

УДК 159.923+316.6+159.98

DOI: <https://doi.org/10.17721/2523-4064.2023/9-8/15>

Сергій РУДЕНКО, д-р філос. наук, проф.

ORCID ID: 0000-0001-9069-0989

e-mail: rudenkosrg@gmail.com

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна

Михайло ТАСЕНКО, асп.

ORCID ID: 0000-0002-5807-1771

e-mail: mtasenko.kr@gmail.com

Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ АСПЕКТИ СИСТЕМ КЛАСИФІКАЦІЇ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Вступ. Стаття демонструє особливості розвитку та вплив таких основних діагностичних систем у психіатрії, як DSM і МКХ на уявлення про психіатричні захворювання. Проблема класифікації психіатричних розладів – одна з основних тем, яка є сферою дослідження філософії психіатрії. Правильна постановка діагнозу, у межах тієї чи іншої діагностичної системи, безпосередньо впливає на вибір відповідного медикаментозного лікування, психотерапії та соціальної підтримки людей, що страждають на психічні розлади. Помилки, що можливі при встановленні діагнозу, мають не лише негативні медичні, а й соціальні наслідки, які призводять до стигматизації та униканню людей, які страждають на психічні розлади.

Методи. Застосовується інтегрований підхід до аналізу психіатричних діагностичних систем, включаючи історичний, порівняльний і міждисциплінарний методи. Використання історичного методу сприяло детальній розвідці еволюції психіатричних діагностичних систем і зміни підходів до класифікації психічних розладів. Проведено порівняльний аналіз основних діагностичних систем, розглядаючи їхню структуру, критерії діагностики та взаємодію. Міждисциплінарний метод містить інтеграцію знань із психіатрії, філософії, історії медицини, культурології та психології, забезпечуючи глибоке розуміння медичних, філософських, соціальних і культурних аспектів психічних розладів.

Результати. Здійснено аналіз історичного розвитку ідей та методології класифікації психічних розладів від стародавньої Греції до сучасності. Від Гіппократа і Платона до Сайденгема, Кабаніса, Пінеля та Ескіроля, автори відслідковують еволюцію розуміння психічних розладів, підкреслюючи зміну акцентів з етіологічних теорій до більш описових і категоріальних моделей. Відображено сучасний стан класифікаційних систем DSM і МКХ, що відіграють домінуючу роль у психіатричній науці й подальшому соціальному супроводі та забезпеченні людей, які страждають на психічні розлади. Обговорюються зміни, які відбулися в цих системах, та їх вплив на психіатричну практику й дослідження. Значний акцент зроблено на історії виникнення діагнозу посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який стає символічним показником складнощів і викликів, пов'язаних із сучасною класифікацією психічних захворювань. Автори розглядають феноменологічний метод як інструмент для глибшого розуміння ПТСР, особливо в контексті постійних психотравмуючих факторів війни, наслідки яких породжують нові виклики перед українською психіатричною практикою. Представлено кейс-стаді з використанням феноменологічного підходу для діагностики ПТСР, який демонструє необхідність детального аналізу внутрішнього досвіду пацієнтів для точного діагностування та ефективного лікування.

Висновки. Підкреслюється важливість інтеграції філософських методів до діагностики й аналізу психічних хвороб у клінічну практику. Автори закликають до розвитку міждисциплінарних досліджень, які залучають як філософів, так і спеціалістів у галузі психічного здоров'я, для розробки більш деталізованих та людиноцентричних підходів до діагностики та лікування психічних розладів.

Ключові слова: філософія психіатрії, класифікація, досвід психічної хвороби, ПТСР.

Вступ

Сьогодні найбільший авторитет у світовій психіатрії мають два посібники: "Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів" (DSM) (за створенням і регулярним переглядом стоїть Американська психіатрична асоціація (APA) і Міжнародна класифікація хвороб Всесвітньої організації охорони здоров'я (скорочено МКХ). Обидві праці зазнали значних змін протягом останніх кількох десятиліть. Оскільки у МКХ ідеться не лише про опис і класифікацію психічних хвороб, а й про соматичні захворювання загалом, DSM – це те, що найчастіше називають "психіатричною біблією" (особливо в США), і саме вона, як правило, перебуває в центрі уваги філософів (Шалак, 2023, с. 55).

Часто вживаний термін "біблія" є гіперболізованим, але виправданим. Далекосяжна влада і авторитет, якими володіє DSM, вражає. Вона не просто керує клінічною діагностикою, а структурує дослідження психічного здоров'я. Критерії включення учасників часто ґрунтуються на тому, чи мають люди діагнози DSM, чи ні. Крім того, вона є критерієм для прийняття рішень про медичне страхування. Зміни в DSM можуть у принципі змінити розмір страхових внесків або навіть те, чи отримаєте ви страхові виплати або покриття взагалі, а також те, чи отримає людина доступ до

форм соціального забезпечення, соціальної допомоги, лікарняних тощо (Wilkinson, 2023, р. 45).

