

Проблема власти в классической психиатрии: постструктуралистский подход

Сидоров-Мусеев И.И.

Аннотация: В статье анализируется проблема взаимоотношения власти и психиатрии в трактовке постструктурализма. Рассматривается концепция власти М.Фуко, в свете которой особое значение приобретают вопросы слияния власти и знания в классической психиатрии, присваивания психиатрией знания о том, что такое психическое заболевание. Исследуется формирование психиатрии и феномена психического заболевания. Созданная в Советском Союзе система карательной психиатрии, подавления инакомыслия через изоляцию и принудительное лечение анализируется как реализация на практике советских представлений о власти.

Ключевые слова: постструктурализм, психиатрия, инакомыслие, власть, безумие, психоанализ.

Классическая психиатрия сформировалась относительно недавно, ее появление можно отнести к XIX в. Проблема же понимания безумия, ненормальности, его соотношения с разумом существовала с древнейших времен. При этом на протяжении истории понимание того, что такое психическое заболевание, менялось. Это показывает М. Фуко в своем фундаментальном исследовании «История безумия и неразумия в классическую эпоху». Что же позволяет психиатрии претендовать на знание о том, чем является психическое заболевание? Ведь на основании этого знания вырабатывается и определенная модель отношения к умалишенному – он лишается юридических прав, свободы. Не только его тело, но и душа становятся объектом исследования психиатров, и все это под маской гуманизма, человеколюбия.

Психиатрия является удобным инструментом власти для расправы над инакомыслием, что, например, было распространено в СССР, где психиатрия использовалась в карательных целях. Жертвами системы слияния власти и психиатрии стали многие известные люди, критиковавшие советский строй, прежде всего – диссиденты. В фашистской Германии было принято, например, говорить о «дегенеративном искусстве», под которым понималось практически все искусство того времени, не вписывающееся в рамки системы. Поэтому следует более внимательно рассмотреть феномен карательной психиатрии, проанализировать особенности «клиники» – учреждений, в которых содержатся умалишенные. Постструктурализм

(прежде всего в лице Фуко) во многом сформировался в процессе исследования неадекватного понимания психиатрией проблемы психического заболевания. В свете этого анализ трактовки отношения власти и психиатрии Фуко особенно важен.

В «Истории безумия» Фуко показывает, как менялось отношение к «ненормальному», «неразумному» на протяжении истории. Если до XIX в. безумного изолировали, подвергали пыткам, относились к нему как к животному, то с XIX в. происходит важный сдвиг в понимании безумия. К XIX в. безумие полностью десакрализуется, к нему относятся как к болезни, какому-то моральному изъяну. Изоляция рассматривается лишь как необходимая терапевтическая мера. При этом Фуко специально подчеркивает значение юридического опыта анализа сумасшествия. Примечательно, что первое подобие классификации уровней безумия появилось именно в юриспруденции. Это можно объяснить тем, что человек обладает разумом, а это наделяет его определенными правами и обязанностями. Безумный же, как разумом не обладающий, неразумный, лишается прав и, по сути, обязан быть не просто изолирован, как в «дикие» Средние века, а теперь и подчиняться определенным правилам распорядка. Анализу и контролю подвергается не только тело, но и душа, внутренний мир изолируемого. Таким образом, Фуко в этой первой своей крупной работе показывает, что в классическую эпоху (с начала Возрождения и до XIX в.) безумие считалось чем угодно, но только не болезнью.

