

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ
ТРАДИЦИЯ:

ФИЛОСОФИЯ,
ПСИХОЛОГИЯ,
ПСИХОТЕРАПИЯ 1/2002
(1)

SUMMARY

Shkouratov V. *To Normalize and to Tell (Horizons of Freedom in a Narrative)*

Some conditions of existential freedom explicated in the following topics: narrative and science; storytelling and a narrative norm; social time as a trajectory of clashes between norm and self; the cultural-historical function and an individual performance of a narrative; what is the norm? norm in natural and social sciences; the narrative properties; narrative and a meaning communication; an outbreak of meanings; narrative as a self-expression; self in a narrative research; storytelling and selfness; narrative and freedom; cultural norm of self-expression in a narrative.

Romek E. *Contradictions of the «Mental Disease» Conception*

The paper is focussed on the attempts of the clinical psychiatry to reduce psychological abilities to the organic functions. Assuming that development of «normal» people is determined by the social and cultural laws while «mentally ill» develop in accordance with biological laws clinical psychiatry keeps to the psychophysical dualism. Author discloses multiple inconsistencies and clashes in the nosological and therapeutic conceptions arising on the ground of this theoretical position and proving its falsity.

Zolotuhina-Abolina E. *On the Sense of Meaning*

The author describes life's sense as a special feeling as an inner state, which could not be reduced to its outer verbal component, to a mere conscious search for a system of values. The article claims that the intuitions of life's sense are beyond ratio by its nature, they can be initiated only in an indirect way. The author holds that life's sense sparkles on the cross of social and cultural programs concerning with values and motivations on the one hand and personal contribution of the subject on the other. Here the reader will find a brief phenomenology of emotional forms wrapping value orientations which allow life's sense formation, as well as factors and condition, able to help in search of ways-out if sense of life is lost.

Letunovsky V., Yesselson S. *Existentialism in Psychology.*

This article is devoted to observe of different approaches in existential psychology and modern phenomena in Russian existential psychology.

Piatronene G. *The Meaning of Schizophrenic Mode of Being*

In these article we tend to answer, how schizophrenic's patients find meaning in their life by the course of illness. This work is based on the paradigm of existential psychology; there schizophrenia is understood as special way of experiencing reality. Our assumptions are based on meaning realization styles of patients, who are satisfied in their life. Patient is capable to live in normal and psychotic reality at the same time. So, finding of meaning in life can be connected with same and defensive ways as well. The analysis shows, that two main problems in finding meaning are contradiction of goals and too high aspirations. So, the main task of psychologist is to help patients reformulate their goals in the more realistic way.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ ТРАДИЦИЯ: ФИЛОСОФИЯ, ПСИХОЛОГИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ 1/2002 (1)

ЖУРНАЛ АССОЦИАЦИИ
ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ
И ВОСТОЧНО-ЕВРОПЕЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ
ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

ИЗДАЕТСЯ В НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ
И КУЛЬТУРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНЫХ ЦЕЛЯХ
ВЫХОДИТ С СЕНТЯБРЯ 2002 г.

ВЫП. 1 (1)
СЕНТЯБРЬ 2002 г.

Ростов-на-Дону
2002

СОДЕРЖАНИЕ

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ РАЗМЫШЛЕНИЯ

- Спинелли Э. (Великобритания)* Творчество и бытие: экзистенциально-феноменологический вызов психоаналитическим теориям художественного творчества 4
- Шкуратов В.А. (Россия)* Рассказывать и нормировать (горизонты свободы в нарративе) 24
- Ромек Е.А. (Россия)* К вопросу о противоречиях концепций душевной болезни 48
- Золотухина-Аболина Е.В. (Россия)* О чувстве смысла 65
- Вульф Д. (Великобритания)* Все, что вы хотели знать о Хайдеггере (но боялись спросить у вашего терапевта) 81

AV OVO (в помощь студенту и преподавателю)

- Летуновский В.В., Есельсон С.Б. (Россия)*
Экзистенциализм в психологии 91

ЛЕЧЕБНАЯ ЖИЗНЬ

- Пятронене Г. (Литва)*
Осмысление жизни больных шизофренией 117
- Урываев В.А., Гаврилов В.В., Антонова С.М. (Россия)*
«ИНЫЕ»: отзывы и отзвуки 121
- Волкова Н.А. (Россия)* Александр Алексейчик: «Принцип моего лечения: 90% терапии, 10% лекарств» 128

ВОСПОМИНАНИЯ В РАЗМЫШЛЕНИЯХ

- Кузнецова С. (Эстония)* Психологические зависимости: семинар Саймона дю Плока год спустя 133

ЭКЗИСТЕНЦИАЛИСТЫ ШУТЯТ

- Хардинг М. (Великобритания)* Развязка дорог 139

ПАЦИЕНТ В ЗАКОНЕ

- Лиссабонская декларация о правах пациента 141
- Заявление Всемирной Медицинской Ассамблеи об использовании психотропных средств и злоупотреблении ими 142

КНИЖНАЯ ПОЛКА

- Избранная библиография по экзистенциальной психологии и психотерапии 143

- ДОСКА ОБЪЯВЛЕНИЙ 149

ОТ РЕДАКЦИИ

Журнал освещает проблемы анализа экзистенции и становления экзистенциальной психологии, психотерапии и консультирования как философского праксиса. В год выходят два номера. В журнале публикуются статьи по философской, психологической и психотерапевтической тематике, исследования конкретных случаев, дискуссии, комментарии к книгам и письмам, проекты и интересные документы. Мнения, выраженные авторами статей, являются их личным мнением и не обязательно совпадают с мнением редакционной коллегии, редакционного совета, Ассоциации экзистенциального консультирования, Восточно-Европейской Ассоциации экзистенциальной терапии.