Для формування цілісної картини про побудову та зміст систем для діагностики психічних розладів, слід звернутись до історії їхнього зображення і класифікації та відслідкувати, як змінювались підходи до опису психічних хвороб.

Класифікація психічних розладів сягає своїм корінням у давнину. Перші спроби класифікувати психічну діяльність (як нормальну, так і патологічну) традиційно приписують діяльності науковців стародавньої Греції. Приміром, Гіппократ разом зі своїми учнями виділяв такі типи психічних розладів:

- 1) френіти – гострий психічний розлад, який супроводжувався лихоманкою;
- 2) манії – гострий психічний розлад без лихоманки;
- 3) меланхолія – усі види хронічних психічних розладів;
- 4) епілепсія – у сучасному розумінні;
- 5) істерія – приступоподібна задишка, біль, судоми.

Також одним із відомих напрацювань Гіппократа, який ґрунтувався на емпіричних дослідженнях і надалі мав відображення у всій психологічній науці, стала класифікація темпераментів – базової основи особистості, яка зазвичай вважається біологічно детермінованою і наявна на початку життя, включаючи такі харак-

© Руденко Сергій, Тасенко Михайло, 2023

теристики, як рівень енергії, емоційна чуйність, поведінка, настрої, темп реакції, поведінкове гальмування і готовність до дослідження (APA dictionary of psychology, 2018), а саме:

- 1) холерик (гнівний, ворожий);
- 2) сангвінік (оптимістичний, життєрадісний);
- 3) меланхолік (песимістичний, депресивний);
- 4) флегматик (апатичний, байдужий).

Платон у діалозі "Федр" проводить обговорення різних форм "божевілля" (манії) (Menninger, 1985, p. 421). Він розрізняє божевілля, яке дане нам божественним даром, і таке, яке є наслідком фізичної хвороби:

I. *Божественне безумство:*

- a) пророче божевілля (дане Аполлоном);
- b) релігійне (дане Діонісом);
- c) поетичне (натхненне Музами);
- d) еротичне божевілля (натхненне Афродітою).

II. Природне безумство, що походить від фізичних хвороб.

Ці або подібні відмінності пізніше були вміщені до багатьох психіатричних класифікацій аж до XVII і XVIII ст.

Найбільш значущою епохою для сучасної психіатрії стало XVIII ст. З розвитком науки зростає інтерес до психіатричної класифікації та її ускладнення. Цьому сприяли філософські постулати Просвітництва, особливо віра в те, що природа є "однорідною" та "послідовною". Лікар і філософ Томас Сайденгем (1624–1689), якого часто називають "англійським Гіппократом", підкреслював, що всі творіння природи, у тому числі хвороби, є одиничними й окремими видами, що кожна хвороба має незалежне існування з рівномірним виявом у різних людей одних і тих самих явищ (Britannica, 2023). Сайденгем рекомендував лікарю ретельно розглядати обсервацію (спостереження) та сортувати емпіричні дані за закономірностями їхнього виникнення, подібно до того, як це робить ботанік, класифікуючи рослини. Він сподівався, що майбутні нозологи використовуватимуть цей більш ботанічний метод описової класифікації для "проникнення" у світ хвороби, замість того, щоб застосовувати спекулятивні теорії з епістемологією, яка здавалася обов'язково обмеженою тогочасними медичними знаннями та інструментами (Mack et al., 1994, p. 516).

Французький лікар і хімік П'єр Жан Жорж Кабаніс дотримувався платонічного й раціоналістичного погляду проти нової тенденції використання спостереження, як єдиного, основного методу для опису психічних хвороб. Як каталізатор удосконалення епістемології медичного знання, він попереджав, що наука, заснована на спостереженнях, може легко загубитися в різноманітті зібраних фактів. Він прагнув до створення класифікації, яка б "філософськи осмислювала" зібрані емпіричні дані в певних рамках (Mack et al., 1994, p. 517).

Цю ідею розвинув французький лікар Філіп Пінель, якого вважають першим "професійним" психіатром. Психіатра, як видно з його "Філософської нозографії" (*Nosographie philosophique*, 1798) та "Медико-філософського трактату про психічне відчуження або божевілля" (*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, 1801), цілком влаштувала описова система, оскільки він очікував, що вона буде корисною для пошуку порядку в природі розвитку психічних хвороб (Britannica, 2023b). Він заснував свій метод на "глибокому" вивченні симптомів психічного відчуження. Це призвело до його експлікації "морального лікування", яке він використовував як основу для своєї власної нозології, знявши "кайдани" із хворих та перевівши божевільних у ранг душевнохворих (Гавенко та ін., 2020, с. 9).