Для общества того времени психического заболевания, как мы понимаем его сейчас, вообще не существовало, а «перманентное прославление психиатрией следующих друг за другом собственных побед над душевными болезнями вовсе не отменяет, - как считает Фуко, - того, что сама психиатрия являет собой разумный дискурс о безумии. То есть она сама – итог того разделения, об исходном осуществлении которого ей самой ничего не известно»¹. Науке пришлось взять на себя заботу о безумии, во многом изменив подход к его пониманию. Сегодня именно медицина (психиатрия как ее раздел) претендует на знание психической болезни, именно она определяет ее. Мыслитель демонстрирует, что развитие психиатрии с ее трактовками – весьма позднее образование, закономерное в рамках вектора Нового времени с его рационально-гуманистическими идеалами. Подход данной науки к пониманию психического заболевания во многом контрастирует с подходами прошлых веков. Одной из важнейших для работы идей Фуко может быть мысль о том, что психиатрия не только выработала подходы к лечению психического заболевания, но и сама создала проблему психического заболевания.

В 1973–1974 гг. Мишель Фуко читает в Коллеж де Франс лекционный курс «Психиатрическая власть». Это было возвращение к проблеме безумия и теме психиатрии спустя десять лет после выхода в свет книги «История безумия». За эти годы Фуко существенно изменил свою методологию анализа общества и его прошлого – теперь центральным объектом генеалогического метода стала власть, власть во всех наиболее ускользающих от нашего взгляда проявлениях. Фуко уже в первой лекции нового учебного года открыто заявляет, что со времени написания «Истории безумия» его представления о том, как можно описывать психиатрические практики и безумие, в значительной степени изменились. В работе 1961 г. анализировалась эволюция представления о безумии: каким образом разные эпохи давали разные ответы на вопросы о причинах душевной болезни, о возможности и необходимости ее лечения, о методах этого лечения и способах изоляции. Эти различные модели восприятия возникали в тексте как структуры, которые позволяли вписать знание в культурный контекст и тем самым лишить это знание претензии на внеконтекстуальную истинность. Но в то же время структуралистский (структуралистский или постструктуралистский?) подход локализовал свою критику в определенных и конкретных формах мышления, он создавал уже изначально ригидные структуры, которые не позволяли избегать дискретности описания. Необходимо было найти то, что порождало эти различные дискурсы, связывало их друг с другом. Поэтому в качестве отправной точки в лекционном курсе Фуко является власть. Но прикоснуться к механизмам власти в понимании Фуко можно только через анализ тех структур, в которых она проявляется. Этим вызван особый интерес философа к лечебницам, тюрьмам, школам.

В лекционном курсе «Психиатрическая власть» и близком по теме курсе лекций следующего года «Ненормальные» Фуко никогда не фокусирует свое внимание просто на безумии. Напротив, он говорит об округе психической болезни, но не о ней самой а именно: об устройстве лечебницы, об обязанностях врачей-психиатров, о юридической практике, о неврологии и сексуальности. Именно через анализ этих институтов Фуко пытается выявить возможности, способности и проявления власти, ее влияние, да и в понятие «власть» Фуко вкладывает иное значение, чем это традиционно принято в социальных науках. Как замечает В.А. Подорога, Фуко десубъективирует власть. Такая власть не может быть присвоена человеком, она рассматривается как отношение. Одно из основных ее свойств – трансверсальность: власть «способна “пресекать”, “координировать”, или “внедряться” в любые социальные структуры, иерархии,

институты, повсюду вводя напряжение, конфликт, устанавливая разрыв или порождая сопротивление, умножая или, напротив, уменьшая число колеблющихся, неустойчивых сил»ⁱⁱ. Таким образом, лектор Коллеж де Франс начинает с ментальной медицины, которой и заканчивалась «История безумия». Но, как уже было упомянуто, методология его анализа несколько изменилась: на первом месте здесь, подчеркнем, рассматривается власть, а не институт и система идей. И психиатрическая больница – это уже одно из учреждений, где рождается и развивается одна из самых тотальных форм власти – власть над телом, власть симпатическая.