ственной позиции. Но дозволенная степень свободы — не только послабление человеку в тисках нормативности. Она является социокультурным условием осуществления человечности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аверинцев С.С.* Риторика и истоки европейской литературной традиции. М.: Языки русской культуры, 1996.
2. *Гиндин С.И.* Риторика и проблемы структуры текста: Комментарий I // *Дюбуа Ж.* и др. Общая риторика. М.: Прогресс, 1988.
3. *Леонтьев А.А.* Факторы вариативности речевых высказываний // Основы теории речевой деятельности. М.: Наука, 1974.
4. *Лотман Ю.М.* Внутри мыслящих миров. Человек-текст-семиосфера-история. М.: Языки русской культуры, 1996.
5. *Фуко М.* Археология знания. Киев: Ника-центр, 1996.
6. *Шкуратов В.А.* Историческая психология: Изд. 2-ое, расширенное. М.: Смысл, 1997.
7. *Шкуратов В.А.* Первобытная культура // История культуры. Ростов н/Д: Феникс, 2001.

К ВОПРОСУ О ПРОТИВОРЕЧИЯХ КОНЦЕПЦИЙ ДУШЕВНОЙ БОЛЕЗНИ

Е.А. Ромек (Россия)

В работах тридцатых-шестидесятых годов XX в. Людвиг Бинсвангер сформулировал базисные идеализации биологической психиатрии:

1. Психическое является функцией материального органа (организма) и поэтому «должно интерпретироваться учеными-естественниками» [1, с. 57].

2. Человек представляет собой homo natura, организм, взаимодействующий со средой, история которого исчерпывается «биологическим природным развитием» [1, с. 25].

Ромек Елена Анатольевна — кандидат философских наук, доцент, окончила философский факультет (1986) и аспирантуру (1990) Ростовского государственного университета. Стажировалась в университете Фридриха и Александра (Эрланген-Нюрнберг, ФРГ, 1996) — изучала античные культы, мистерии и театр в качестве исторических предпосылок психотерапии (психодрамы и аналитической психологии). С 1995 г. занимается исследованиями в области теории и истории психотерапии. Автор более 40 научных работ, в том числе монографии «Психотерапия: теоретическое основание и социальное становление» (2002).

3. Безумие — это болезнь, биологическая аномалия, подлежащая устранению, поскольку она причиняет человеку (физические) страдания или угрожает его жизни.

4. Поведение человека является производной его органического существования, а девиантное поведение, в том числе преступное и безнравственное, — симптомом психической патологии.

5. Душевнобольной представляет собой объект естественнонаучного изучения и излечения. Безумие влечет за собой утрату способности (в полной мере) отвечать за свои действия. Ответственность за поведение пациента несет врач.

Перечисленные положения вытекают, с одной стороны, из физикалистского материализма, свойственного медицине XVII—XIX вв. и перекочевавшего из нее в философию, а с другой — из биологии. Все они являются, как показал Бинсвангер, априорными в том смысле, что ни одно из них не подтверждено эмпирическими или какими-либо иными научными доказательствами. Тем не менее они определяют патогенетические концепции клинической психиатрии, методы лечения душевных расстройств, психиатрическое законодательство, а также отношение общества к безумию и его врачевателям.

Выступив с критикой системы базисных идеализаций позитивистской психиатрии, Л. Бинсвангер противопоставил ей антропологическую психиатрию, в которой «человек не классифицируется по категориям (естественнонаучным или каким-либо иным), а понимается исходя из перспективы его собственного — человеческого — бытия», а «психическое заболевание не объясняется с точки зрения нарушений либо функции мозга, либо биологической функции организма и не понимается в соотношении с жизненным циклом развития. Оно описывается, скорее, в его связи со способом и образом конкретного бытия-в-мире» [1, с. 65–66]. И все же, несмотря на критику биологического редукционизма, Бинсвангер рассматривал позитивистскую и антропологическую психиатрию в качестве равноправных «концептуальных горизонтов», или способов теоретического выражения душевных расстройств, каждый из которых определяется исходной системой онтологических предпосылок.

Полное выражение эта — неокантианская — логика получила в постмодернизме, одним из реальных дел которого стало внедрение в сознание просвещенной публики *категорического императива толерантности*. Постмодернизм, пишет Р. Тарнас, «признает, что человеческое знание обусловлено множеством

субъективных факторов; что объективные сущности, или вещи-в-себе, непостижимы и невыразимы; что все истины и убеждения подлежат постоянной переоценке. Критический поиск истины *вынужден быть терпимым к двусмысленности и плюрализму*, а его результатом с необходимостью станет *относительное и опровержимое, а не абсолютное и надежное знание*» (курсив мой. — Е.Р.) [7, р. 396]. Дисциплинарная «двусмысленность» психиатрии, с этой точки зрения, — свидетельство не кризиса, а скорее процветания: чем больше концептуальных «перспектив», тем «многостороннее» знание. Что же касается выбора одной из них, то это дело вкуса — индивидуального исследователя или целой научной школы. А о вкусах, как известно, не спорят...

