

МОДЕЛИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАДИГМАХ

С.А. Судьин

В статье делается попытка социологической концептуализации взаимоотношений врачей и пациентов с точки зрения различных моделей объяснения. На основании анализа работ Т. Парсонса, М. Фуко, И. Гофмана, Т. Жажка и др. выделяются комплексы специфических черт терапевтического процесса, являющиеся отражением общетеоретической и методологической ориентаций указанных авторов.

Появление работ Т. Парсонса «Social Structure and Personality» [5] и «The Social System» [6] ознаменовало начало социологического анализа медицины как таковой и всего, что связано с ней, в том числе анализу были подвергнуты модели взаимодействия врачей и пациентов. Поскольку сама медицина и все внутри- и околomedicalные структуры, процессы и институты были и остаются неоднозначными с точки зрения восприятия и оценки, каждая научная ориентация вносит свой вклад в понимание исследуемого феномена.

Вполне оправданно, что авторы, упомянутые в данной статье, занимались в большей степени вопросами психического, нежели соматического здоровья. Это связано с целым рядом обстоятельств: значительной ролью социальных факторов в происхождении психических расстройств, утратой (вследствие душевной болезни) способности к исполнению привычных социальных ролей, наличием феномена социальной реакции на состояние и поведение заболевших индивидов и т.д. Так как базовые эпистемологические постулаты каждой теории по-своему описывают медицинскую практику в целом, они позволяют аналитически вывести и тип коммуникации, который складывается между врачами и пациентами.

Понятие *модели*, которое будет использоваться здесь для обозначения комплекса функциональных взаимоотношений врачей и пациентов, является одним из самых сложных в социологии с точки зрения определения. Многочисленные коннотации, привязки то к процессуальной, то к содержательной составляющей – вот то, с чем неизменно приходится сталкиваться. Под моделью мы будем понимать некий комплекс явлений и процессов, состоящих в первую очередь из целей взаимодействия, формулируемых на основании представлений о природе болезни, используемых методов (в том числе терапевтических) и достигаемых результатов. Таким образом, модель здесь представляет собой некие универсальные аналитические конструкты, применимые для изучения коммуникативных аспектов терапевтической практики.

Представления об обществе как о равновесной системе заставляло Т. Парсонса анализировать причины, способные нарушить это равновесие, а также механизмы регуляции отклонений. Болезнь, таким образом, видится автору как форма девиантного поведения, приводящая к ценностно-нормативному конфликту между актором и обществом. Врач, помещенный Т. Парсонсом в систему стандартных переменных, помимо явной функции – лечения участвует и в сохранении баланса социальной системы, выполняя адаптивные функции, легитимируя патологические статусы индивида, мотивируя на изменение положения и активное участие пациента в терапевтическом процессе.

Для Т. Парсонса было очевидно, что состояние болезни проявляется вне желания индивида, который, в силу присущей ему сознательности, пытается легитимировать свое состояние через обращение к врачу. Роль больного, таким образом, трансформируется в роль пациента, которая предполагает высокую мотивацию на лечение, а также, что важно для данной темы, активное участие в процессе лечения.

Факт обращения к врачу является признанием пациентом неспособности решить проблему собственными силами и веры в компетентность врача. Взаимодействие врача и пациента направлено на решение общей задачи: возвращение заболевшего в социальную систему, которая таким образом вернет себе состояние равновесия, нарушенное временным выключением актора из нее. Присущая индивиду рациональность и приверженность ценностям общества и семьи заставляет пациента «играть в паре» с терапевтом. Такая форма может максимально ускорить процесс возвращения индивида в социальную систему. Идеальным вариантом такого взаимодействия Т. Парсонс называет психоаналитическое лечение (психологический самоанализ), на распространенность которого в свое время он указывал. Американскому обществу, по мнению Т. Парсонса, присуща сильная оптимистическая составляющая, которая основана на таких чертах, как страх перед смертью, подавление негативных эмоциональных реакций, что свойственно американцам в значительно большей степени, чем представителям других культур.