Врач-психиатр Ф. Пинель в 1793 г. снял все цепи, в которые были закованы душевнобольные Бисетра – парижского заведения для умалишенных. На первый взгляд конец насилия означал свободу тела, но для Фуко это оказалось лишь переходом к более изощренным способам управления. Примечателен вызывающий восхищение Пинеля случай с лечением английского короля Георга III, потерявшего рассудок. Несмотря на свое благородное происхождение, этот больной, как и всякий другой, изолируется от общества. Помещенный в камеру, Георг III может рассчитывать на нормальное обращение с ним только в том случае, пока не проявляет симптомов своего помешательства: ему достаточно начать буйствовать, чтобы сразу оказаться скрученным слугами. Подобным образом лечил своих больных и сам Пинель. В Бисетре перед пациентом всегда стояла альтернатива: или вести себя, как предписывает врач и в этом случае обладать относительной свободой и рассчитывать на человеческое отношение, или находиться в плену у своей мании и оказываться серьезно ограниченным в свободе или даже просто связанным. (Пациент это может контролировать?) Пример с Георгом III для Фуко имеет символическое значение: имеющаяся у короля власть-господство оказывается поверженной властью-дисциплиной. Но эта же ситуация на самом деле воспроизводится не только при лечении царствующей особы, это характерная особенность целой эпохи: «Власть-господство сменяется, так сказать, властью-дисциплиной, действие которой заключается вовсе не в утверждении власти отдельного человека, не в концентрации власти в зримом и имеющем имя индивиде, но, наоборот, в действии на него самого, на тело и личность»ⁱⁱⁱ. Эта новая дисциплинарная власть «скромна, бесцветна», она функционирует «посредством сети и обретает видимость исключительно в смирении и покорности тех, на кого она безмолвно действует»^{iv}.

В контексте нашего рассмотрения особенно важно то, что постепенно психиатрия требует от ненормального признания некоторой принятой в обществе

(так?)реальности, а не истины, как было раньше. Данный поворот позволяет врачам выпускать больного из лечебницы после того, как он согласится с определенным видом реальности, когда ему удастся навязать (так?) «правильную» (нужную) точку зрения. Фуко демонстрирует это на примере психиатрической практики Ф. Лёре, который действовал не менее искусно, чем Пинель. Лере, к примеру, лечил больного, который отказывался называть себя реальным именем, заявляет, что он Наполеон, рассказывал вымышленную автобиографию, искаженно идентифицировал географические объекты и окружающих его людей. При этом он не проявлял никаких признаков буйства, как было с Георгом III, Лере не довольствовался тем, что его пациент не представлял опасности для общества. Врач готов признать его здоровым только тогда, когда в его словах не будет никаких ложных фактов и переоценки собственных возможностей.

Для достижения этой цели специально подстраиваются ситуации, в которых больному было бы невозможно не признать собственную неправоту, к нему можно применять прямое физическое насилие, которое настолько жестоко, насколько это нужно, чтобы пациент признал правду врача. Фуко называет это «диспозитивом изречения истины»^v, но при этом замечает, что сама истина в этом лечении играет второстепенную роль. Дело в том, что фактологическая верность подобной истины неважна, необходимо другое – признание. Это во-первых. Во-вторых, усилия врача обращены в первую очередь на вырывание признания не об абстрактных истинах, а о тех, что связаны с биографией пациента. В-третьих, это биография должна быть определенным образом структурирована (место рождения, место работы, гражданский статус и т.д.). Это является свидетельством навязывания реальности, а не стратегемы истины.

Для Фуко весьма важен этот аспект, так как именно благодаря ему психиатрия смогла сформировать так называемый «диспозитив лечения», или «диспозитив лечебницы». В.А. Подорога так раскрывает смысл этого понятия: «Диспозитив, если сказать несколько иначе, – это власть-в-действии, или всякая власть в момент действия диспозитивна»^{vi}. Ведь Фуко, как уже отмечалось, исходит из того, что власть принадлежит не тому или иному субъекту, а самому их расположению. Поэтому диспозитив – это та диспозиция, которая обеспечивает продуцирование власти, направленной в том числе на постоянное воспроизводство самой диспозиции. Соответственно, «диспозитив лечения» – это то лечение, которое непрерывно создает условия для своей реализации. Такое лечение заботится о поиске больных, об оправдании врачебного вмешательства и о создании истории собственного успеха через

объявление (на каком-то этапе) пациентов здоровыми. По теории Фуко, лечение функционирует не на уровне тел, лекарств и процедур, а на уровне технологий власти, которая легитимирует себя через игру тел, лекарств и процедур. Больного принуждают к определенной реальности, называя это излечением.