Нет, проблема основоположений психиатрии и, шире — способ осмысления человека — вовсе не вопрос вкуса, что бы не декларировал на сей счет модный релятивизм. Ниже будет показано, что если в основании психиатрии находится физикалистский материализм, то неизбежно возникает противоречие, разрешить которое можно лишь выйдя за пределы биологической системы базисных идеализаций. Предметом нашего анализа станут психиатрические а priori в фундаментальной коллективной монографии «Клиническая психиатрия» (Berlin—Gottingen—Heidelberg, 1960; М., 1967), отразившей знания, верования и опыт лучших европейских врачей. Помимо дисциплинарной безупречности и энциклопедичности указанное издание обладает двумя весьма важными для нас достоинствами — с одной стороны, оно воспроизводит теоретическую ситуацию в психиатрии середины XX в., ставшую предметом критической рефлексии Л. Бинсвангера, с другой — представленные в нем гипотезы, объяснительные схемы, логика осмысления «психических расстройств» являются классикой медицинской психиатрии, безраздельно господствующей в ней и в наши дни¹.

* * *

Обсуждая психопатологию маниакально-депрессивных расстройств, известный немецкий психиатр К. Конрад обращает внимание на недоразумение, тем более досадное, что его раз-

¹ Анализ теоретических основ новейшей психиатрии читатель найдет в статьях Э. Вагнер «Психотерапия как наука, отличная от медицины», А. Фильца «Место психотерапии между психиатрией и психологией», Г. Зоннека «Можно ли в медицинской науке найти психотерапию» в сб. «Психотерапия — новая наука о человеке» (Москва-Екатеринбург, 1999).

деляют, помимо дилетантов, некоторые его коллеги¹. Дело в том, что детальная классификация циклотимных психозов, основу которой заложил еще Э. Крепелин, по существу представляет собой *описание определенных эмоциональных состояний и поведенческих реакций*. Так, например, в качестве специфического симптома депрессии рассматривается тревога, или «вitalная тоска»: больные чувствуют себя «павшими духом, жалкими, слабодушными», ощущают приближение смерти, тоску, страх перед чем-то неотвратимым и непоправимым; «иные жалуются на тревожное состояние, «словно при нечистой совести», которая не дает уснуть; для некоторых все утратило всякий смысл и всякую ценность» [4, с. 259]. Такая понятная, узнаваемая и вызывающая сочувствие картина «экзистенциального» кризиса, побуждает многих приравнивать депрессивное состояние к «печальному настроению здорового человека» [4, с. 258]. Вот в этом-то и заключается ошибка, от которой предостерегает доктор Конрад коллег: «Единственное, что позволяет называть их (пациентов — *E.P.*) так (нормальными — *E.P.*), это чисто внешнее сходство их вида с выражением печали у здоровых людей» [4, с. 258]. Депрессия, в отличие от тоски, печали, уныния и подобных «нормальных» человеческих чувств, является болезнью, т.е. биологической аномалией. Поэтому переживающий ее человек нуждается не в сочувствии, а прежде всего в лечении, оказать которое способен лишь врач.

Однако на чем основывается уверенность самого доктора Конрада? Что заставляет его усматривать в вышеописанных состояниях не крайнюю (парадоксальную и т.д.) эмоциональную реакцию на сложную жизненную ситуацию, свидетельствующую, скажем, о неумении индивида справиться с ней, а непременно «органический синдром» [4, с. 258]?

Клиническая психиатрия относит маниакально-депрессивные расстройства, как и шизофрению, к так называемым эндогенным психозам, которые, в отличие от экзогенных (ток-

¹ Преимущественно сторонники школы Э. Кречмера, рассматривающей в качестве детерминанты психической организации человека его «конституционный тип» — лептосоматический, пикнический, атлетический или диспластический. В рамках этой системы координат не существует качественной границы между психическим здоровьем и болезнью, поскольку душевное расстройство является экстремальным полюсом темперамента, который, в свою очередь, произведен от типа телосложения. Так, например, маниакально-депрессивный психоз трактуется как крайнее развитие циклотимического темперамента, обусловленного пикническим (плотным, толстым) телосложением.

сических, травматических и т.п.), обусловлены внутренней биологической предрасположенностью организма, которая при определенном стечении (внешних) обстоятельств становится причиной болезни. Но в чем, в точности, состоит эта «предрасположенность», психиатры не знают в наши дни так же, как и во времена Гризингера, Крепелина и Блейлера. Вот что пишет по этому поводу боннский коллега Конрада Х.-Й. Вайтбрехт¹: «Большинство психиатров по-прежнему и не без оснований ищет причины маниакально-депрессивных психозов в каком-то еще не известном соматическом заболевании. Однако ни патологическая гистология, ни патофизиология до настоящего времени не в состоянии подвести базу под эту гипотезу, как и под аналогичную гипотезу в отношении шизофрении. Петерс говорит о том, что у маниакально-депрессивного психоза нет анатомии, а Рибелинг констатирует, что до сих пор все еще нет лабораторных данных, которые можно было бы использовать для диагноза того или иного эндогенного психоза. Огромное количество единичных наблюдений не удастся свести в какую-либо общую картину... Поэтому в определении понятия эндогенных психозов психиатрии приходится ориентироваться на психопатологию» [4, с. 59], — т.е. на описание и классификацию отклоняющихся от нормы эмоциональных и поведенческих реакций пациентов.