Виднейший представитель неофункционализма Н. Луман, анализируя роли представителей «помогающих профессий» (врача, социального работника и т.п.), отмечает, что их основной задачей является облегчение т.н. «инклюзии» (Inklusion), т.е. включения индивида в систему социальных отношений. Параллельной задачей является редукция факторов, вызывающих «эксклюзию» (Exklusion), т.е. инвалидности, преждевременной старости и прочих причин, определяющих исключение индивида из социальных отношений. По мере социокультурного развития общества инклюзия становится одним из важнейших аспектов, определяющих включенность больших масс людей, социальных ролей и механизмов в функционально взаимосвязанные отношения. Необходимость такого включения обусловлена растущей дифференциацией. Таким образом, разумно обозначить описанный выше вид коммуникации как *партнерство* или *кооперацию*, основанную на единстве целей и приводящую к равновесию социальную систему.

Принципиально по-другому выстраивается коммуникативная модель врач – пациент в работах М. Фуко, признанного лидера постструктуралистского направления. Если для Т. Парсонса (и – шире, социологов-функционалистов) коммуникативная модель может быть названа партнерской, то М. Фуко переводит данную тему в координаты власть – подчинение.

В работе «Надзирать и наказывать» [10] М. Фуко говорит о том, что «судьи нормальности окружают нас со всех сторон. Мы живем в обществе учителя-судьи, врача-судьи, воспитателя-судьи и социального работника-судьи; именно на них основывается повсеместное господство нормативного; каждый индивид, где бы он ни находился, подчиняет ему свое тело, жесты, поведение, поступки, способности и успехи» [10, с. 447–448]. Врач предстает не агентом адаптации индивида к условиям социальной среды, а конечным звеном процесса конструирования болезни и агентом социального контроля. В принципе, идея «двойного мандата», под которым понимается выполнение врачами, с одной стороны, лечебных, а с другой – контролирующих функций, известна давно.

Работа М. Фуко «Рождение клиники» [11] полностью посвящена проблеме формирования медицинской власти, обозначаемой автором как «медицинский взгляд», способный отыскать во множестве символов и знаков признак болезни и отнести ее к имеющимся классам. «Классифицирующее мышление обретает для себя сущностное пространство. Болезнь существует лишь в нем, так как оно конституирует ее в качестве природы, и все же она кажется всегда несколько смещенной по отношению к этому пространству, ибо проявляется у реального больного в уже вооруженных глазах врача» [11, с. 32].

Анализируя дискурсивную эволюцию, означавшую переход от представлений о болезнях в XVIII веке к их образу в сознании врача XIX века, автор отмечает, что произошло смещение внимания с состояния больного на локализацию болезни в организме. В данном случае участие самого больного в процессе собственного оздоровления превращается в молчаливое согласие с терапевтическими процедурами, закодированными обозначениями, недоступными для пациента. (Достаточно вспомнить системы кодов, которые используются врачами для обозначения болезненных состояний, чтобы в этом убедиться). Итогом данного процесса становится своеобразная сакрализация медицинского знания, установление своего рода экспертократии. «Врач и больной втягиваются в бесконечно увеличивающуюся близость и связываются: врач взглядом, который насторожен и всегда направлен к постижению больного; больной – совокупностью незаменимых и немых качеств, которые его выдают, иначе говоря, демонстрируют и варьируют точные упорядоченные формы болезни» [11, с. 41]. Другими словами, пациенту отводится место в научном протоколе, где основное значение имеют врачебные представления о норме, патологии, здоровье и болезни.

Каковы же представления автора о природе психической болезни, обуславливающие подобные терапевтические практики? В книге «История безумия в классическую эпоху» [9] М. Фуко отмечает, что «нормальный человек», т.е. состояние, предшествующее опыту болезни, – это мыслительный конструкт, истоки которого нужно искать не в природном, а в юридическом пространстве. Следовательно, «...безумец признается таковым не в силу болезни, переместившей его на периферию нормы, но потому, что наша культура отвела ему место в точке пересечения общественного приговора об изоляции и юридического знания, определяющего дееспособность правовых субъектов» [9; с. 144]. После этого стало возможно и появление психиатрии с ее лживым гуманизмом, благодаря которому «безумец был поднят до уровня человеческого существа» [9; с. 144]. Юридическая подоплека находит свое выражение в двух аспектах. С одной стороны, это связано с неизбежным поражением в правах в случае болезни, а с другой – с тем, что безумие стало уподобляться преступлению, сообщаясь со Злом через личный выбор и дурное намерение. По словам Фуко, нормы позитивизма, на которых зиждилась медицинская наука XIX века, создали немало тумана вокруг психиатрической практики: она становится все более непонятной, целительная сила психиатра – все более таинственной. Отношения врач – пациент искажаются: врач в глазах больного становится чудотворцем, больной изъявляет всю большую готовность отдать себя в его руки. Таким образом, пациент будет все больше отчуждаться во враче, подчиняясь чужой воле. А что же врач? Он не ведает природы своей силы, не может оправдать сверхдоверия со стороны больного и по-настоящему лечит ложные болезни.