Естественно, что при этом не может остаться в стороне тема о переплетении психиатрии и судебной власти. Рассмотрение данной проблемы приведет к возможности анализировать конкретные примеры злоупотребления властью.

С конца XVIII в. во Франции в уголовную практику вводится положение о том, что человек должен быть признан невиновным, если он не мог контролировать свое поведение. Так, к примеру, вплоть до 1994 г. действовала знаменитая 64-я статья принятого еще в эпоху Наполеона Гражданского кодекса, согласно которой «нет ни преступления, ни правонарушения, если подсудимый был в состоянии помутнения рассудка во время совершения деяния»^{vii}. Таким образом, юридическая наука два века назад существенно расширила то пространство естественности, которое является основанием для отказа в признании дееспособности.

Фуко в качестве примера приводит дело психически здоровой Генриетты Корнье, которая, не имея мотива, совершила жестокое убийство совсем маленького ребенка соседки. Юридическую психиатрию не может оставить равнодушной сам факт отсутствия заинтересованности в убийстве – ей нужно найти нечто, что позволило бы объяснять любое действие, каким бы беспричинным оно ни казалось. В дискуссии вокруг Корнье слово «инстинкт» еще не употребляется, но не в столь отдаленном будущем эта объяснительная модель уже будут широко использоваться. Инстинкт неразрывно свяжет взрослого с ребенком, человека с животным. Проблему в контексте нашего рассуждения представляет и то, что даже самый дикий и необузданный инстинкт нельзя представить как болезнь, поскольку он несет в себе удовольствие.

В результате в середине XIX в. психиатрия, как полагает Фуко, развивается таким образом, что перестает быть наукой о патологии безумия и становится наукой о ненормальном поведении. Одной из задач этой обновленной психиатрии становится описание синдромов. Здесь Фуко проводит деление между симптомами и синдромами по их функциональному значению в медицинской науке. Симптом отсылает к болезни и не имеет собственной значимости вне контекста болезни. Синдром, казалось бы, является более комплексным проявлением заболевания. Но как раз в силу этого синдром и может обладать той автономией, которой не хватает симптому, не могущему быть представленным более, чем знак. Синдром уже сам по себе является

свидетельством ненормальности. Совсем не обязательно выяснять, какая болезнь стоит за синдромом, – выявление синдрома является гарантией того, что перед нами больной человек с поведением, отклоняющимся от нормы. Свидетельством торжества синдромологического подхода является разработка именно во второй половине XIX в. целой вереницы фобий и маний: агорафобия, клаустрофобия, пиромания, клептомания, эксгибиционизм, мазохизм и т.д.

Второй особенностью новой психиатрии является возвращение интереса к речи больного. Внимание к бреду пациента уже не нужно для игр с истиной – его речь нужна для диагностирования вида ненормальности. Ведь теперь любая форма бреда (бред величия, преследования, одержимости и т.д.) может быть объяснена тем или иным инстинктом. «Смычка эффектов бреда с механикой инстинктов, с экономикой удовольствия: вот что помогло бы выстроить подлинную ментальную медицину, подлинную психиатрию ненормального»^{viii}.

В-третьих, патология ненормальности смогла сформироваться благодаря введению понятия состояния. Болезнь имеет строгую модель: этиология, патология, семиология и т.д. Используя эту модель, работать с душами людей трудно: какого-то звена всегда будет не хватать. Состояние же является понятием, которое также позволяет научно представить, патологизировать индивида, но оно намного более гибкое, так как позволяет переплестать психическое и органическое, находить причинную связь между прошлым состоянием и будущим.