Жан-Етьєн Домінік Ескіроль, можливо навіть більше, ніж його вчитель Пінель, був відданий розумінню психічного розладу за допомогою його точних клінічних описів, а не теоретичних спекуляцій. Він викладав факти вияву симптомів хвороби у такий спосіб, як він це безпосередньо спостерігав біля ліжка хворого.

Перша систематична сучасна нозологія була складена Емілем Крепеліном. Учений, вплив якого залишається надзвичайно значним і донині, припустив, що всі пацієнти, чиї симптоми мали однаковий перебіг, можуть бути уражені одним і тим самим захворюванням. Він написав підручник із психіатрії, зміст якого став основою сучасної класифікаційної схеми. У традиціях просвітницьких нозографів, Крепелін сподівався відкрити природну класифікацію (Mack et al., 1994, p. 519). Він уважав, що, маючи більше знань, психіатрія може створити класифікацію, засновану на будь-якій одній ознаці (тобто етіології, симптоматиці або перебігу), і що кожна з них зрештою відповідатиме іншим. Метод Крепеліна ґрунтувався на підході, який використовував Сайденгем – класифікація на основі спільних характеристик, які зустрічаються у пацієнтів.

Сучасний період класифікації психічних розладів розпочався 1952 р. у США з виходом першого видання *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*.

Передусім, мета класифікації психічних розладів керувалась суто прагматичними цілями – отримати статистичні дані про поширення психічних хвороб серед населення. Разом з тим, виникла зростаюча потреба в уніфікованій системі діагностики психічних захворювань, зумовлена високим рівнем відсотків осіб, звільнених зі служби через психічні розлади. Надалі проведені дослідження підкреслили, що одному і тому самому пацієнту різні фахівці могли поставити різні діагнози, керуючись не стільки уніфікованим теоретичним підґрунтям, скільки власними концептуальними поглядами чи належністю до певних психоаналітичних шкіл або течій (Шалак, 2023, с. 56).

Перші два видання DSM класифікували психічні розлади теоретично й етіологічно, оскільки розлади, перелічені в цих посібниках, значною мірою ґрунтувалися на психоаналітичній теорії Зигмунда Фрейда, яка наголошувала на несвідомих конфліктах, що призводять до психічних захворювань, а також на психобіологічному підході до психіатрії Адольфа Мейєра, який підкреслював, що психічні захворювання – це реакції, які люди відчувають у відповідь на дію навколишнього середовища на психіку (DSM history, б. д.). У структурі самої класифікації це виявлялось у тому, що причини розладів часто вказувалися або в назві самого розладу, або в загальному класі, до якого цей розлад був віднесений.

Третє видання DSM ознаменувало "революцію" у психіатричній класифікації, яка полягала в очевидній заміні теоретичного та етіологічного підходу, прийнятого в DSM-I та DSM-II, на атеоретичний і описовий підходи.

Одним із вирішальних чинників у переході до суто описового підходу до класифікації психічних хвороб є "некрепелінівський" критерій, який домінував у момент перегляду й доопрацювання нових поглядів для майбутньої DSM-III. З точки зору неокрепелініанців, дуже важливо було відрізнити психічно хворих від здорових за допомогою надійних і валідних діагностичних категорій. Потреба в емпірично перевірених діагностичних групах мотивувала неокрепелініанську віру в те, що психічні розлади слід класифікувати на основі їхніх спостережуваних симптомів, а не на підставі спекулятивних висновків щодо їхніх причин (Tsou, 2019, p. 179). Ця методологічна

позиція лягла в основу суто описового ставлення, прийнятого в DSM-III, після публікації якої, суто описова, неокрепелінська методологія залишилася основною в подальших виданнях DSM.

Обґрунтування переходу на новий підхід щодо класифікації психічних розладів стало те, що "включення" етіологічних теорій могло стати перешкодою для використання посібника лікарями, які застосовували у своїй практиці різні системи теоретичного обґрунтування психічних розладів. Оскільки DSM-III загалом є атеоретичною щодо етіології, вона намагається всебічно описати вияви психічних розладів і лише зрідка намагається пояснити, як ці розлади виникають. Цей критерій можна назвати описовим у тому сенсі, що визначення розладів, як правило, складаються з описів їхніх клінічних ознак, які найбільше їм характерні та найчастіше зустрічаються у клінічній практиці (Tsou, 2021, p. 47).