Исходя из вышеизложенного, данную модель коммуникации можно назвать *сакрально-технократической* в связи с особой ролью медицинского знания в жизни общества и отсутствия вовлеченности больного в терапевтический процесс.

Работа И. Гофмана «Asylums» [3] позволяет проследить особенности анализа терапевтической коммуникации в интерпретативистской социологии. В центре внимания автора находится психиатрическая больница, отнесенная им к категории «тотального института»: тюрьмы, армейского барака, монастыря, лепрозория и т.п. Характерной особенностью тотального института является полное подчинение существования индивида внутренней логике функционирования учреждения. В подобного рода тотальных институтах происходит не столько исправление индивида, сколько приучение его к образу жизни в учреждении, навязывание понимания собственной институциональной значимости. Одновременно стоит указать на то, что в процессе пребывания в тотальном институте происходит своеобразное «размывание» самооценки индивида и замещение ее осознанием важности роли института в его жизни. Для обеспечения этого процесса тотальный институт, будь то тюрьма, казарма или психиатрическая больница, уравнивает каждого, находящегося внутри. Это касается не только правового, но и общечеловеческого аспекта. Так, через лишение личных вещей стирается индивидуальность, появление униформы окончательно закрепляет процесс перехода из одной реальности в другую.

Авторское понимание природы болезни и обоснование терапевтических практик обусловили положения социального конструкционизма. И. Гофман отмечает, что процент добровольных пациентов психиатрической больницы весьма невелик. Это означает, что процесс исключения начинается еще задолго до того, как обращение в клинику становится свершившимся фактом. Первичный диагноз ставится не врачом, а, как правило, непосредственным окружением больного человека. Не имея медицинских познаний, носители обыденного знания обращают внимание на возможное неадекватное поведение. Первичное отнесение нормального человека к числу психически больных, первый шаг к его исключению производится «в домашних условиях». Это происходит оттого, что близкие отмечают какие-то нарушения в поведении «больного», отклоняющегося от какого-то стандарта, в то время как понятие нормы является более чем относительным и зависит от конкретной исторической эпохи или даже ценностных ориентаций отдельной семьи или человека.

Исходя из вышеизложенного становится понятной коммуникативная модель врачей и пациентов. Для врачей пациенты – лишь объекты применения своих научных представлений, причем это применение не всегда оправданно и служит лишь подтверждением их компетенции и самоутверждению. «Медицинский персонал будет постоянно нуждаться в подтверждении того, что они еще чего-то стоят, что полученные когда-то знания все еще ценятся. Проблемы больного упрощаются, пресловутый кейс-стади накладывается на прошлый опыт больного... Из просто больного он становится очень больным, и необходимость госпитализации обосновывается сама собой, иначе будет еще хуже» [3, с. 135].

Поскольку причины психических расстройств И. Гофман (равно как Т. Шефф, А. Троян, Э. Лемерт, Й. Бопп) искал в социальных отношениях, то это и определило его скептическое отношение к психиатрическому лечению и обусловило ненужность психотерапевтической коммуникации. Эту модель взаимодействия можно охарактеризовать как *госпитализирующую*, т.е. направленную на укрепление понимания пациентом растущей роли больницы в

его жизни. Кроме этого, указание на роль госпиталя фактически тождественно институционализации болезни, приведению поведенческих особенностей в соответствие с медицинским диагнозом.

Дальнейшее укрепление подобных представлений можно проследить в работах авторов антипсихиатрического направления (Т. Жаж, Р. Лэйнг, Д. Купер), пик популярности которого пришелся на шестидесятые годы XX века. Отрицая психическую болезнь как медицинский феномен, они также сводили ее к социально-конструкционистским факторам, но делали акцент на недобровольности лечения и жестокости средств терапевтического воздействия.

В работах Д. Купера, Т. Жажа, Р. Лэйнга также исследуется проблема «двойного мандата», который, по сути, становится «одинарным» по причине отсутствия у врачей-психиатров терапевтических функций. Поскольку нельзя отыскать и показать, какие конкретные нарушения какие болезни вызывают, то понятия «психическая болезнь» не должно существовать, а то, что врачи определяют таким понятием, является лишь констатацией наличия у индивида определенных жизненных проблем.

