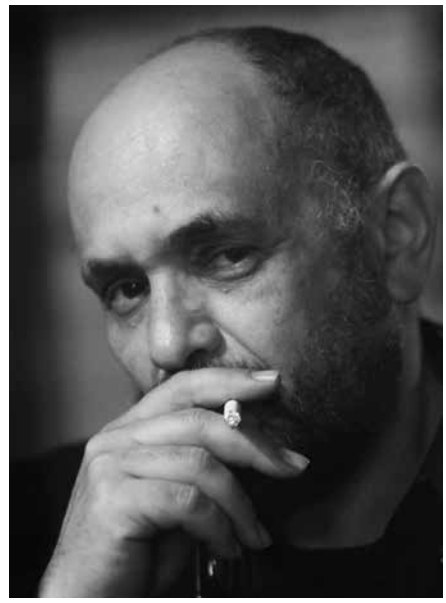
«Лучшие диагносты — полицейские»:

Иосиф Зислин
о «языках описания» в клинической психиатрии и антропологии

Беседовали Дарья Радченко и Александра Архипова



Для цитирования статьи:
Зислин, И. (Автор), Радченко, Д., Архипова, А. (Инт.). (2018). «Лучшие диагносты — полицейские»: о «языках описания» в клинической психиатрии и антропологии. *Фольклор и антропология города*, *I*(1), 217–223.

To cite this article:
Zislin, J. (Author), Radchenko, D., Arkhipova, A. (Int.). (2018). "The police are the best diagnosticians": on "description languages" in clinical psychiatry and anthropology. *Urban Folklore & Anthropology*, *I*(1), 217–223. (In Russian).

Зислин Иосиф (Zislin Yosef) — израильский психиатр. Живет в Иерусалиме. Закончил медицинский институт в Ленинграде, работал врачом в психиатрической больнице. Специализацию по психиатрии прошел в Израиле. Более 17 лет был инструктором по клинической психиатрии на медицинском факультете Иерусалимского Университета. В настоящее время частнопрактикующий врач-психиатр. Область научных интересов: клиническая психиатрия, психофармакология, антропологическая психиатрия, философия психиатрии. Автор более 90 работ, опубликованных на английском, русском и иврите.

Расскажи для наших читателей, как ты стал психиатром и при чем здесь антропология?

Я клинический психиатр, занимаюсь нормальной клинической психиатрией: смотреть, принимать, лечить больных, выписывать им лекарства. Пишу судебные экспертные заключения. Не занимаюсь я только психотерапией, хотя, конечно, и психология, и психотерапия присутствуют при каждом разговоре с пациентом.

Я рос в Ленинграде, в очень филологической семье без всякого отношения к медицине, и психиатрией в медицинском вузе я стал заниматься с первого курса из-за интереса к «языку». Не только к языку как объекту классической лингвистики, но как к «коду бессознательного». В моде был запрещенный психоанализ, и я им очень интересовался. Частично, конечно, из-за его запрещенности. Даже в медицинском институте нам это не преподавали совсем. Но еще в 9 классе я поехал из Ленинграда в Москву слушать лекции Лотмана в Пушкинском музее,

и это произвело на меня очень сильное впечатление. Примерно тогда же мой друг со школы Алексей Егоров (сейчас он известный профессор психиатрии в Петербурге) свел меня с сотрудниками лаборатории, которые занимались межполушарной асимметриеей, лингвистикой и параллельно лечением душевнобольных. Там работали очень крупные и яркие исследователи: Лев Балонов, Вадим Деглин , Татьяна Черниговская, туда приезжал и Вяч.Вс. Иванов. Так я познакомился с семиотикой, стал читать тартусские сборники. Ну и в эти же годы мне впервые попались в руки работы Л. С. Выготского, что совершенно перевернуло мое отношение к психологии, психоанализу и языку и окончательно определило мой путь в медицине.

Медицинское образование я получил в России, а потом уехал в начале 90-х в Израиль — и из ситуации монолингвистичной я сразу окунулся в многоязычную и «многокультуральную» жизнь. Плюс был шок собственной «немоты», особенно сильный в начале эмиграции. Мне кажется, что именно этот ужас немоты и вернул меня к занятию языком. Такая автотерапия. Я очень быстро — через полгода после приезда — стал работать психиатром, и это было очень непросто. В Израиле на очень маленьком пространстве ты можешь наблюдать многообразие этнических, религиозных, конфессиональных групп. И все сходят с ума по-своему, и у всех разное отношение к душевным расстройствам. В отличие от моих привычных ленинградских пациентов, израильские пациенты и многочисленные туристы, попадавшие к нам в больницу, говорили на всех возможных языках, например, однажды нам пришлось искать переводчика с хорватского, уже не говоря про амхарский, идиш или ладино.