Цей перехід до суто описового підходу до класифікації найяскравіше позначився у введенні в DSM-III "діагностичних критеріїв" – індивіди мають відповідати набору необхідних і достатніх критеріїв задля отримання діагнозу із системи. Уведення діагностичних поглядів забезпечило надійні діагностичні категорії, які можуть застосовувати узгоджено всі спеціалісти із психічного здоров'я. Також, зі створенням нового видання DSM, було розроблено нову концептуальну парадигму в діагностиці психічних хвороб: критерій суб'єктивного дискомфорту. Визначено, що випадки, коли психічний стан особи виходить за межі загальноприйнятих норм, але не призводить до особистісного дискомфорту та не перешкоджає її соціальній адаптації, не є підставами для діагностики психічного розладу. Водночас ситуації, коли індивід задоволений своїм станом і не виявляє скарг, але його психічні симптоми становлять потенційну небезпеку для оточуючих або ведуть до нездатності доглядати за собою, вимагають установлення відповідного діагнозу (Шалак, 2023, с. 57). Ці принципи зберігають свою актуальність і на сьогодні, особливо в контексті обговорення питань про обов'язкове лікування. Такий підхід дозволяє чітко визначити межу між психічним здоров'ям і розладом: патологія ініціюється з моменту, коли особа відчуває страждання.

Історія виникнення діагнозу посттравматичного стресового розладу (ПТСР) бере свій початок у 1980 р., коли Американська психіатрична асоціація додала ПТСР до третього видання Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів (DSM-III). Незважаючи на те, що діагноз ПТСР був суперечливим, коли його вперше було введено, він заповнив прогалину в психіатричній теорії та практиці. З історичної позиції, значною зміною, яку започаткувала концепція ПТСР, стало положення про те, що етіологічний агент перебуває поза межами особистості (тобто травматична подія), а не вроджена індивідуальна слабкість (тобто травматичний невроз) (Friedman, б. д.). Ключовим для розуміння наукової основи та клінічного вияву ПТСР стало поняття "травма".

Методи

Застосовано комплексний підхід до аналізу психіатричних діагностичних систем, використовуючи історичний, порівняльний і міждисциплінарний методи.

Використання історичного методу дозволило дослідити розвиток психіатричних діагностичних систем і відслідкувати зміни в підходах до класифікації психічних розладів від античності до сучасності. Аналізуючи історію ідей, теорій і клінічних практик, став можливий опис того, як з часом змінювалося розуміння психічних розладів та їхньої природи.

У статті проводився порівняльний аналіз двох основних діагностичних систем у психіатрії – DSM і МКХ. Здійснювалося детальне розглядання їхньої структури, критеріїв діагностики, а також взаємодія між ними. Це дозволило розглянути особливості діагностики посттравматичного стресового розладу в кожній із систем.

Використання міждисциплінарного методу дало можливість реалізувати інтеграцію знання із психіатрії, філософії, історії медицини, культурології та психології. Такий підхід дозволяє глибше зрозуміти не тільки медичні аспекти психічних розладів, але й їхній філософський, соціальний і культурний контекст. Особливо це стосується аналізу ПТСР, де феноменологічний підхід використовується для розуміння внутрішнього досвіду пацієнтів.

Об'єднання цих методів уможливило всебічно підійти до вивчення психіатричних діагностичних систем, виявити їх вплив на клінічну практику й вивчення в галузі психічного здоров'я, а також оцінити соціокультурні та філософські аспекти, пов'язані з ними, окреслити перспективи майбутніх досліджень тощо.

Джерела. Основу цього дослідження становить література зарубіжних авторів, які вивчали історію виникнення, розвитку й сучасного методологічного стану основних категоріальних систем для опису та діагностики психічних хвороб і виявлення їхніх недоліків. Фундаментальною роботою у цьому напрямі є праця "Філософія психіатрії" (2023) Сема Вілкінса, старшого викладача філософії на кафедрі соціології, філософії та антропології в Університеті Ексетера, чий розвідки зосереджені на вивченні галюцинацій, марення, психологічних травм, черепно-мозкових, природі здоров'я та благополуччя тощо. Вищезазначена книга пропонує ретельне й доступне дослідження концептуальних і філософських проблем, що лежать в основі психіатричної практики і вивчень у сфері психічного здоров'я. Розділи роботи охоплюють проблематику онтологічного статусу психічних захворювань, філософські питання діагностики, роль культури у психіатрії та зв'язок між психічними захворюваннями й особистісною ідентичністю. Праці Джонатана Цоу, доцента кафедри філософії в Університеті штату Айова (The Bloomsbury Companion to Philosophy of Psychiatry, 2019) та Cambridge Elements Philosophy of Science: Philosophy of Psychiatry, 2021) присвячені тематичі класифікації психічних розладів за посібником DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders), нейробіологічним основам психічних розладів, ефекту соціального зворотного зв'язку тощо. Особливої уваги заслуговує стаття "Phenomenological description of PTSD through a case" за авторства Геліо Нето, Адоніса Томе, Гільєрме Мессаса, які здійснили спробу діагностики посттравматичного стресового розладу з доповненням традиційних засобів психіатричної діагностики шляхом феноменологічного методу.

Результати

У контексті сучасної філософії психіатрії, зокрема у дослідженні посттравматичного стресового розладу (ПТСР), велике значення набуває застосування феноменологічного методу. Цей підхід, який зосереджується на особовому досвіді, є ключовим для розуміння внутрішнього світу пацієнтів. Він дозволяє детально аналізувати вплив травматичних подій на свідомість особи, її сприйняття реальності та самоідентифікацію, сприяючи таким чином глибшому розумінню структури ПТСР.