Наряду с классическими гипотезами патологии мозга² или физиологических дефектов всего организма в качестве причин эндогенных психозов психиатрия XX в. выдвигает и более утон-

¹ Статья Х.-Й. Вайтбрехта «Депрессивные и маниакальные эндогенные психозы» помещена в том же издании, что и статья К. Конрада, и отражает, таким образом, ситуацию в психиатрии середины XX в. Она важна для нас постольку, поскольку позволяет выяснить, что д-р Конрад мог *достоверно* знать о причинах циклотимных психозов. Впрочем, и вторая половина столетия не внесла ясности в проблему «патогенеза» «эндогенных» психозов. «Вопрос о биологии душевных расстройств остается открытым. Фактически перед исследователями по-прежнему стоит задача выяснения конкретных биологических причин каждого из этих расстройств. Душевные болезни классифицируются симптоматически, поскольку до сих пор для них не существует ни биологических критериев, ни лабораторных тестов» — такой вердикт вынесла в 1992 г. группа специалистов, собранных Бюро технологической экспертизы Конгресса США (Цит. по: [5]).

² Так, например, О. и К. Фогты пытались объяснить шизофрению дегенерацией ганглиозных клеток в thalamus, pallidum и striatum. Однако их усилия были сведены на нет возражениями Грюенталя и Хейка, указавшими, что выводы Фогтов основывались на «материале, претерпевшем посмертные изменения» [4, с. 17]. Вживив на несколько месяцев электроды в мозг больных

ченные предположения. Есть среди них совершенно экзотические, как, например, идея отечественных врачей В.П. Протопопова и А.С. Чистовича о вирусно-стрептококковой, т.е. инфекционной, природе шизофрении, или сходная с ней «теория» кишечной интоксикации Бускаино (Buscaino). И все же преобладают апелляции к генетическим и биохимическим процессам. Что касается первых, то обычно ссылаются на частые случаи заболеваний эндогенными психозами в одной семье, которые якобы неоспоримо доказывают их генетическую обусловленность. Однако, если принять во внимание исключительно симптоматическую — т.е. опирающуюся на описание «ненормальных» аффективных и поведенческих реакций — диагностику этих расстройств, то возникают серьезные сомнения в доказательности генетически-психиатрической экспертизы. «Насколько трудно переносить наследственно-биологические понятия из области соматической в психиатрию, показывает уже многозначность основного понятия учения с наследственности — фенотипа. То фенотипом объявлялась лабильность настроения, то его искали не в психозе, а в гипотетическом соматозе» [4, с. 88], — пишет Х. Вайтбрехт. И как же могут звучать вопросы эксперта, полагающегося не на гипотезы, а на достоверные признаки маниакально-депрессивного расстройства: «Кто из ваших родственников испытывал «тревожное состояние, словно при нечистой совести, которая не дает уснуть», чувствовал, что «все утратило всякий смысл и всякую ценность», подумывал о самоубийстве или испытывал «приступы беспричинного счастья»? Интерес-

шизофренией, Хит (Heath) обнаружил, что «в определенных базальных участках лобной доли мозга наблюдаются отклоняющиеся от нормы кривые» [4, с. 17]. Фундаментальный методологический дефект, обесценивающий результаты этого и подобных ему экспериментов, заключается в отсутствии контрольной группы. Вопрос «каковы были бы биоэлектрические показатели у здоровых людей после многомесячного вживления в их мозг электродов?» остается без ответа, замечает в этой связи Я. Вирх (там же). Однако гораздо более важен гуманитарный и юридический дефект этого исследования: ответа на вопрос д-ра Вирха нет потому, что вживление в мозг человека электродов справедливо считается в цивилизованных странах преступлением, во всяком случае медицинские эксперименты такого рода, проводившиеся в нацистских концентрационных лагерях, были квалифицированы международным сообществом как «преступление против человечности». Тот факт, что больных шизофренией подвергают таким экспериментам открыто — их результаты публикуют в научных изданиях — лишней раз свидетельствует о том, что психиатрические больные рассматриваются как отклонение от нормы человечности, т.е. как не(вполне)люди, несмотря на многочисленные заявления об обратном.

но, есть хотя бы одна семья в целом мире, которая — при честных и откровенных ответах на вопросы такого рода — оказалась неотягощенной тяжелой психопатологической наследственностью? Но даже если отвлечься от подобных сомнений и признать результаты генетического обследования психотиков, разве не обесценивает их тот признаваемый психиатрами факт, что наследование психических расстройств не подчиняется известным генетическим законам? «Не удивительно... — замечает швейцарский психиатр Я. Вирх, — что прекратились уже поиски правил наследования, поскольку принятие полимерной наследственности удовлетворяет так же мало, как и простое менделевское расщепление» [4, с. 16]. Удивительно то, что несколькими строками выше тот же Вирх пишет о неоспоримости генетической обусловленности эндогенных психозов...

