



ЛЕЧЕНИЕ БЕЗ ДИАГНОЗА И ДИАГНОЗ БЕЗ ЛЕЧЕНИЯ

Иосиф Мейерович Зислин

Психиатр, независимый исследователь, Израиль, Цур Адасса, ул. Шалмон, 7/1, e-mail josef@zislin.com

Реферат

В представленных тезисах проведено сравнение психиатрического и психоаналитического подходов к диагнозу. Показано, что психиатрический диагноз строится по метонимическому принципу, в то время как диагноз психоаналитический целиком базируется на метафоре. Принципиальная несхожесть в подходах позволяет говорить о том, что в отличие от психиатрии в психоанализе отсутствует симуляционное поведение.

Ключевые слова: диагноз, психоанализ, метафора, метонимия, симуляция.

TREATMENT WITHOUT DIAGNOSIS
AND DIAGNOSIS WITHOUT TREATMENT

Iosif M. Zislin

Psychiatrist, independent researcher,
Zur Hadassa, Shalmon, 7/1, Israel, e-mail josef@zislin.com

Abstract

In this article we try to compare psychiatric and psychoanalytic approaches to diagnosis. It is shown that the psychiatric diagnosis is based upon the metonymic principle, while the psychoanalytic diagnosis is based entirely on the metaphor. This fundamentally different approach leads to the fact that, unlike psychiatry, there is no place for malingering in psychoanalysis.

Keywords: diagnosis, psychoanalysis, metaphor, metonymy, malingering.

*Ведь хотим мы себе
в этом сознаться или нет, но симптом — это
действительно метафора, и шутки шутками,
а желание — это и в самом деле метонимия.*

Жак Лакан

Попробуем отойти от непрекращающихся споров в психиатрии по поводу классификаций и перейти к вопросам более существенным. На наш взгляд, дебаты вокруг преимуществ и недостатков новых и старых классификаций не имеют никакого практического значения, поскольку не отражают никакого нового клинического понимания. Классификации могут быть более или менее полезными, но не могут являться правильными или неправильными.

Обратимся к одному из главных, но плохо сформулированных вопросов теоретической психиатрии: как реальность, стоящая за текстом/нарративом, понимается и описывается психиатрами и как, в противоположность им, — психоаналитиками.

Для начала попробуем определить центральное различие психиатрического и психоаналитического подходов. Не будем рассматривать их с точки зрения философии — попытаемся оттолкнуться от практики. На наш взгляд, здесь можно выделить один существенный момент: **в психоанализе нет симуляции, а в психиатрии симуляция существует.** Приняв это положение за основу, постараемся вычленив принципиальные различия вышеобозначенных подходов.

Прежде всего попробуем найти параллели/анalogии названных явлений. На наш взгляд, наиболее удачной аналогией противопоставления психотерапевтического и психоаналитического подходов служит спор историков и антропологов об интерпретации исторической реальности и её правильном описании. Для историка восстановление исторических фактов, «так, как они имели место быть на самом деле», — основная задача¹. Напротив, антропологический подход подразумевает не восстановление реальных фактов, а изучение того, как в сознании людей или целых поколений реальные или выдуманные явления возникали, развивались и преломлялись. По этой причине, например, анекдот, слух, городская легенда, быличка, сюжет массового страха для историка не имеют такого большого значения, поскольку они скорее искажают реальный ход событий, чем достоверно повествуют о нем. Для социального антрополога весь подобный исторический «мусор» становится наиболее надёжным источником восстановления культурной истории. «Легенда не просто отражает реальность, но позволяет человеку (рассказчику или слушателю) совершить некоторую “работу” с этой реальностью, артикулируя наличие проблем или символически решая её» [1].

В указанном случае мы можем усмотреть немало полезных аналогий и сделать следующие предположения:

- а) психиатр и психоаналитик занимаются именно историей;
- б) и психиатр, и психоаналитик заняты историей индивидуальной (микроисторией);
- в) и психиатр, и психоаналитик опираются на разные источники и по-разному их интерпретируют;

¹Заранее признаю упрощённость такого подхода и тот факт, что я не учитываю, например, огромную область исторической антропологии, или нарративной истории, но в данном кратком сообщении это сделано сознательно.

г) эти источники разнятся именно в силу их субъективной правильности и значимости для исследователя/терапевта.

Развивая эту мысль, можно сказать, что психиатр уподобляется историку — для него важно восстановление «правильного расположения событий», рассказ же о событии представляется гораздо менее значимым (ведь рассказчик/пациент может просто выдумать историю или сознательно её исказить). Недаром в своей каждодневной практике врач пишет «историю» и выступает именно как *историк болезни*. Обратим внимание, что врач пишет «историю *болезни*», априори признавая за болезнью, которая может быть ещё и не обозначена, неясна или даже не существует, абсолютно самостоятельный онтологический статус. В таком контексте болезнь — это произошедшая история. Она существует как бы сама по себе и приобретает центральный доказательный статус. К рассказу о болезни психиатр исходно относится с неявным подозрением, справедливо или несправедливо полагая, что этот рассказ может исказить «историю истинную». Именно поэтому столь незначительное внимание врач уделяет анализу языка и нарратива пациента.