Ця перспектива набуває особливої актуальності в контексті української психіатрії, урахувавши сучасні виклики, з якими стикається Україна внаслідок воєнної агресії Російської Федерації. Значна кількість випадків

ПТСР серед населення потребує розробки ефективних стратегій лікування, заснованих на глибокому розумінні індивідуальних переживань травми. Відповідно до звіту щодо надання психіатричної допомоги населенню лише за 2020 р., за два роки до початку повномасштабного вторгнення, було зафіксовано 2914 осіб, яким надавалась психіатрична допомога в амбулаторному порядку, а за кваліфікованою медичною допомогою у стаціонар звернулись 968 осіб (Звіт щодо надання психіатричної допомоги населенню за 2020 рік, 2020). Можна зробити припущення, що ця кількість звернень неминуче зростає та вимагатиме своєчасної, повної, точної та індивідуалізованої діагностики.

Для покращення вже наявного діагностичного апарату посттравматичного стресового розладу пропонується розглянути феноменологічний підхід до опису даної патології, який дозволяє вийти за межі традиційних клінічних методів, надаючи пріоритет особистісним емоційним і психологічним аспектам, що є ключовим для відновлення психічного здоров'я в умовах посттравматичного стресу, який переживає українське суспільство.

Зокрема, у журналі "Сучасної феноменологічної психопатології" (Revista Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea) був наведений кейс застосування феноменологічного методу для більш чіткої та точної діагностики посттравматичного стресового розладу.

Отже, пацієнт Х. спостерігається як хворий на шизофренію протягом багатьох років, регулярно з'являється на обстеження. Він звільнився з приватної служби охорони після початку перших симптомів захворювання, після того, як на роботі став свідком застосування вогнепальної зброї, наслідком якої стало не смертельне поранення офіцера поліції (Rocha Neto et al., 2021, p. 44). Ця подія справила на Х. величезний емоційний вплив, після чого у нього почали фіксуватись основні скарги – формування маячної ідеї переслідування з відчуттям постійної тривоги, наявність зорових галюцинацій. Ці скарги стали приводом для встановлення його поточного діагнозу – шизофренія. Хворий отримував медикаментозну терапію, яка передбачалась клінічними настановами при цьому захворюванні.

Дослідження психічної сфери проводилось за допомогою інтерв'ю за анамнестичною моделлю та складання психопатологічного резюме, а феноменологічне – шляхом опису основних вимірів життєвого світу (темпоральність, просторовість, тілесність).

Розглянемо, як основні операційні діагностичні системи, DSM-V та МКХ-10, описують ПТСР (ICD-10 version: 2019, б. д., Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації, 2013/2023, с. 176–178). Для встановлення діагнозу вимагається наявність таких симптомів:

Таблиця 1

Операційні діагностичні системи, DSM-V та МКХ-10

DSM-5	МКХ-10
<ul style="list-style-type: none"> експозиція до смерті інших чи загрози смерті (власної чи інших), важких тілесних ушкоджень чи сексуального насильства; میمовільні та інтрузивні гнітючі спогади про травматичну подію (події); гнітючі сновидіння, причому зміст або переживання у сновидіннях пов'язані із травматичною подією (подіями); дисоціативні реакції (напр., флешбеки), під час яких особа почувається або діє таким чином, ніби травматична подія (події) відбувається знову; стійке уникання подразників, пов'язаних із травматичною подією (подіями), яке починається після травматичної події (подій); негативні зміни у когніціях і настрої, пов'язані з травматичною подією (подіями), які виникають або погіршуються після травматичної (-их) події (-й); дратівлива поведінка та вибухи гніву (після незначної або без жодної провокації), які зазвичай виявляються у вербальній чи фізичній агресії щодо людей або предметів. 	<ul style="list-style-type: none"> виникає як затримана або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасної або тривалої тривалості) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, яка, імовірно, спричинить усепроникний дистрес майже у будь-кого; епізоди повторного переживання травми у нав'язливих спогадах ("флешбеках"), снах або кошмарах, що відбуваються на тлі постійного відчуття "оніміння" та емоційного притуплення, відстороненості від інших людей, нечутливості до оточення, ангедонії та уникнення дій і ситуацій, що нагадують травму; стан вегетативного гіперзбудження з гіпернаглядністю, посиленою реакцією переляку та безсонням; спостерігається тривога та депресія, суїцидальні думки.

Як ми можемо зазначити з вищенаведених необхідних симптомів для підтвердження наявності у хворого діагнозу посттравматичного стресового розладу, наявність психотичних ознак, таких як марення і галюцинації будь-якого типу, обмежує діагностичну повноту в образах для порівняння категоріальних системах.