Именно культурное разнообразие подтолкнуло психиатра к антропологии?

Вот это огромное языковое и культурное многообразие Израиля подогрело мой старый интерес к изучению роли языка у душевнобольных, и мне стало интересно: как врачи, не понимающие язык пациента или работающие через переводчика, меняют свое поведение в таких неординарных ситуациях. В какой-то момент я понял, что надо обращать внимание не только на то, *как* и *что* говорит пациент, но и на то, *как*, *что* и *почему* говорит врач. Ведь на разных языках говорят не только пациенты, но и врачи. Особенно заметно это было у нас в больнице: в отделении собрались врачи из России, Америки, Франции, Аргентины, Эфиопии.

Понимание роли языка в клинике естественно приводит врача к новым и новым вопросам. А понять язык без понимания антропоса — невозможно. Но когда среда монокультуральная и моноязычная, вопросов таких возникает меньше. А вот когда среда полиэтничная, то этих вопросов избежать трудно, а стандартные учебники давали весьма примитивные ответы на эти вопросы.

Важно понимать, что любое переживание в норме, а уж тем более в патологии, обязательно вплетено в язык культуры. Любое маркирование явления как ненормального базируется на культурных кодах. Возьмем, например, больного, говорящего на двух языках. При этом один из таких языков является для него родным, а второй — поздно приобретенным. Так вот оказалось, что в ситуации острейшего психоза, когда тревога и страх переполняют его, а бред еще только формируется, намеренное переключение психиатром на второй (поздно приобретенный) язык моментально приводит к улучшению клинической картины. Такое улучшение обычно очень кратковременное, но очень заметное. Это показывает, что первый, родной язык играет роль «генератора» психоза, а второй язык является для самого пациента языком описания состояния.

И переключение на второй язык дает пациенту уникальную возможность как бы дистанцироваться от собственного психоза. После того, как я это понял, я стал использовать такой терапевтический прием в клинике, и довольно успешно.

А что бывает, если пациент и врач говорят на разных языках (кроме банального непонимания)?

Само по себе «банальное непонимание» чрезвычайно интересно, и если его «раскопать», мы выйдем на уровень глубинной психологии как врача, так и пациента. Я сейчас пишу работу, где пытаюсь проанализировать логику врачей при написании патографий великих людей. И там проблема непонимания или узости медицинского понимания встает во весь рост. Легкость, с какой психиатры ставят диагнозы, например, литераторам на основании анализа их произведений, просто поражает. Но мне хочется не просто критиковать такой упрощенный подход к явлениям искусства, но и понять,а почему врачи именно так воспринимают тексты и паттерны поведения. Например, в психиатрии есть такой термин — «неологизм». И в филологии, и в психиатрии он значит одно и то же — изобретение новых слов. В литературоведении эта тема изучалась на примере творчества авангардистов. В психиатрии — это лишь один из симптомов нарушения мышления. И вот оказалось, что в билингвальной диагностической ситуации, если врач и пациент не в равной степени владеют общим языком, то врач выбирает одну из двух тактик в ситуации, когда сталкивается с неологизмом или просто не понял смысл высказывания. При этом тактика понимания\непонимания неологизма будет отражать общее понимание\непонимание языка душевнобольного. Первую тактику можно назвать «наглой тактикой»: все свое непонимание языка пациента врач будет объяснять нарушениями мышления обследуемого и часто маркировать непонятные высказывания обследуемого как неологизмы. Вторая тактика — «застенчивая»: врач будет склонен считать свое непонимание своей виной, трактуя любые непонятные высказывания пациента как результат своего недостаточного владения языком. Честно сказать, я и сам на разных стадиях овладения ивритом применял обе тактики, но я уже мог их отрефлексировать, что очень сильно помогло мне не впасть в крайности и не наделать лишних диагностических ошибок. И тут мне показалось, что это уже не очень далеко от антропологического полевого наблюдения.

А были ли ошибки диагноза, связанные с непониманием «культурного кода»?

