

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. В. ЛОМОНОСОВА
ФИЛОСОФСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Е. В. КОСИЛОВА

ПСИХИАТРИЯ:

опыт философского анализа

МОНОГРАФИЯ



Электронные версии книг на сайте
www.prospekt.org



• ПРОСПЕКТ •

Москва
2014

Автор:

Е. В. Косилова, кандидат философских наук, доцент кафедры онтологии и теории познания философского факультета МГУ.

Научные рецензенты:

А. Н. Кричевец, доктор философских наук, профессор;

З. А. Сокулер, доктор философских наук, профессор;

А. Б. Толстов, кандидат философских наук, доцент.

Косилова Е. В.

К71 Психиатрия: опыт философского анализа : монография. — Москва : Проспект, 2014. — 272 с.

ISBN 978-5-392-13132-7

Монография Е. В. Косиловой «Психиатрия: опыт философского анализа» посвящена философскому взгляду на психиатрию как на науку и на психическую болезнь как на объект этой науки и как на феномен, имеющий самостоятельную ценность. Книга состоит из двух частей. В первой части психиатрия исследуется с точки зрения философии науки. Во второй части подробно разобраны две нозологические единицы психиатрии: шизофрения и ранний детский аутизм. Дополнительно рассматривается также одна из пограничных нозологических форм: психопатия Хаэра.

Книга имеет два приложения. В одном из них автором проанализировано изменение психиатрии за период с 1975 по 2010 год на материале защищенных кандидатских диссертаций. Второе приложение служит иллюстрацией гипердиагностики шизофрении, характерной для современной психиатрии.

Книга может быть интересна философам, психиатрам, патопсихологам и всем тем, кто хочет глубже понять природу человека.

УДК 616.89
ББК 67.99

Научное издание

Косилова Елена Владимировна

ПСИХИАТРИЯ: ОПЫТ ФИЛОСОФСКОГО АНАЛИЗА

Монография

Оригинал-макет подготовлен компанией ООО «Оригинал-макет»
www.o-maket.ru; тел.: (495) 726-18-84

Санитарно-эпидемиологическое заключение

№ 77.99.60.953.Д.004173.04.09 от 17.04.2009 г.

Подписано в печать 20.12.2013. Формат 60×90 1/16.

Печ. л. 16,0. Тираж 500 экз. Заказ № 5357

ООО «Проспект»

111020, г. Москва, ул. Боровая, д. 7, стр. 4.

Отпечатано способом ролевой струйной печати

в ОАО «Первая Образцовая типография»

Филиал «Чеховский Печатный Двор»

142300, Московская область, г. Чехов, ул. Полиграфистов, д. 1

Сайт: www.chpd.ru, E-mail: sales@chpd.ru

8(495)988-63-76, т/ф. 8(496)726-54-10

ISBN 978-5-392-13132-7

© Косилова Е. В., 2014
© ООО «Проспект», 2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|---|
| СОКУЛЕР З.А. Философия, психиатрия и понимание субъективности | 5 |
| Предисловие | 9 |

ВВЕДЕНИЕ

| | |
|--|----|
| 1. ФИЛОСОФИЯ И ПСИХИАТРИЯ | 12 |
| 2. О ФИЛОСОФИИ НАУКИ | 15 |
| 3. АКТУАЛЬНОСТЬ ФИЛОСОФИИ ПСИХИАТРИИ | 17 |
| 4. ПАЛИТРА ВЗГЛЯДОВ НА ПСИХИАТРИЮ | 18 |
| 4.1. Позитивизм | 18 |
| 4.2. Постмодерн | 21 |
| 4.3. Антипсихиатрия. Биоэтика | 23 |
| 4.4. Психическая болезнь как предмет анализа | 24 |
| 4.5. Психиатрия и философия сознания | 27 |
| 4.6. Отечественные: психиатрия и философия психиатрии | 29 |