Психоаналитик же, по определению, должен принимать во внимание и брать из рассказа пациента всё, не исключая ничего: оговорки, выдумки, сны (точнее рассказы о снах), свободные ассоциации, речевые пропуски и т.п. Все «нереальности» и неправильности нарратива и даже нулевой текст (неговорение), по умолчанию, являются ценным материалом для анализа. То есть, исходя из логики нашего сравнения, мы можем уподобить психоаналитика антропологу, для которого важно не столько «что», сколько «как», «почему» и «зачем» всплывает наружу или утаивается в нарративе анализанта.

Подобное разделение (психиатр vs психоаналитик и историк vs антрополог) позволяет нам подойти к вопросу о разном отношении к тому, что каждый из них будет считать фактом реальности, *стоящим за высказыванием*, и, следовательно, к тому, что в дальнейшем станет фундаментом для интерпретации и анализа.

Проведём ещё одну аналогию — кино. Представим себе, что в фильме демонстрируется, как герой мечтает о чём-то, вспоминает что-то или видит сон, то есть в процессе съёмки перед режиссёром стоит задача изобразить на экране некоторое невидимое ментальное действие, некую *воображаемую историю*, принципиально отличную от хода реального действия, происшедшего ранее. Однако, убеждая зрителя, что изображённое на экране — всего лишь сон или воспоминание, режиссёр обращается к тем же актёрам, той же массовке, снимает той же камерой, что и при изображении реального действия. По завершении съёмки эти кадры будут маркированы именно как рассказ о нереальном через использование иного цвета, звука, темпа или иных монтажных приёмов. То есть, говоря проще, техника съёмки кинематографического «нере-

ального» принципиально ничем не будет отличаться от техники съёмок кинематографического «реального». Таким образом, такой фильм, оставаясь произведением искусства, со всеми его условностями, будет содержать в себе, как минимум, два уровня изображения реальности: «реальность реальную» и «реальность воображаемую».

В таком контексте зритель становится психиатром, отличающим (в рамках фильма) реальное действие от ментального, режиссёра же можно уподобить психоаналитику-демиургу, так как именно для него описываемые явления имеют одинаковую техническую конструкцию и одинаковую сложность воплощения, которую он одновременно и создаёт (снимая фильм), и выдумывает, и анализирует (во время написания сценария или монтажа). В скобках заметим, что роли иногда меняются: в жизни режиссёр может быть зрителем, а зритель — режиссёром.

Помещая в центр нашего рассмотрения проблему реальности, мы можем признать, что в психиатрии реальностью/фактом становится лекарство, а не нечётко верифицируемое как самим пациентом, так и врачом *состояние пациента*. Именно оно ощутимо, реально, зримо и опасно как для врача, так и для пациента. Именно действие лекарственного средства мы и пытаемся измерить в клинике. Отсюда проистекает пренебрежение диагнозом и замена его «состоянием». Отсюда появляется новая практика всё более широкого применения лекарств off-label use без диагноза.

В противовес этому, психоанализ принципиально воспринимает все нарративы больного без членения на «истинные» и «ложные» высказывания и не разделяет события и рассказы о событиях. Любое высказывание отражает состояние, любое высказывание есть знак чего-то более глубокого, неизвестного самому говорящему, которое в конечном итоге и должно быть вынесено наружу и проанализировано только с помощью внешнего агента.

Вернёмся к первому пункту наших рассуждений. Необходимо сказать, что именно по причине неразделения события и рассказа о событии в психоанализе в принципе *не может иметь место симуляция*. Для психиатра симуляцией будет именно такая ситуация, в которой рассказ о событии сознательно перевирается в пользу патологии. В сознании врача нарратив не равен событию, не отражает его правильно. По сути для клинициста опознание и маркирование текста и поведения как симуляционного есть то единственное и уникальное клиническое событие, в котором нарратив пациента и рисунок его поведения соотносятся с реальностью, а не разделяются на симптомы разной степени значимости.