Конечно, да! Первая моя ошибка, когда я только начал работать в Израиле, была следующая: я увидел, что пациентка, религиозная девушка, которую я за день до этого принимал в приемном покое, стоит, качается и что-то бормочет. Я испугался, что состояние ее резко ухудшилось и что это признак кататонического синдрома. Но будучи осторожным и не очень уверенным в знании иврита, я позвонил отцу (который был известным гебраистом), чтобы посоветоваться с ним. «Да она просто молится и читает псалмы», — последовал ответ. И тогда я понял, что недостаточно хорошо знать симптомы, но хорошо бы понимать языки разных культурных и конфессиональных групп. Ведь твоя культура — это количество языков, которыми ты владеешь — и не только в лингвистическом смысле, а языки как способы описания.

Мне всегда казалось, что антропология занимается типичным поведением, а психиатрия изучает девиации. А для изучения девиации мы должны знать, что есть норма. Когда мы видим, что по улице бежит голый человек, мы должны понимать, что это может быть вариант А (бежит гениальный ученый Архимед, и это норма для древних греков) или вариант Б (перед нами бежит человек в состоянии психоза).

Психиатрия — это не исследование ненормальности вообще, а прежде всего понимание поведения личности в особых условиях, в особых состояниях. И в этом смысле психиатрия много дает для понимания «нормы».

А вопрос, что мы понимаем, когда бежит голый человек, — это вопрос чисто «полицейский» (не в ругательном смысле слова). В этой ситуации мы опираемся на привычные модели «нормы» и «безумства» (без всякого Фуко), и эти модели работают. Поэтому вообще лучшие диагносты — полицейские: они на интуитивном уровне понимают, тащить ли человека в сумасшедший дом или бить дубинкой по голове. Хотя и здесь культуральные различия иногда играют роль. Например, в Израиле почти нет алкоголизма. Врачи почти не знакомы с белой горячкой. И полицейские не часто сталкиваются с алкоголиками. Так вот, начальник полицейского участка, расположенного у Стены Плача, лично привез мне огромного роста русского «субботника Ваню» в черной кипе (выходца из русской религиозной группы, принявшей иудаизм), который несколько месяцев жил у Стены Плача, прося милостыню и попивая водку. Полицейский притащил его ко врачу по своей инициативе, искренне утверждая, что человек серьезно болен душевной болезнью и нуждается в срочной госпитализации. Мотивировал он это очень просто: здоровый человек не может выпить в день две бутылки водки и не умереть при этом! Полицейский, который сам был выходцем из Ирака, не учел нормы алкоголя для русской души. И мне пришлось приложить немало усилий, чтобы наш обследуемый избежал больницы и вернулся в комфортное для него место, к Стене Плача.

Иосиф, ты все время в своих публичных выступлениях говоришь «культуральная психиатрия». А что это такое, и есть ли антропологическая психиатрия?

Существует два понятия, по сути разных: *культуральная* (она же транскультуральная или этнографическая) *психиатрия* и *антропологическая*. Транскультуральная психиатрия родилась довольно давно, сто лет назад, когда германские психиатры, отцы современной психиатрии, поехали смотреть, существуют ли те болезни, о которых они писали в Европе, в других странах: например, Эмиль Крепелин поехал на Яву. И выявили — да, выделенные «европейские» болезни (такие, например, как шизофрения или маниакально-депрессивный психоз) существуют, но имеют свои особенности. И тогда транскультуральная психиатрия стала сравнивать формы болезни в разных странах, но параллельно обнаружила и такие состояния, которые западным врачам совершенно не были известны. По сути, психиатры, использующие такой подход, мало чем отличались от антропологов начала XX века. После чего психиатрия радостно начала описывать «культуральные синдромы», например, «Амок», «арктическую лихорадку», «синдром коро» в Юго-Восточной Азии. Мужчины, у которых появляется такой синдром, считают, что их половые органы могут втянуться в живот и исчезнуть совсем, и вследствие этого человек умрет. Описано на сегодняшний день таких синдромов немало, но психиатры не задаются простым вопросом: а почему такие синдромы появляются в одних культурах и совершенно отсутствуют в других? А вот антропология дает нам возможность задать такой вопрос и даже попытаться найти ответ на него.

Понимаете, в чем дело: пока психиатрия описывала такие экзотические синдромы среди неевропейских народов, она как-то упустила из внимания, что *внекультуральных* симптомов не существует в принципе. Этим антропологическая психиатрия отличается от психиатрии культуральной: она не делит расстройства на синдромы обычные и на синдромы культуральные (то есть экзотические). Для нее любой синдром — культуральный (в какой-то степени), и поэтому она должна всегда учитывать контекст расстройства, принимая во внимание данные антропологии, лингвистики, фольклористики, истории.