Проведене феноменологічне дослідження виявило порушення у темпоральній структурі особистості пацієнта. А саме: темпоральність "проживається" ним як нескінченне теперішнє, з минулим, яке відчувається лише як останні секунди, пов'язані з безпосереднім усвідомленням небезпеки, яку він відчуває. Майбутнє також не довше, ніж наступні секунди, звідки він може лише очікувати загрози і намагатися створити найпростіші захисні реакції. Усі його майбутні інтенції спрямовані на те, щоб уникнути неминучої смерті/агресії щодо себе або близьких родичів, які, як він уявляє, також перебувають у небезпеці (Rocha Neto et al., 2021, p. 47).

Відобразити темпоральну природу ПТСР вдається при порівнянні з іншими нозологіями, для яких характерні розлади часової структури (меланхолійна депресія та манія).

При меланхолійній депресії очевидні два темпоральні порушення: скорочення часового потоку і гіпертрофоване минуле. У першому випадку час починає сприйматися як такий, що сповільнюється, роблячи всі очікування нервово віддаленими, теперішнє постає нудним, позбавлене сенсу, таким, що супроводжується важкістю тілесних переживань. Гіпертрофоване минуле виявляється у надмірному акцентуванні відчуттів і пережитого досвіду, що призводить до роздумів над минулими діями, невдачами. Іншими словами, темпоральний досвід – це інфільтрація ретенційних моментів, сприйняття майбутнього як уже здійсненого, незалежно від реального досвіду (Fregna et al., 2020, p. 46).

Манію можна описати майже у протилежному сенсі до меланхолійної депресії за часовою перспективою: майбутнє стає теперішнім, зі збільшеною швидкістю часового потоку. Плани на майбутнє стають теперішніми так швидко, що пацієнти зазвичай відчують свої бажання як уже здійснені, що призводить до манії величчя та грандіозності.

У свою чергу, час при посттравматичному стресовому розладі не сприймається як повільний потік переживань, а скоріше як надто швидкий. У цьому випадку пацієнт фактично замкнений там, у тій самій хвилині, коли відбулися всі психотравмуючі події що призводить до постійної, циклічної ауотравматизації з реакуалізацією психопатологічних симптомів (Rocha Neto et al., 2021, p. 54.)

Ще один важливий компонент структури, що впливає на життєвий досвід суб'єкта – це непереборний і постійно присутній страх, що відповідає за фіксацію структури в єдиному життєвому моменті й паралізує розвиток екзистенції. Страх – не просто "стан душі", а рефлекс (спосіб буття структури ПТСР). У цьому і полягає феноменологічна сутність посттравматичного стресового розладу.

Очікуване клінічне покращення слід убачати в поверненні руху в майбутнє, початком формування нових планів та цілей, які не мають бути пов'язані з уникненням неминучої загрози. Але коли слід очікувати це клінічне покращення? Як було зазначено вище, пацієнт отримував відповідну психофармакотерапію відповідно до протоколу лікування. Автори зазначають, що пацієнт Х. мав значний перелік побічних ефектів від призначення йому препаратів, серед яких можна виділити: дискінезія (миовільними рухами в різних групах м'язів), нічні кошмари, розлади сексуальної сфери (Rocha Neto et al., 2021, p. 46). Слід зробити припущення, що коригування методів лікування, а саме: внесення зміни до схеми психофармакотерапії та паралельне проведення психотерапії (приклад комбінованої терапії, яка характерна для лікування ПТСР), матиме той клінічний ефект, який ми очікуємо під час лікування посттравматичного стресового розладу, а не шизофренії.

Дискусія і висновки

На жаль, травматичні події, яким підлягає населення України внаслідок війни, збільшує кількість випадків захворювання на посттравматичний стресовий розлад як серед військових, так і серед цивільного населення, що вимагає від практикуючих лікарів повної діагностики та своєчасного лікування. Як було продемонстровано в цьому випадку, виключення продуктивної симптоматики (маячення, галюцинації) з діагностичних критеріїв ПТСР, надмірний акцент на певній ознаці або симптомі робить категоріальну систему крихкою та, імовірно, призводить до проблем з її валідністю й надійністю, збільшується ймовірність устанавлення хибного діагнозу, та, як результат, призначення неадекватного лікування. Тому використання феноменологічного методу дослідження й інших способів філософської науки для оцінки психічного стану та опису унікального досвіду переживання психічної хвороби у людей, що звернулись за кваліфікованою психіатричною допомогою, здатне покращити глибину та точність діагностичного процесу, як посттравматичного стресового розладу, так і інших нозологічних одиниць, а також створює можливості для проведення міждисциплінарних розвідок із залученням спеціалістів сфери психічного здоров'я та філософів, які будуть направлені на пошук нових характерних особливостей психіатричних хвороб, що не відображаються у теперішніх класифікаційних системах МКБ і DSM.

