas

Литература

1. Самохвалов В.П. Психиатрия. Ростов-на-Дону: Феникс; 2002.
2. Ухтомский А.А. Избранные труды. Л.: Наука; 1978. 371.

References

1. Samokhvalov V.P. Psikhatriya [Psychiatry]. Rostov-na-Donu: Feniks; 2002 (in Russian).
2. Ukhtomskii A.A. Izbrannye trudy [Selected works]. L.: Nauka; 1978. 371 (in Russian).

Поступила в редакцию 10.09.2021