Часто традиционные психиатры не очень задумываются над дефиницией «культура» и работают на таком уровне «наивных понятий». Именно такая наивность и дает возможность замечать *только* редкие и экзотические проявления у далеких туземцев или среди редких религиозных групп. Мне же ближе другое понимание, для которого человек — это некое животное, висящее в «семиотической паутине» смыслов. И тогда оказывается, что внекультуральных симптомов и болезней-то и нет вовсе. Например, такое явление, как отождествление себя с библейскими героями или с богом, для иерусалимского психиатра, который сталкивается с этим достаточно часто и рутинно, теряет свой заманчивый и изысканный флер и практически выходит из поля транскультуральной психиатрии. Для психиатра, скажем, скандинавского или российского подобные явления будут редкими, экзотичными и более «культуральными». Таким образом, степень «культуральности» синдрома будет в огромной степени зависеть не столько от понимания культурной наполненности явления, сколько от знакомства врача с ним.

Ну а все-таки, зачем антропология для психиатрии? В чем прикладной интерес врача?

В психиатрии есть проблема: у нас нет теоретического метаязыка, мы работаем на том языке, на котором говорит наш больной. Это одновременно и достоинство, и недостаток. Например, когда пациент говорит: «Я вижу зеленых человечков», — я так и должен это записать, а потом давать оценку. Мы записываем, а потом прикрепляем ярлыки и определяем это как зрительную галлюцинацию, иллюзию, бред или симуляцию. И с того момента, как мы перевели слова пациента на терминологию профессиональную, придали ему клинический смысл, соединили с другими симптомами и ввели в сетку классификации, само наполнение, содержание такого переживания становятся для врача малозначимыми. А дальше мы уже строим на этом диагностику и лечение. Например, по содержанию депрессивных жалоб и поведению больных я выделил для себя «депрессию питерскую», «депрессию марокканскую» и «депрессию грузинскую». Депрессия как болезнь — одна, а вот выражение ее, структура жалоб и поведения — совершенно разные у разных этнических групп. Кстати, учет таких особенностей не только представляет теоретический интерес, но и дает возможность, например, лучше оценить глубину депрессии, а в некоторых случаях и предотвратить суицид у таких больных. А например, применение методов нарративного анализа, позволило выделить особый класс опасных бредовых состояний, соответствующий известному мотиву «страдающего праведника»

Антропологический подход позволил мне построить первую типологию транскультуральных синдромов, выделив синдромы локальные, базирующиеся, скорее всего, на одном локальном мифе, синдромы столкновения, или синдромы, возникающие у пилигримов при встрече с высоко значимым культурным знаком, и синдромы смешанные.

При этом я совершенно не хочу сказать, что наша диагностическая классификация плоха и примитивна. Она такая, какая есть, и отражает уровни нашего понимания и, в большей степени, нашего непонимания природы душевного расстройства. Но пользоваться ей надо хотя бы для того, чтобы говорить на понятном и унифицированном для профессионалов языке.

А что привносит антропология?

«Понимание понимания». Я увидел это неформальное определение в книге по антропологии денег («Фетиш и табу: антропология денег в России»), и оно мне очень пришлось по душе. С одной стороны, включая симптоматику пациента в широкий контекст языка, культуры, религии, я начинаю лучше его понимать. А с другой стороны, я начинаю рефлексировать над своим понима-нием и над своим языком описания. Почему я думаю так? Почему я воспринимаю так? Что и как влияет на это? Почему я ошибаюсь? И это, как мне кажется, очень важно. Почему одного и того же пациента врачи описывают и понимают столь по-разному и часто ставят одному и тому же человеку совершенно разные диагнозы? А как и почему действует врачебное сообщество? И здесь очень полезно для врача поучиться у антропологов, изменить язык описания, взглянуть на всю лечебную ситуацию с другой стороны, «поменять свою оптику», как говорят антропологи. А это и есть самое сложное в рутинной клинической практике.

Возьмем ситуацию с «моральными паниками» — ситуацию, когда часть общества начинает сплачиваться против некой угрозы, считая ее реальной, и для этого взывает к переделке «моральных норм». Психиатры, как правило, не знакомы с этим понятием, но в тот момент, когда ты понимаешь, что существует такое явление, как моральная паника, ты можешь включить его в этот контекст. И тогда всю ситуацию — не только то, что говорит больной, но и то, что говорит врач, можно увидеть совсем иначе.