Внесок авторів: Сергій Руденко – наукове керівництво до дослідженням, валідація даних, наукове редагування тексту рукопису; Михайло Тасенко – проведення розвідки, збір, обробка й узагальнення даних, опрацювання джерел, методологія, написання основного тексту рукопису, формулювання висновків.

Список використаних джерел

- Гавенко, В., Бітенський, В., & Абрамов, В. (2020). *Психіатрія і наркологія*: підручник (3-тє вид.). Всеукр. спеціаліз. вид-во "Медицина".
- Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації. (2023). О. Лисак, М. Прокопович (пер. з англ.). Гал. вид. "Спілка".
- Шалак, Х. (2023). *Нікого немає в лісі. Історії про людей, будівлі і психіатрію*. Вид-во "Лабораторія".
- APA Dictionary of Psychology. <https://dictionary.apa.org/temperament>
- Britannica T. E. o. E. Philippe Pinel (дата звернення: 01.12.2023). <https://www.britannica.com/biography/Philippe-Pinel>
- Britannica T. E. o. E. Thomas Sydenham. <https://www.britannica.com/biography/Thomas-Sydenham>
- DSM history. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/about-dsm/history-of-the-dsm>
- Fregna, L., Locatelli, M., & Colombo, C. (2020). The phenomenology of depression. *Phenomenology and mind*, 38–54. <https://doi.org/10.17454/pam-1803>
- Friedman, M. J. *PTSD history and overview* (дата звернення: 01.12.2023). https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/history_ptsd.asp
- ICD-10 version: 2019. <https://icd.who.int/browse10/2019/en#F43.1>
- Mack, A. H., Forman, L., Brown, R., & Frances, A. (1994). A BRIEF HISTORY OF PSYCHIATRIC CLASSIFICATION From the Ancients to DSM-IV. *Psychiatric clinics of North America*, 17(3), 515–523.
- Menninger, K. (1985). *The vital balance: the life process in mental health and illness*. Viking Penguin Inc.
- Perring, C. (2019). Mental Disorder, Free Will, and Personal Autonomy. *The Bloomsbury Companion to Philosophy of Psychiatry*, 433–447. <https://doi.org/10.5040/9781350024090.ch-021>
- Rocha Neto, H. G. D., Tomé, A., & Messas, G. P. (2021). Phenomenological description of PTSD through a case. *Revista psicopatologia fenomenológica contemporânea*, 10(1), 39–75. <https://doi.org/10.37067/rpfc.v10i1.1072>
- Tsou, J. Y. (2021). *Philosophy of psychiatry*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108588485>
- Tsou, J. Y. (2019). *Philosophy of science, psychiatric classification, and the DSM*. The Bloomsbury Companion to Philosophy of Psychiatry. <https://doi.org/10.5040/9781350024090.ch-009>
- Wilkinson, S. (2023). *Philosophy of psychiatry: a contemporary introduction*. Taylor & Francis Group.

References

- APA dictionary of psychology. <https://dictionary.apa.org/temperament>
- Britannica, T. E. o. E. (2023a, January 1). Thomas Sydenham. <https://www.britannica.com/biography/Thomas-Sydenham>
- Britannica, T. E. o. E. (2023b, October 21). Philippe Pinel. <https://www.britannica.com/biography/Philippe-Pinel>
- DSM history. (n.d.). <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/about-dsm/history-of-the-dsm>
- ICD-10 version: 2019. (n.d.). <https://icd.who.int/browse10/2019/en#F43.1>
- Fregna, L., Locatelli, M., & Colombo, C. (2020). The phenomenology of depression. *Phenomenology and mind*, 38–54. <https://doi.org/10.17454/pam-1803>
- Friedman, M. J. (n.d.). *PTSD history and overview*. https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/history_ptsd.asp
- Gavenko, V., Bitensky, V., & Abramov, V. (2020). *Psychiatry and narcology: a textbook* (3rd ed.). All-Ukrainian Specialised Publishing House "Medicine" [in Ukraine].
- Handbook of diagnostic criteria for DSM-5 from the American Psychiatric Association. (2023). O. Lysak, & M. Prokopovych (Transl.). Galician Publishing Union. (Original work published 2013) [in Ukraine].
- Mack, A. H., Forman, L., Brown, R., & Frances, A. (1994). A BRIEF HISTORY OF PSYCHIATRIC CLASSIFICATION From the Ancients to DSM-IV. *Psychiatric clinics of north america*, 17(3), 515–523.
- Menninger, K. (1985). *The vital balance: the life process in mental health and illness*. Viking Penguin Inc.
- Perring, C. (2019). Mental Disorder, Free Will, and Personal Autonomy. In *The Bloomsbury Companion to Philosophy of Psychiatry* (pp. 433–447). Bloomsbury Academic. <https://doi.org/10.5040/9781350024090.ch-021>
- Report on the provision of psychiatric care to the population for 2020. (2020). <https://cmhmda.org.ua/zvedena-forma-Ns-10-po-ukrayini-zvit-shhodonadannya-psyhiatrychnoyi-dopomogy-naselennyu-za-2020-rik/>
- Rocha Neto, H. G. D., Tomé, A., & Messas, G. P. (2021). Phenomenological description of PTSD through a case. *Revista*

psicopatologia fenomenológica contemporânea, 10(1), 39–75. <https://doi.org/10.37067/rpfc.v10i1.1072>

Shalak, H. (2023). *No one is in the forest. Stories about people, buildings and psychiatry*. Laboratorya [in Ukraine].