Психиатрическое знание находило свое обоснование в нозологии и этиологии. Классификация болезней и поиск их органических коррелятов выступали как цели исследований психиатров, но сама психиатрическая практика была построена так, чтобы эти цели всегда оставались на уровне референтов, внешних по отношению к самой психиатрии. «Они выступали не более чем гарантом истинности психиатрической практики, которой хотелось, чтоб истина была дана ей раз и навсегда и более не подвергалась сомнению»^{ix}.

Феномен карательной психиатрии в СССР великолепно представлен фигурой А.В. Снежневского с его схемой «симптом – синдром – болезнь». В отличие от Фуко, советский психиатр, конечно же, не противопоставляет ни симптомы и синдромы, ни синдромологию и патологию. Для Снежневского синдром – это комплекс симптомов, который уже непосредственно свидетельствует о природе заболевания. А главная цель клинической психиатрии – это как раз классификация болезней и описание их патологии, последовательности вызываемых им состояний. Следует выявить те

особенности, которыми Снежневский наделяет психиатрическое знание и которые позволяют ему монополизировать право деления людей на психически безумных и психически здоровых. Можно с уверенностью, сказать, что в идеях Снежневского само психиатрическое знание доведено до своего предела, сводящего психиатрию к абсурду. Таким образом, рассмотрение его теории предохраняет нас от абсолютизации психиатрии в отношении своего предмета и деидеализирует психиатрию как таковую. Любая разрабатываемая в советское время научная теория должна была иметь марксистско-ленинское обоснование. Снежневский, как один из наиболее признанных системой психиатров, также не мог обойтись без отсылок к марксизму, он апеллировал к идее Маркса о том, что содержание сознания является превращенными формами социально-экономических отношений. Справедливости ради отметим, что Маркс, говоря о превращенных формах сознания, подразумевал идеологию (искусство, литературу, науку, политические представления и т.п.), а не заболевания, соматические или психические.

Потенциально существовало два пути изучения неврозов и психозов, которые можно было бы позиционировать как аутентичные заветам марксизма. Первый из них - это расширение той области, которая есть порождение производственных отношений: психические расстройства могли бы рассматриваться как составляющие надстройки. В этом случае психиатрия должна устанавливать, развитию каких психических заболеваний способствует та или иная социальная среда. С позиций советской психиатрии, подобный подход представлялся научным. Анализ бесед с пациентами, которые проводил на своих лекциях Снежневский, показывает, что сюжет рассказа больного являлся сам по себе распространенной в советской действительности практикой: нахождение под постоянной слежкой со стороны спецслужб, использование интеллектуальных способностей человека со стороны государства, применение аппарата, «дознающего» мысли или дающего установки – все это действительно имело место. Конечно же, эти больные не представляли никакого интереса для советского государства, **и все их опасения не имели под собой оснований** (не ясно, кого, чего?). Но тем не менее проблематизация отношения, в котором находится социальная среда и психическое заболевание, могла бы стать весомым вкладом в развитии психиатрии. Что предопределено социальной средой? Симптомы болезни, синдром болезни или даже сама болезнь? Сам строй был одним из факторов, приводящих к болезни.

Если мы посмотрим, как Снежневский анализирует показания пациентов, то заметим, что он находит в речи больного описание уже известных и

классифицированных симптомов и, по сути, не признает за ощущениями и мыслями пациента самостоятельной значимости. Из приводимых в книгах Снежневского стенограмм бесед с больными видно, что находящиеся на лечении в психической клинике наделяют все произошедшие с ними события определенной логикой. Эта логика может казаться странной для большинства других людей, но, тем не менее, страдающие психическими расстройствами в большинстве случаев не просто пересказывают факты из своей жизни, а связывают их друг с другом в единую событийную цепь. Эту логику больного Фрейд называл рационализацией, Снежневский же не пытается увидеть в ней ни рациональное, ни хотя бы осколки рационального. Таким образом, право на рациональность сохраняет за собой исключительно врач. Именно он может понять, что в действительности происходит с пациентом.