Например, в России, начиная с мая 2016 года разворачивается паника по поводу так называемых «групп смерти» («синих китов»). Паника была спровоцирована статьей в «Новой Газете», автор которой написал не просто о наличии таких групп, но о том, что в этих группах подростками манипулируют (по специальному плану) и заставляют совершить суицид некие кураторы «заграничного разлива». Все бурно обсуждают статью, происходят аресты, появляются пациенты — и те, кто говорят, что они — жертвы «групп смерти», и те, кто выдает себя за «кураторов».

И тут начинается интересная история уже с психиатрами. Ведь проблема с самоубийствами, а особенно с суицидами в подростковой среде реально существует. По сути, самоубийство — это самая большая угроза в психиатрии. В 2017 году в «Сибирском психиатрическом журнале» была опубликована статья, чье краткое содержание можно пересказать несколькими словами: «Мы исследуем группы смерти. У нас в Сибири большое число самоубийств. Это число возросло, потому что появились группы смерти». Но когда мы открываем статью, мы видим, что авторы описывают один кейс: подросток, неполная семья, немножко алкоголизм, немножко наркотики, зависает с водкой и друзьями в гараже, немного выпил, на спор (насколько быстро приедет «скорая») слегка порезал вены и был госпитализирован. И когда читаешь это, в общем-то, грамотное и правильное описание, становится понятно, что никакой связи с «группами смерти» нет и быть не может. Но в клиническом

анамнезе есть замечание матери, что он вроде бы состоял в такой группе (а такое замечание очень типично — это попытка переложить вину за поведение сына на некую внешнюю силу). А поскольку желание найти причину велико, и пресса уже обозначила виновных, то врачи с удовольствием за это хватаются! И в конце статьи неожиданно говорят: «Вот, во всем виноваты группы смерти». И тут как раз должна была включиться антропологическая психиатрия — т. е. рассматривать, с одной стороны, весь контекст поведения подростка, смысл его действий, но и, что не менее важно, логику и мотивацию поведения родственников, дающих свои объяснения. И, конечно, очень важно учитывать логику поведения и самого диагноста. В нашем случае это означает то, что врач делает свои профессиональные выводы, будучи включенным в поле моральной паники, и именно это приводит его к неправильным заключениям. А дальше в статье идут рекомендации на государственном уровне: запретить интернет, и все такое. И получается замкнутый круг. Врачи говорят, дальше СМИ со ссылкой «психиатры говорят» публикуют статьи, родители пугаются и бегут к психиатрам, психиатры получают положительное подкрепление.

Иосиф, номер этого журнала посвящен городским легендам. А современные сюжеты городской легенды проникают в бред пациентов?

Иногда бывают необычные случаи. Я консультирую москвичку лет 70, которая развила очень интересный бред. То есть для обычного клинического психиатра это обычный бред преследования. Но он интересен мне и вам, антропологам города, именно своим содержанием. Она рассказывает, что ее преследуют черти. Но это не обычные черти, которых мы представляем по текстам русского фольклора (и по мультфильмам). Нет, ее преследует черт, который хочет не ее душу, но ее паспорт. Зачем? Чтобы взять ссуду в банке. Потому что он — черт: и черный, и страшный, и на работу его не берут. И он, и его жена чертовка, и пять их детей-чертят живут в Замкадье, куда их переселили из маленькой квартирки. А денег не хватает, и особенно на специальные таблетки, которые чертята должны пить, чтобы вырасти собственно чертятами. Старший сын черта, правда, таблетки пить давно отказался, выглядит человеком и поэтому единственный в семье имеет работу — работает водителем грузовика и развозит товары из супермаркета. Но черт такой судьбы не хочет для младших детей, и поэтому он охотится за паспортом пациентки.

Интересно отношение пациентки к героям своего бреда. Она, с одной стороны, черта боится, но с другой стороны, как бы сочувствует ему. И вот давайте в этой истории заменим черта на гастарбайтера. И будет совершенно реалистичная история о трудностях выживания в большом городе и о страхе потерять свою «самость» и свои традиции. Пациентка выражает свой страх современным языком городского нарратива.

Если мне удастся ее вылечить (что не так-то оказалось легко), и если бы мы вместе — и врачи, и антропологи — проанализировали бы этот бредовый симптом, причем на разных этапах болезни, мы бы вместе сумели увидеть и понять, как и почему личность выбирает тот или иной сюжет из всего сюжетного фонда.