Первоначально основной мишенью критиков стали методы психиатрического лечения и его изначально недобровольная природа. Наиболее цитируемыми местами в работах указанных авторов являются разделы, где они обрушиваются с критикой на современное состояние психиатрической помощи и объявляют врачей – психиатров агентами социального контроля. По мнению авторов, индивиды, ведущие себя неконформно, чье поведение отличается от принятых правил, просто объявляются психически нездоровыми, репрессируются по воле правящих кругов. Эти неконформисты изолируются и подвергаются лечению до тех пор, пока не станут более покладистыми. Например, Т. Жаж называет врачей-психиатров профессиональными наемниками, тюремщиками, мучителями, психиатрические клиники – тюрьмами, а психиатрическое лечение – разговором. Т. Жаж пишет, что роль врача постепенно трансформируется от надзирателя в социотехника, пытающегося, опять-таки, найти оправдание своей деятельности [7, с. 17].

В работе Р.Д. Лэйнга психическая болезнь (конкретно – шизофрения) предстает средством спасения от «онтологической неуверенности», порождающей ужас и выражающейся в полном бессилии перед другими. Лечение в итоге представляет собой насильственное уничтожение симптомов, свидетельствующих о крайнем неблагополучии. С. Гроф в своей книге «За пределами мозга» [8], цитируя Ф. Капру, пишет: «Представьте себе водителя, который отреагировал на красный сигнал в приборном щитке машины, указывающий, что топливо на исходе, тем, что отсоединил кабель, ведущий к сигнальной системе оповещения. Удовлетворенный тем, что адекватно справился с проблемой, водитель едет дальше» [8; с. 354]. Социальный конструкционизм, характерный для И. Гофмана, дополняется здесь идеей насилия и репрессий по отношению к проблемной с точки зрения окружающих личности.

Таким образом, данную модель взаимодействия можно назвать *репрессивной*, направленной на подавление неконформной личности и приведение ее к общепринятому стандарту. Это, в свою очередь, невозможно без известного ограничения свободы.

Таким образом, социологический анализ психотерапевтического (и шире – терапевтического) взаимодействия позволил выявить четыре типа функциональных взаимоотношений врачей и пациентов: партнерство или

кооперация, сакрально-технократический, госпитализирующий и репрессивный типы коммуникаций. Конечно, как и любая классификация, данная типология носит несколько идеально-типический характер, однако позволяет по совокупности признаков относить исследуемую модель терапевтических отношений к какому-либо из описанных здесь типов.

Л и т е р а т у р а

1. Bopp, J. Antipsychiatrie : Theorien, Therapien, Politik / J. Bopp. – Frankfurt am Main: Syndikat, 1980.
2. Cooper, D. Psychiatrie und Antipsychiatrie / D. Cooper. – Fr. am Mein: Suhrkamp, 1975.
3. Goffman, E. Asylums / E. Goffman. – London: Penguin Books, 2000. – 338 p.
4. Lemert, E. Social Pathology / E. Lemert. – New York: McGraw-Hill, 1951.
5. Parsons, T. Definitions of Health Illness in the Light of American Values and Social Structure. In: Social Structure and Personality / T. Parsons. – NY: The Free Press, 1965. – 376 s.
6. Parsons, T. The social structure and dynamic process: the case of modern medical practice. In: The Social System / T. Parsons. – London: Routledge, 1991. – 575 p.
7. Szasz, T. Recht, Freiheit und Psychiatrie / T. Szasz. – Wien [u.a.]: Europaverl., 1978. – 350 s.
8. Гроф, С. За пределами мозга / С. Гроф. – М.: АСТ, 2004. – 497 с.
9. Фуко, М. История безумия в классическую эпоху. – СПб.: Университетская книга, 1997.
10. Фуко, М. Надзирать и наказывать / М. Фуко. – М., Ad Marginem, 1999. – 480 с.
11. Фуко, М. Рождение клиники / М. Фуко. – М.: Смысл, 1998. – 310 с.

The article presents an attempt of sociological conceptualization of the relations between doctors and patients from the viewpoint of different models of explanation. Drawing on analysis of the works of Parsons, Foucault, Goffman and other theorists specific traits of the therapeutic process that reflect the methodological orientations of these authors are selected.