Человек, находящийся в состоянии болезни, перестает быть субъектом, болезнь уничтожает человека как субъекта. Поступки и речь больного не могут рассматриваться как результат его осознанного или неосознанного поведения – его чувственные, слуховые и зрительные восприятия уже понимаются как проявление болезни. Субъектом становится сама болезнь, а человек – это уже лишь ее носитель. Традиционный вопрос всех сеансов диалога с пациентом: «А может, все это болезнь, плод больного мозга?»^x – нужен для того, чтобы понять, насколько сохраняется у находящегося на лечении представление о норме. Если на этот вопрос следует положительный ответ, то это дает Снежневскому основания полагать, что заболевание носит менее тяжелый характер. Если обследуемый настаивает на своей нормальности, то это должно лишь усилить опасения врача относительно глубины поражения болезнью. Здесь можно провести аналогию с юридической практикой: чистосердечное раскаяние смягчает наказание.

Конечно, Снежневский отличает психоз от правонарушения. В беседе с больным советский психиатр подчеркнуто уважительно обращается к пациенту и не пытается ставить что-либо ему в вину. Но, как и в криминалистике, в клинической психиатрии господствует понятие нормы. Поведение больного – это девиантное поведение. Да, в силу своей недееспособности больной не несет наказания, но его также надо лишать прав. При этом речь идет не столько об отнятии права на свободу передвижения, сколько права на уважение к тому, что он заявляет и чего он хочет. Так как больной не является нормальным, то только врач обладает знанием, что для пациента в действительности является благом.

В связи с этим можно выделить еще одну особенность понимания Снежневским природы болезни – психическое заболевание обусловлено якобы объективными причинами, а не стремлениями и желаниями больного. Все, что составляет сознание страдающего психозом, – это дериват самого психоза. То есть связь между сознанием и болезнью односторонняя: болезнь изменяет сознание, но, владея собственным сознанием, больной не может преодолеть свое психическое заболевание. Примечательно, что в объемном двухтомном «Руководстве по психиатрии» под редакцией Снежневского психотерапии уделяется всего шесть страниц. Аналитическая психотерапия (психоанализ) характеризуется как склонная к произвольным интерпретациям и могущая привести к ухудшению состояния больного. Другие рассматриваемые виды психотерапии (рациональная, суггестивная, условнорефлекторная и коллективная) подразумевают оказание рационального, эмоционального, поведенческого воздействия на больного с целью коррекции его состояния. Таким образом, используемые в рамках классической клинической психиатрии способы и методы психотерапии ориентированы не столько на помощь пациенту в достижении того способа реализации своих желаний, который не приводил бы к внешним и внутренним конфликтам, сколько на внушение представлений о норме. Нет необходимости выявления этих скрытых желаний и стремлений, так как болезнь имеет только производящую причинность, но не финальную.

Психическое заболевание связано с отклонением от нормы и в области мышления. Снежневский объясняет нам, как именно положено мыслить здоровому человеку: «Наша мысль идет от конкретного к абстрактному и потом, обогащаясь, возвращается вновь к конкретному, становится реалистической»^{xi}. Больной же мыслит неправильно: мысль переходит «у него от конкретного к абстрактному и этим исчерпывается»^{xii}. Его мышление – это резонерство, мудрствование, а не зрелые размышления. Так, к примеру, шизофрения может приобретать следующий характер: «влечение чаще всего к занятию отвлечёнными, абстрактными проблемами („философическая интоксикация”)»^{xiii}.

Снежневский при этом не рефлексировал над тем, что есть норма и психическое здоровье, – для него это самоочевидные понятия. Здоровье – это отсутствие болезни. Здоровый человек может выступать как субъект своих действий, он нормально мыслит, у него нормальное поведение. Но в то же время в обществе есть люди, которые заражены болезнью и представляют опасность как для себя самих, так и для всего общества. Таких людей необходимо выявлять, помещать в стационар и лечить.