Признавая исходную метафоричность языка и сознания анализанта, психоаналитик довольно быстро переходит на язык метафоры, используя метафоры для описания состояния. Данный процесс, скорее всего, является взаимозависимым. Подобный мета-

форический язык позволяет аналитику с лёгкостью поставить «метафорический диагноз» или метафорически обозначить страдание (Эрос как ткач, создающий бесконечные сочетания, и как химик, производящий осадки-конденсаты, «психика как фотография», «эдипов комплекс», «мёртвая мать», «замороженная любовь», «чёрная депрессия», «белая тревога», «негативная галлюцинация», «эротическая инвестиция», «дезинвестиционная дыра», «дырявое Я», «воображаемый фаллос», «воображаемый отец», «топливо фантазий» и т.п.). Проблема заключается в том, что метафорический диагноз по сути является диагнозом сугубо индивидуальным, уникальным и не допускает переноса в другую ситуацию, то есть **он неприменим ни к какому иному клиническому случаю**. Рутинное же использование подобной диагностической парадигмы происходит от того, что в сознании аналитика формируется не единая метафора, а целая «метафорическая сеть», которую терапевт и применяет стандартно в каждом новом случае терапии.

Подобная метафоричность более всего приближает психоанализ к жанру поэзии и отодвигает его от приземлённых медицинских практик². Позволим себе здесь сослаться на Р. Якобсона: «В поэзии, например, не существует метонимии, любая смежность всегда и неизбежно в силу своей структуры стиха понимается так же, как сходство» [2]. Метафора как троп может быть повторена, но при повторе она полностью или частично теряет свою оригинальность, яркость и полноту. Метафорический язык терапевта никогда не будет равен языку аналитанта, который совершенно необязательно является чисто метафорическим (даже для самого говорящего). Индивидуальная метафоричность языка психотерапевта приводит к необыкновенно широкому спектру терапевтических практик, которые самими авторами порой обозначаются как «авторские» и «уникальные». Причём чаще всего речь идёт именно об использовании метафор.

Та же метафорическая природа психоаналитического диагноза имеет не только недостатки по сравнению с диагнозом, основанным на психопатологическом методе, но и безусловные преимущества. И главное преимущество здесь — субъективная успешность и неопровержимость психоаналитического диагноза. Ведь метафора не может быть неуспешной или неправильной, а только более или менее полной, особенно в глазах её автора. Отсюда следует вывод: психоаналитический диагноз не хуже и не лучше диагноза психиатрического. **Он просто другой, и в его основе лежит другой язык**.

Можно предположить, что по своему результату успешный метафорический психоаналитический диагноз вполне сопоставим с тем, что в теоретической поэтике обозначается как «реализованная метафора» [3, 4]³, когда метафора применяется без учета её фигурального характера в самом прямом её значении, что часто приводит к комическому результату. То же

происходит с метафорическим психоаналитическим диагнозом: возникшая в качестве индивидуальной метафоры (метафора понимания у автора), она превращается в метафору универсальную (метафора объяснительная у последователей и эпигонов) и далее эволюционирует в застывшую объяснительную систему, становясь языком описания и полностью теряя свою метафоричность в глазах аналитика. Вместе с этим, создавая метафорический язык, который по определению является языком уникальным и индивидуальным, психоаналитик пытается защитить себя от всякого непонимания со стороны⁴.

Сравнивая структуру психиатрического и психоаналитического диагнозов, можно заключить, что психиатрический диагноз по своей природе метонимичен, то есть строится на взаимоположении, комбинировании (перечислении) равнозначных симптомов (признаков)⁵, в то время как диагноз психоаналитический основан на метафорическом принципе сходства [6].

Придание лекарственному препарату статуса единственно реального актора лечебного процесса способствует тому, что в психиатрии появляются фейковые

²Ср. у В.М. Жирмунского: «Последовательно развиваясь, метафорическое иносказание развёртывается в самостоятельную тему целого стихотворения; в таких метафорических темах из простого иносказательного эпитета или глагола, употреблённого в переносном смысле («жемчужные звезды»), **метафора становится как бы поэтической реальностью** (выделено мной. — И.З.). Этот процесс реализации метафоры является существенной особенностью романтического стиля, наиболее отличающей его от законов обычной разговорной речи» [5].

³Сослёмся на работу А. Хан: «Именно поэтому реализованная метафора порождает ряд метаморфоз, **диктуемых волюнтаристским вмешательством авторского субъекта в мир, и поэтому творит индивидуальный, персональный миф** (выделено мной. — И.З.). Реализованное сравнение не знает метаморфоз, вызываемых субъективной авторской волей, она знает только метаморфозы онтологически объективные, присущие самому миру, т.е. метаморфозы собственно мифологические; реализованное сравнение создаёт реальный миф <...> **Реализованная метафора, превращаясь в сюжет, порождает модель мира, метаморфозы которого диктуются законом субъективной причинности** (выделено мной. — И.З.). Сам реальный мир без волюнтаристского вмешательства лирического субъекта не способен к метаморфозам, ибо за ним отрицаются творческие потенциалы, он редуцирован на ранг пассивного материала. **Телеологическим центром такой художественной модели мира является субъективная авторская воля**» (выделено мной. — И.З.) [3].