Tsou, J. Y. (2019). Philosophy of science, psychiatric classification, and the DSM. *The bloomsbury companion to philosophy of psychiatry*. Bloomsbury Academic. <https://doi.org/10.5040/9781350024090.ch-009>

Tsou, J. Y. (2021). *Philosophy of psychiatry*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108588485>

Wilkinson, S. (2023). *Philosophy of psychiatry: a contemporary introduction*. Taylor & Francis Group.

Отримано редакцією журналу / Received: 01.12.23

Прорецензовано / Revised: 11.12.23

Схвалено до друку / Accepted: 18.12.23

Sergii RUDENKO, DSc (Philos.), Prof.

ORCID ID: 0000-0001-9069-0989

e-mail: sergii.rudenko@knu.ua

Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine

Mykhailo TASENKO, PhD Student

ORCID ID: 0000-0002-5807-1771

e-mail: mtasenko.kr@gmail.com

Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine

SEARCH FOR A NEW METAPHYSICS: THE CONCEPT OF PHILOSOPHICAL COSMOLOGY OF GILLES DELEUZE

B a c k g r o u n d . *The article demonstrates the development and influence of the main diagnostic systems in psychiatry, such as the DSM and the ICD, on the concept of psychiatric diseases. The problem of classification of psychiatric disorders is one of the main topics that is the field of study of the philosophy of psychiatry. The correct diagnosis within a particular diagnostic system directly affects the choice of appropriate drug treatment, psychotherapy and social support for people suffering from mental disorders. Misdiagnosis has not only negative medical but also social consequences, leading to stigmatization and avoidance of people suffering from mental disorders.*

M e t h o d s . *The research uses an integrated approach to the analysis of psychiatric diagnostic systems, including historical, comparative and interdisciplinary methods. The application of the historical method contributed to a detailed study of the evolution of psychiatric diagnostic systems and changes in approaches to the classification of mental disorders. A comparative analysis of the main diagnostic systems was carried out, considering their structure, diagnostic criteria and interaction. The interdisciplinary method involves the integration of knowledge from psychiatry, philosophy, medical history, cultural studies, and psychology, providing a deep understanding of the medical, philosophical, social, and cultural aspects of mental disorders.*

R e s u l t s . *The article analyzes the historical development of ideas and methodology for the classification of mental disorders from ancient Greece to the present. From Hippocrates and Plato to Sydenham, Kabanis, Pinel, and Eskierol, the authors trace the evolution of understanding of mental disorders, emphasizing the shift in emphasis from etiological theories to more descriptive and categorical models. The authors describe the current state of the DSM and ICD classification systems, which play a dominant role in psychiatric science and subsequent social support and welfare for people suffering from mental disorders. Changes that have occurred in these systems and their impact on psychiatric practice and research are discussed. Considerable emphasis is placed on the history of the diagnosis of post-traumatic stress disorder (PTSD), which becomes a symbolic indicator of the complexities and challenges associated with the modern classification of mental illness. The authors consider the phenomenological method as a tool for a deeper understanding of PTSD, especially in the context of the constant psychotraumatic factors of war, the consequences of which generate new challenges for Ukrainian psychiatric practice. The authors present a case study using the phenomenological approach to diagnose PTSD, which demonstrates the need for a detailed analysis of patients' internal experience for accurate diagnosis and effective treatment.*

C o n c l u s i o n s . *The conclusions emphasize the importance of integrating philosophical methods into the diagnosis and analysis of mental illness in clinical practice. The authors call for the development of interdisciplinary research involving both philosophers and mental health professionals to develop more detailed and person-centered approaches to the diagnosis and treatment of mental disorders.*

K e y w o r d s : *philosophical cosmology, philosophy of space, applied philosophy, order, chaos, Gilles Deleuze, cosmology as metaphysics, history of philosophy, Stoicism, spatial turn, performative turn.*

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів. Спонсори не брали участі в розробленні дослідження; у зборі, аналізі чи інтерпретації даних; у написанні рукопису; у рішенні про публікацію результатів.

The authors declare no conflicts of interest. The funders had no role in the design of the study; in the collection, analyses or interpretation of data; in the writing of the manuscript; or in the decision to publish the results.