Выполнение этой миссии возложено на врача, который, согласно разрабатываемой Снежневским психиатрии, обладает исключительным знанием (только он может прийти к заключению, является тот или иной тип поведения следствием психического заболевания или нет) и несет исключительную ответственность (ведь если не начать полноценное лечение болезни уже на раннем этапе, то она будет быстро прогрессировать).

Анализ позиции Снежневского во многом подтверждает мысли Фуко. Врач сам устанавливает ту реальность, подтверждение которой указывает на то, что человек «нормален» или «ненормален». Психиатр не задается вопросом о своей собственной природе и не анализирует причины того, почему та реальность, которую он подает как истинную, истинна. Фигура Снежневского во многом обнажает правоту идей постструктуралистов. С помощью этой своей системы советский психиатр изолировал и «лечил» инакомыслящих, диссидентов. Активно применялась концепция вялотекущей шизофрении, при которой болезнь проявляется слабо, постепенно. Снежневский лично принимал участие в судебно-психиатрических экспертизах диссидентов, которые, как правило, заключались в лечебницы тюремного типа, а «лечение» зачастую приводило к тому, что мышление пациентов подавлялось, стиралась их личность. Через Снежневского прошли такие известные инакомыслящие, как Владимир Буковский, Петр Григоренко, Леонид Плющ и другие.

Концепция вялотекущей шизофрении представляет для работы особый интерес. Можно просто подойти к проблеме с этической стороны и вслед за Робертом Ван Вореном сказать, что эта концепция была создана специально для борьбы с инакомыслием, что Снежневский со своими товарищами действовал по указанию КГБ и партии^{xiv}. Но это слишком упрощенный подход, игнорирующий проблему. Концепция Снежневского должна быть подвергнута научному анализу. С другой стороны, «руководящие деятели Советской психиатрической ассоциации, как в тот период, когда они отрицали злоупотребления, так и тогда, когда они их признали, не завязывали дискуссию, которая могла бы им позволить частично оправдаться, представив некоторые случаи этих незаконных госпитализаций как результат применения ошибочной диагностической категории»^{xv}. Вялотекущая шизофрения, понятие о которой ввел Снежневский, представляет собой аналог латентной шизофрении, отличающийся тем, что болезнь не развивается и нет явных симптомов шизофрении. Эта концепция представляется западным психиатрам сомнительной, расширяющей

понимание шизофрении, поэтому люди с подобным диагнозом на Западе не признаются больными.

Проблема связи между действием, повлекшим обвинение, и болезнью отсутствует. При этом нет достаточных оснований для госпитализации человека с диагнозом вялотекущей шизофрении. В СССР диагнозы передавались в правоохранительные учреждения, отсутствовала врачебная тайна. Все это указывает на связь между советской психиатрией и властными структурами, однако является ли вся советская психиатрия лишь инструментом в руках власти? Буковский, которому Снежневский поставил диагноз вялотекущей шизофрении, заявлял по этому поводу следующее: «Не думаю, чтобы Снежневский создавал свою теорию вялотекущей шизофрении специально на потребу КГБ, но она необычайно подходила для нужд хрущевского коммунизма. Согласно теории, это общественно опасное заболевание могло развиваться чрезвычайно медленно, никак не проявляясь и не ослабляя интеллект больного, и определить его мог только сам Снежневский или его ученики. Естественно, КГБ старался, чтобы ученики Снежневского чаще попадали в число экспертов по политическим делам»^{xvi}. То есть Буковский полагал, что скорее власть встраивалась в слабые места психиатрии для борьбы с инакомыслием. Диссидент также говорит о различиях между московской и ленинградской психиатрической школой. Ленинград не признавал теории Снежневского и его последователей, более того, к нему относились как к шарлатану от психиатрии. Французский ученый Ж. Гаррабе разделяет мнение Буковского по вопросу о связи власти и советской психиатрии, полагая, что «репрессивный аппарат проник в теоретически слабое место, а не московская психиатрия умышленно совершила научный подлог, чтобы сделать возможным использование психиатрии для репрессий против диссидентов»^{xvii}. Гаррабе полагает, что нельзя сваливать всю вину только на Снежневского и проблема требует не только этического, но и научного анализа.