Исследования биохимических аномалий (нарушений обменных, гормональных и нейробиологических процессов) при эндогенных расстройствах также велись достаточно интенсивно, правда, приоритет в первой половине XX в. отдавался шизофрении и генуинной (соматически необусловленной) эпилепсии в виду выраженности при этих заболеваниях телесных синдромов (кататонии, судорожных припадков и т.п.). Несмотря на обнаружение множества различных аномалий, сопровождающих психические болезни, каузальную зависимость между ними выявить так и не удалось, поскольку, во-первых, ни одна из этих аномалий не сопутствует определенному расстройству постоянно и обратимо, и, во-вторых, сопровождают они телесно выраженные симптомы, а не то, что в психиатрии именуется «изменением характера и личности» и конституирует картину того или иного психического заболевания. Замечание Я. Вирха о концепции Гьессинга, считавшего причиной шизофренической кататонии раздражение диэнцефальных вегетативных центров продуктами распада белков крови или печени, указывает на типичные дефекты биохимических исследований душевных расстройств: «Остается... непонятным, почему в одних случаях кататонические фазы сопровождаются ступором, а в других — возбуждением, почему в случае ступора у одного больного наблюдаются бредовые идеи, у другого — страх, у третьего — чувство блаженства, а у четвертого — смена всех этих состояний. Тем более остается необъясненной сама шизофрения как таковая...» [4, с. 14].

Итак, в распоряжении д-ра Конрада, укорявшего коллег в смешении феноменологии депрессивных состояний с чувства-

ми нормальных людей, не было никаких сколько-нибудь надежных доказательств обусловленности этих состояний органическими аномалиями. Отсутствие таких доказательств было в середине XX в., как, впрочем, и в наши дни, общепризнанным фактом. Зная это, К. Конрад, тем не менее, писал: «Мы же убеждены, что в основе истинного депрессивного или маниакального психоза *должно* (курсив мой. — Е.Р.) лежать структурное изменение, природа которого сводится в конечном счете к функциональному изменению субстрата...» [4, с. 259]. Стало быть, единственным основанием утверждений д-ра Конрада была *вера* в то, что чувства человека представляют собой функцию его организма.

То же а priori обнаруживается в интерпретациях отклоняющихся от нормы мышления, поведения и даже характера. Хотя этиология детского слабоумия (*dementia infantis*) не выяснена, д-р Г. Штутте выражает уверенность в том, что «в основе заболевания лежит органический церебральный процесс, о природе которого ничего достоверно не известно» [4, с. 737]. Несмотря на отсутствие какой бы то ни было ясности¹ в вопросе о патогенезе эпилептических припадков, именно в патологических изменениях (органических или преморбидных), вызванных эпилепсией, Г. Шорш видит причину таких черт характера, как «эгоцентризм, неизменная уверенность в своей правоте, властолюбие и честолюбие, повышенная впечатлительность и раздражительность, мстительность и агрессивность... преувеличен-

¹ Генуинная, эндогенная, или идиопатическая, эпилепсия определяется психиатрами как эпилепсия, причины которой неизвестны. Многолетние исследования в этой области так и не смогли установить ни специфической локализации судорожных припадков (задействованы практически все отделы мозга), ни порядка наследования, ни причинно-следственной связи между биохимическими процессами, патологическими изменениями мозга — анатомическими или функциональными (электрической активностью) — и судорожными припадками [4, с. 470—489]. Симптоматическая же, или экзогенная, эпилепсия называется так потому, что припадкам предшествуют инфекционные, травматические или органические поражения мозга, «хотя им и нельзя приписывать значения причины» [4, с. 453]. Припадки фиксировались после черепно-мозговых травм, сосудистых заболеваний, расстройств кровообращения, опухолей, кори, скарлатины, дифтерита, коклюша, родовых травм, желтухи, отравлений и т.д. и т.п. Однако «весьма близкие по виду и локализации мозговые заболевания у одних людей вызывают припадки, а у других — нет» [4, с. 455]. Поэтому, чтобы избежать обвинения в ошибке умозаключения, известной в логике как *post hoc ergo propter hoc*, психиатры выдвинули предположение о существовании особой «судорожной готовности», которая, оставаясь неизвестным фактором X, объясняет наступление заболевания [4, с. 496—500].

ная забота о своем здоровье и вообще о личном благополучии... своеобразие, упрямство, безапелляционность, строптивость и сварливость» [4, с. 448].

Оборотная сторона этого аргюи, а именно убеждение, что органические аномалии обуславливают «патологические» чувства, мышление и поведение, также принимается биологической психиатрией в качестве само-собой-разумеющегося. Скажем, преждевременное половое созревание (pubertas praesox) рассматривают в качестве причины ускоренного умственного развития. «У генитосоматических преждевременно развитых детей, — пишет в Г. Штутте, — часто отмечается раннее развитие интересов в виду того, что их общий уровень влечет их больше к взрослым, чем к ровесникам». Но так же, как К. Конрада, Штутте не удовлетворяет столь очевидное и не имеющее отношения к медицине объяснение. «Несомненно, однако, — продолжает он, — что это ускоренное развитие интересов обусловлено не одной реактивностью: многие случаи свидетельствуют о первичности этих интересов, о недетском отношении к окружающему миру, о развитом социальном чувстве и склонности к философскому умозрению» [4, с. 746]. Веру д-ра Штутте в органическую обусловленность и патологический характер раннего увлечения философией не могут поколебать даже эмпирические данные, приведенные им страницей ранее: у 29% из примерно 300 наблюдавшихся им и его коллегами детей с диагнозом pubertas praesox психическое развитие соответствовало возрасту, у 31% отмечалось отставание, а у 36% — опережение нормы для их возраста [4, с. 745]. Следовательно, генитосоматическая преждевременная зрелость обуславливает нормальное и замедленное интеллектуальное развитие практически в той же мере, что и ускоренное... Гипотеза Штутте опровергается собранными им же самим эмпирическими данными, но — странное дело — он словно бы не замечает этого. Уж такова сила аргюи: противоречащие ему факты либо отбрасываются как случайные, либо интерпретируются тенденциозно: в самом деле, ведь у 36% испытуемых интеллектуальный уровень все же был выше, чем положено!