⁴Я сознательно в данных тезисах не даю обзора огромной литературы по теме «метафора и психоанализ».

⁵Классическими примерами психиатрических диагнозов, выстроенных по метонимическому принципу могут служить многие генетические синдромы с симптомом умственной недостаточности, где диагноз выстраивается на основании сопряжения признаков, связанных между собой генетически, но не клинически (например, синдром Мартина–Белл: макроорхизм, длинное лицо с увеличенным подбородком, светлоокрашенные радужные оболочки, атаксия, умственная недостаточность и т.п.).

диагнозы (такие, например, как «синдром хронической усталости» или «множественная личность»). Синдромы, существование которых часто устанавливается по принципу *ex juvantibus*, можно ошибочно принять за метафорические диагнозы.

Учитывая разную природу двух обозначенных диагностических подходов, попытаемся сравнить метафорические психоаналитические диагнозы и фейковые диагнозы в психиатрии. Исходя из нашего понимания, существенная разница между ними проистекает именно из разного отношения к вопросу о реальности. Фейковые диагнозы в психиатрии **базируются не на метафорическом тропе**, а на ложном понимании врачами сходных симптомов, построенных по принципу **метонимии**. Логика построения фейковых диагнозов не вытекает из логики общей теории, хотя бы по причине её полного отсутствия.

Признание метафоричной природы психоаналитического диагноза, на наш взгляд, позволяет полностью нейтрализовать споры о научности или ненаучности психотерапии/психоанализа [7]. Метафорический диагноз, основанный на индивидуальной метафоре, может быть лишь предметом спора о более или менее полной и адекватной метафоре, но не о научности этого диагноза. Предметом научного анализа в таком случае должны стать система выбора и система порождения метафоры.

Давайте просто считать психоаналитические описания, основанные на метафорическом диагнозе, художественными произведениями. Как у Афанасия Фета: «Моего тот безумства желал, кто смежал / Этой розы завой, и блёстки, и росы; / Моего тот безумства желал, кто свивал / Эти тяжким узлом набежавшие косы» (1887).

Может быть, такой подход спасёт нас от излишнего восторга и неоправданного разочарования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипова А.А., Кирзюк А.А. *Опасные советские вещи: городские легенды и страхи в СССР*. М.: НЛО. 2020; 536 с. [Arkhipova A.A., Kirzyuk A.A. *Opasnye sovetskie veshchi: gorodskie legendy i strakhi v SSSR*. M.: NLO. 2020; 536 p. (In Russ.)]
2. Яacobсон Р. Беседа о кино с Адриано Апра и Луиджи Фаччини. *Киноведческие записки*. 1989; 4: 48–57. [Yakobson R. Beseda o kino s Adriano Apra i Luidzhi Fachchini. *Kinovedcheskie zapiski*. 1989; 4: 48–57. (In Russ.)]
3. Хан А. *Реализованное сравнение в поэтике авангарда (на материале поэмы В. Хлебникова «Журавль»)*. https://ka2.ru/nauka/anna_han.html (дата обращения: 26.12.2020). [Khan A. *Realizovannoe sravnenie v poehtike avangarda (na materiale poemy V. Khlebnikova "Zhuravl")*. https://ka2.ru/nauka/anna_han.html (access date: 26.12.2020). (In Russ.)]
4. Тарановский К. Очерки о поэзии О. Мандельштама. В кн.: *О поэзии и поэтике*. Сост. М.Л. Гаспаров. М.: Языки русской культуры. 2000; 432 с. [Taranovskiy K. Ocherki o poezii O. Mandel'shtama. In: *O poezii i poehtike*. Sost. M.L. Gasparov. M.: Yazyki russkoy kul'tury. 2000; 432 p. (In Russ.)]
5. Жирмунский В.М. Поэтика Александра Блока (1923). В кн.: *Теория литературы. Поэтика. Стилистика*. Л.: Наука. 1977; 406 с. [Zhirmunskiy V.M. Poehtika Aleksandra Bloka (1923). In: *Teoriya literatury. Poehtika. Stilistika*. L.: Nauka. 1977; 406 p. (In Russ.)]
6. Яacobсон Р. Два аспекта языка и два типа афатических нарушений. В кн.: *Теория метафоры*. М.: Прогресс. 1990; 110–132. [Yakobson R. Dva aspekta yazyka i dva tipa afaticheskikh narusheniy. In: *Teoriya metafory*. M.: Progress. 1990; 110–132. (In Russ.)]
7. Зислин И.М. К вопросу о научности психотерапии. *Неврологич. вестн.* 2019; 3: 88–90. [Zislin I.M. K voprosu o nauchnosti psikhoterapii. *Nevrologicheskiy vestnik*. 2019; 3: 88–90. (In Russ.)]

Поступила 01.01.2021; принята в печать 20.01.2021.