В тоталитарных режимах XX в. слияние власти и знания, злоупотребления психиатрии становятся очевидны. Однако с падением диктатур данная проблема не решена, скорее напротив: попытки власти встраиваться в знание усиливаются, становясь более изощренными, скрытыми. Очень популярны сегодня идеи сближения юридического и психиатрического знания. Психиатры могут получать юридическое образование и становиться судьями, решая, кого можно изолировать и лечить против его воли. Фуко предупреждал, что в «демократическом» западном обществе остается все меньше свободы, что под видом прав, заботы о нашем здоровье и безопасности нас

заставляют встраиваться в некоторые рамки, становиться частью системы, которая, как бы основываясь на идеях гуманизма жесточайшим образом расправляется со всем, что в эту систему не встраивается, что не подходит под то, что система считает разумным в данный момент.

Фуко показал, что сама проблема психического заболевания появилась относительно недавно. Постепенно знание о болезни стало сближаться с юридической системой, ненормальные лишались прав и должны были следовать определенным указаниям, четкому распорядку. Несложно догадаться, что именно через возможности психиатрии власть проявляет себя. Анализ структур изоляции (тюрьмы, больницы, школы) позволяет прикоснуться к пониманию власти, современному диспозитиву.

Несмотря на явные негативные моменты в психиатрии, не следует подходить к проблеме однозначно, как это, например, предлагают антипсихиатры, по сути просто отвергающие существование психического заболевания. Следует скорее принять положение постструктуралистов о том, что заболевание связано с историческим моментом и социальной средой и может иметь положительный момент, расшатывая застывшую и мертвую систему («тело без органов» Делеза). Должен существовать контроль общества, не позволяющий власти сливаться со знанием, также требуется новая этика отношений между психиатром и «ненормальным». Необходим пересмотр системы клиник с ее жестким контролем, распорядком и подавлением личности.

ⁱ Грицанов А.А., Абушенко В.Л. Мишель Фуко. Минск, 2008. С. 42.

ⁱⁱ Подорога В.А. Власть и познание (археологический поиск М. Фуко) // Власть: очерки современной политической философии Запада. М., 1989. С. 230.

ⁱⁱⁱ Фуко М. Психиатрическая власть: Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1973-1974 учебном году. СПб., 2007. С. 37.

^{iv} Там же. С. 37.

^v Там же. С. 185.

^{vi} Подорога В.А. Мишель Фуко и политическая история тела // Подорога В.А. Апология политического. М., 2010. С. 96.

^{vii} Code pénal de 1810. Article 64. http://ledroitcriminel.free.fr/la_legislation_criminelle/anciens_textes/code_penal_1810/code_penal_1810_1.htm

^{viii} Фуко М. Психиатрическая власть. Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1973-1974 учебном году. СПб., 2007. С. 370.

^{ix} Там же. С. 159.

^x Снежневский А.В. Общая психопатология. Курс лекций. М., 2008. С. 143.

^{xi} Там же. С. 107.

^{xii} Там же.

^{xiii} Снежневский А.В. Шизофрения (цикл лекций 1964 г.). М., 2008. С. 14.

^{xiv} Voren R. van. Political Abuse of Psychiatry—An Historical Overview // Schizophrenia Bulletin, 2010 N 36 (1): 33—35. DOI:10.1093/schbul/sbp119. PMID 19892821.

^{xv} Гаррабе Ж. История шизофрении. М.; СПб., 2000. С.158.

^{xvi} Буковский В.К. И возвращается ветер... М., 2007. С. 150.

^{xvii} *Гаррабе Ж.* История шизофрении. С.160.