В рассуждениях Штутте обнаруживается и еще одно стержневое психиатрическое аргюи, согласно которому личная история человека представляет собой индивидуальное проявление всеобщих биологических законов жизненного цикла организма. Базируется оно, главным образом, на «биогенетическом законе» Э. Геккеля, утверждающем, что онтогенетическое развитие

индивида воспроизводит в «снятом виде» филогенетическую историю человечества так же, как физиологическое развитие плода проходит стадии, соответствующие взрослым формам наших эволюционных предков. Геккель обосновывал свой закон ламарковской теорией избирательного наследования приобретенных свойств. Большинство биологов, включая Дарвина, отнеслись к «биогенетическому закону» весьма скептически, указывая, в частности, на то, что «если предположить, что резюмируются взрослые формы предшествующих эволюционных ступеней, то эволюция представляет собой последовательную прогрессию, каждая ступень развития просто добавляется к предыдущей». Если бы это было так, «мы буквально несли в себе эволюционную историю всего мира» [6, р. 132]. Несмотря на критику со стороны биологов, филогенетическая теория Геккеля получила широкое распространение. «Даже после пересмотра менделевских законов наследственности в 1900 г., опрокинувших всякое научное подтверждение теорий онтогенетической рекапитуляции взрослых форм и ламарковского наследования приобретенных качеств, идея рекапитуляции все еще оказывала сильное влияние на концепции детского развития, криминальной антропологии, расизма и бессознательного», — пишет М. Наги [6, р. 133].

В биологической психиатрии филогенетическая теория, а точнее, вытекающее из нее утверждение «закономерной» последовательности определенных фаз развития организма с характерными для каждой из них многочисленными показателями «нормы», до сих пор обуславливает понимание и диагностику душевных болезней. Причем, как и в предыдущих случаях, никаких специальных доказательств «биогенетического закона» не приводится, дело ограничивается апелляциями к очевидности, например, «эволюционно-фазовых детерминант поведенческих аномалий у детей» [4, с. 712]. Только разделив вместе с психиатрами веру в истинность опровергнутой биологами филогенетической теории, можно взять в толк, почему не только «задержки», но и «преждевременное» развитие речи [4, с. 717], «ускоренное духовно-нравственное созревание» [4, с. 710], «скороспелость интересов и дарований» [4, с. 711] и т.п. рассматриваются психиатрией в качестве психических расстройств, «выражений сложного центрального дефекта личности», а то и симптомов «раннего аутизма и аутистической психопатии» [4, с. 711].

* * *

Редукции мышления, чувств, поведения, характера, личностного становления к органическим функциям, а человека — к его органическому существованию даже в рамках биологической системы базисных идеализаций порождает множество несоответствий и противоречий, аналогичных отмеченным выше. Некоторые из них клинической психиатрией попросту игнорируются.

Описывая симптоматику моторной формы афазии, при которой «дети понимают обиходный язык, жестами выражают свои желания... но не обнаруживают ни малейшей склонности к речевым актам» [4, с. 716], Г. Штутте предполагает вслед за Вернике, что она вызвана нарушениями речедвигательного центра, а в некоторых случаях — «пренатальным повреждением головного мозга» [4, с. 716], т.е. органическими аномалиями. Но, когда речь заходит о терапии моторной афазии, он рекомендует «совершенствовать речевую активность с помощью упражнений на жужжание, пение и ритм...» [4, с. 716]. Одно из двух: либо имеет место «повреждение головного мозга», биологический дефект, без ликвидации которого ребенок обречен на психическую неполноценность, либо афазия устраняется тем, что Л.С. Выготский вслед за В. Элиасбергом называл *искусственными психологическими орудиями* (жужжанием, пением и другими формами межличностного взаимодействия), — «особыми культурными орудиями, приспособленными к психологической структуре такого ребенка» или «особыми педагогическими приемами, позволяющими ему овладеть общими культурными формами» — речью, произвольной памятью и т.п. [2, с. 28]. В последнем случае предметом коррекции (а значит, и причиной «психического расстройства») становится не биологический дефект, даже если он наличествует, а его социальные следствия — аномалии «неорганического тела» индивида, или нарушение его отношений с другими людьми и окружающим миром.

Не артикулируя данное противоречие, Штутте разрешает его *практически*, вступая со своими юными пациентами в коммуникацию; и всякий раз, когда ему удастся научить афазика говорить — не важно, при помощи звуковой речи или языка жестов глухонемых и т.п. — он эмпирически доказывает истинность известного теоретического постулата Л.С. Выготского, согласно которому «все высшие формы интеллектуальной деятельности, равно как и все прочие высшие психические функции», формируются только в ходе овладения «культурно-психологическими орудиями, созданными человечеством в про-

цессе исторического развития и аналогичными по психологической природе языку» [2, с. 25], т.е. представляют собой функции *социальные*, а не биологические.

К концепции высших психических функций Л.С. Выготского и ее применению в дефектологии мы обратимся позже, теперь же вернемся к анализу противоречий биологической психиатрии. Осознаются эти последние, как правило, в случаях максимального приближения «психического расстройства» к норме, социальной или биологической. Одним из таких «расстройств», несомненно, является старость, или «психическое старение», которое выделяется в клинической психиатрии в особый нозологический раздел. Патогенетические гипотезы психиатрии сениума аналогичны общепсихиатрическим: причины «старческого слабоумия», «сенильных психозов», снижения памяти, «патологических» изменений характера и личности пожилых людей усматриваются в наследственной и конституционной предрасположенности, биохимических сдвигах, атрофии головного мозга и т.д. Но есть и *differentia specifica* — роль пускового механизма всех названных патологий отводится «инволюционным процессам организма», т.е. собственно старению. Однако, в отличие от шизофрении, эпилепсии, энцефалита и т.п., старость ожидает каждого человека, и встреча с ней тем более вероятна, чем более здоровым с медицинской точки зрения он является. Значит, если верно, что душевные процессы представляют собой органические функции, то психическая деградация в старости с сопутствующими ей социальными и юридическими следствиями, о которых речь пойдет в следующем параграфе, неизбежна для подавляющего большинства людей, включая геронтологов от психиатрии. Вот тут-то биологический редукционизм и дает сбой¹.

«Психиатрия сениума» демонстрирует поразительную отзывчивость к психологическим концепциям. Живейший отклик

¹ «За последние 25 лет, — пишет Г. Руффин, — наблюдаются значительные перемены в методах исследования психического старения. Это связано отчасти с тем, что «проблема старости» (или даже страх перед стоящей вершиной вниз пирамидой увеличения количества стариков цивилизованных народов) привели к бурному развитию самых разнообразных как научных, так и ненаучных (читай: психологических, антропологических и философских — *E.P.*) высказываний по этому вопросу. Основная тенденция многих таких высказываний состоит в том, чтобы, если так можно выразиться, «прославить очарование преклонного возраста», а там, где этого очарования нет, возложить всю ответственность за это на неправильность социальной политики или вообще на бесчеловечный образ мыслей общества» [4, с. 783].

находит в ней, например, теория компенсации А. Адлера, согласно которой органический или психологический дефект не только не предопределяет патологическое, регрессивное и т.п. развитие личности, но, напротив, может стать мощным стимулом ее совершенствования, и следовательно, «в одних и тех же (биологических — *E.P.*) фактах можно усматривать как ущерб, так и выигрыш» [4, с. 784]. Невосприимчивость пожилых людей к новым идеям компенсируется «долговечностью и прочностью навыков, спокойной рассудительностью, способной создавать произведения искусства», — пишет Груле. «Наряду с убыванием механической памяти сохраняется память систематическая, т.е. способность группировать, упорядочивать и сравнивать», — подчеркивает Матидорф. «Способности угасают, и их заменяют обширные богатства накопленного опыта. Сдержанность, житейская упорядоченность, самообладание придают духовному существованию оттенок чего-то приглушенного, незыблемого», — пишет Ясперс. «Когда мышление утрачивает элемент наглядности, все большее значение приобретает логическое начало, которому уже не угрожает избыток текущих переживаний», — отмечают Ланге и Шульте [4, с. 784].

Кроме того, предметом острой полемики в психиатрии сениума становятся практически все традиционные концепции патогенеза психических расстройств. Причем, продуманные, теоретически выверенные аргументы психиатров свидетельствуют о насущности противоречий биологического редукционизма, которые проблематизируются всякий раз, как только предоставляется случай, а психическое старение — это как раз такой случай.

Так, Г. Руффин отвергает типичное для биологической психиатрии заявление коллеги Обрехта о наследственной обусловленности («геном долголетия») психического здоровья и «счастливых особенностей характера» в старости со следующим обоснованием: во-первых, он указывает на недостоверность генетической экспертизы («то память оказывается неточной, то чувство уважения или такта заставляет опрашиваемых кое-что скрывать» [4, с. 786], во-вторых, — на невозможность в каждом конкретном случае отделить «первичные» черты характера от приобретенных в ходе жизни и в-третьих, — на отсутствие автоматической связи между теми или иными биологическими факторами и личностными особенностями человека («Необходимо принимать во внимание и весь путь, пройденный к старости и престарелости...» [4, с. 787]). Ну, а отповедь Руффина

сторонникам концепции мозговой инволюции могла бы стать украшением любого антипсихиатрического манифеста и, конечно, заслуживает полного воспроизведения:

«Выше мы уже говорили о соматологии старения и старческого слабоумия. Повторим сейчас, что сенильная мозговая инволюция не обязательно должна вызывать сенильный психоз, но может стать сопутствующей ему причиной. Это значит, что *причины и основания, делающие возможными психические заболевания в старческом возрасте, выходят за пределы установленной старческой атрофии головного мозга*. Возможно, что биохимические или даже электромикроскопические исследования приведут нас в этой области к каким-то новым открытиям, но позволят ли они провести ясную соматическую грань между инволюцией при нормальном старении и сенильными психозами, пока сказать невозможно. В соответствии с нынешним состоянием наших знаний мы можем лишь сказать, что *хотя связь между головным мозгом и психической деятельностью всегда имеется, эту связь не следует понимать слишком узко. Ослабление или перестройку психической деятельности в старости нужно рассматривать с точки зрения не только церебральной инволюции, но и всего человека как существа, подверженного историческому развитию*» (курсив мой. — Е.Р.) [4, с. 794].

Нас могут упрекнуть в том, что в процитированных высказываниях Ганса Руффина явно слышны отзвуки «феноменологической ереси» (что, впрочем, не удивительно для высказываний *фрайбургского* психиатра), и это нарушает исходную установку на анализ а priori *биологической* психиатрии. Но биологическая ориентация в психиатрии вовсе не исключает ни увлечения философией (Дильтея, Гуссерля, Хайдеггера, Гадамера и т.д.), ни стремления к пониманию «другой «человеческой души»; она лишь требует «рассматривать предполагаемого пациента *также* как организм» [1, с. 82]. К тому же, разве не показательно, что столь солидное, консервативное и *строго научное* издание, как «Клиническая психиатрия», вышедшее под редакцией авторитетных европейских психиатров, допустило подобную ересь именно в разделе «Психиатрия сениума»? Кстати, К. Конрад, с воззрениями которого на психопатологию циклотимных расстройств мы познакомились выше, заявляет о своих симпатиях феноменологии гораздо более откровенно и решительно, чем Г. Руффин...

Итак, наш анализ позволяет сделать некоторые выводы. Во-первых, вопреки декларируемой доказательности и эмпи-

рической обоснованности медицинской психиатрии ее важнейшие теоретические воззрения на природу психических (дис-)функций человека базируются на *априорных* постулатах, т.е. представляют собой результат не столько научного, сколько «донаучного или «наивного» способа трансцендентальной мотивации или обоснования» [1, с. 83].

Во-вторых, множественные противоречия и несоответствия отдельных нозологических концепций, равно как и неспособность клинической психиатрии в течение без малого полутора столетий решить задачу, поставленную перед ней Гризингером, а именно — *эмпирически* доказать физиологический характер связи между «содержанием и формой психической жизни человека» [1, с. 58], свидетельствуют, причем в полном соответствии с эмпирико-аналитическим критерием научности, принятым на вооружение медицинской психиатрией, о *ложности ее исходной гипотезы*. Напомним, последняя заключается в утверждении производности высших психических функций (мышления, памяти, воображения, чувств и т.п.), личностных особенностей (характера, нравственных убеждений и т.п.), индивидуального развития человека от его биологического существования. Это априорное утверждение клиническая психиатрия делает преимущественно в негативной форме — в отношении психических «аномалий», но сути дела это не меняет — «ведь помешательство не есть абстрактная потеря рассудка... но только противоречие в еще имеющемся налицо разуме» [3, с. 176], т.е. свое-другое последнего. Стало быть, либо и разум, и безумие обуславливаются биологическими закономерностями, либо предполагается, что при наличии биологических аномалий (патологии мозга, например) люди «развиваются «по биологическим рельсам» и для них может быть отменен закон социального развития и формирования», определяющий становление всякого нормального человека [2, с. 117]. Последнее означает, что получивший психиатрический диагноз человек попросту перестает рассматриваться в качестве человека.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. М.: Рефл-Бук, Ваклер, 1999.
2. Выготский Л.С. Основы дефектологии. Собр. соч. в 6 т.: Т. 5. М.: Педагогика, 1983.
3. Гегель Г.В.Ф. Энциклопедия философских наук: Т. 3. М.: Мысль, 1977.
4. Клиническая психиатрия // Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. М.: Медицина, 1967.

5. *Стивенс Л.* Существует ли душевная болезнь? Академия. 2000. № 22.
6. *Nagy M.* Philosophical Issues of Psychology of C.G. Jung. N.Y.: State University, New York Press, 1991.
7. *Tarnas R.* The Passion of the Western Mind. N.Y.: Ballantine Books, 1993.

О ЧУВСТВЕ СМЫСЛА

Е.В. Золотухина-Аболина (Россия)

Речь пойдет о смысле жизни.

Когда-то давно, в юные послестуденческие годы, вопрос о смысле жизни представлялся мне крайне мудреным, элитарно-философским и совершенно непонятным.

«Смысл жизни»? Что-то такое туманное и высокопарное, некая странная надбавка к обычному человеческому существованию, которое протекает в заботах и хлопотах, в стараниях достичь то одной, то другой вполне ясной цели. Жизнь богата и увлекательна, в ней столько интересных вещей, которые надо понять и прочувствовать: надо стать хорошим преподавателем, найти свою любовь, посмотреть мир... Размышление о дополнительном и как бы парящем над жизнью общем «смысле» выступало для меня чем-то вроде средневекового спора о том, сколько ангелов удержится на острие иглы...

Со временем, проходя один за другим этапы собственного жизненного пути, читая книги, посвященные смыслу, я стала понимать, что тема смысла жизни не относится к разряду элитарных забав, к области изысканной «игры в бисер». Смысл жизни — самая насущная вещь на свете, хотя выразить его в словах очень и очень трудно, ибо его содержание не полностью вмещается в рациональные формы, отчасти сливаясь с самой жизнью, ее малыми и большими заботами. Он совпадает с желанием жить, с настроением и общим эмоциональным тоном. Смысл жизни — не реестр даже самых высоких и достойных задач (хотя может включать в себя эти высокие задачи), это — состояние сознания, позволяющее человеку справляться с трудностями, преодолевать препятствия и в полной мере радовать-

Золотухина Елена Всеволодовна — доктор философских наук, профессор, зав. кафедрой истории философии и философской антропологии факультета философии и культурологии Ростовского госуниверситета. Автор ряда книг по экзистенциальной и антропологической проблематике.