ЧАСТЬ 1. АНАЛИЗ ПСИХИАТРИИ

| | |
|--|-----|
| 1. СПЕЦИФИКА ПСИХИАТРИИ КАК НАУКИ И КАК ДЕЯТЕЛЬНОСТИ | 39 |
| 1.1. Двойственность психиатрии как науки | 39 |
| 1.2. Психиатрическая ситуация | 42 |
| 1.3. Три вида психиатрии как деятельности | 45 |
| 1.4. Легитимация и дискурс | 50 |
| 2. ОНТОЛОГИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ КОНЦЕПТОВ | 54 |
| 2.1. И факты, и конструкторы | 54 |
| 2.2. Проблема нормы в психиатрии | 56 |
| 2.3. Строение психиатрической нозологии | 62 |
| 2.4. Проблема понимания | 66 |
| 2.5. Нозологическое ограничение понимания | 70 |
| 2.6. Синдром нозологически, патогенетически и феноменологически | 73 |
| 2.7. Проблема каузальности | 77 |
| 3. СУБЪЕКТ И ЕГО ПОВЕДЕНИЕ | 79 |
| 3.1. Проблема субъекта | 80 |
| 3.2. Поведение как объект | 84 |
| 3.3. Проблема наследования поведения. Свобода и осмысленность | 89 |
| 3.4. Отсутствие опыта психической болезни | 96 |
| 3.5. Измененные состояния сознания | 103 |
| Заключение по первой части | 113 |

ЧАСТЬ 2. АНАЛИЗ ПСИХИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

| | |
|--|-----|
| 1. ШИЗОФРЕНИЯ | 115 |
| 1.1. О понятии шизофрении | 116 |
| 1.2. История шизофрении | 126 |
| 1.3. Нозология шизофрении. Психопатология | 134 |
| Заключение о симптомах шизофрении | 163 |
| Заключение по шизофрении | 174 |
| 2. АУТИЗМ | 175 |
| 2.1. История понятия. Два вида аутизма | 175 |
| 2.2. Проблема основного нарушения | 180 |
| 2.3. Горизонты сознания | 185 |
| 2.4. Сознание и смысл при аутизме | 187 |
| 2.5. Абстрагирование, символизация, означивание, речь и воображение | 194 |
| 2.6. Горизонт и Другие | 196 |
| 2.7. Феномен савантов | 204 |
| 2.8. Гиренок: самовоздействие | 207 |
| Выводы по аутизму | 211 |
| 3. ПСИХОПАТИЯ ХАЭРА | 213 |
| О структуре совести | 215 |
| “Лишенные эмпатии” | 219 |
| Вербализм | 223 |
| Заключение к части 2: шизофрения, аутизм, психопатия Хаэра | 226 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 1. | |
| Отечественная психиатрия от 1975 до 2010 года | 228 |
| Методика и материал | 228 |
| Выделение болезней | 230 |
| Тематические подходы | 232 |
| Результаты | 233 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 2 | 248 |
| ЛИТЕРАТУРА | 268 |

З.А. СОКУЛЕР

Философия, психиатрия и понимание субъективности

Перед читателем книга, посвященная философии психиатрии.

Мы знаем, что существуют философия биологии, философия математики, философия химии и т.д. В этих областях активно работают люди, которые имеют образование, и даже зачастую активный опыт работы в соответствующей области, будь то математика, биология или что-то другое. Именно к таким людям и их суждениях больше всего прислушиваются те, кто занимается философией данной науки.

А с философией психиатрии дело обстоит иначе. Похоже, что в ней громче всего раздаются голоса тех, кто «извне». Эта ситуация с философией психиатрии объясняется сочетанием двух моментов (сочетанием, разумеется, не случайным). С одной стороны, связь психиатрии с государственной властью, осуществляющаяся от имени нормы, о чем уже сказал Фуко. С другой стороны, острый интерес к безумию, присутствующий, наверное, у большинства людей. Чем его объяснить? Можно было бы сказать, что людей вообще волнуют вопросы болезни и здоровья, и это, конечно, будет правда. Но далеко не вся, как мне представляется. Психическая болезнь — не просто болезнь. Недаром всплывает что-то совсем древнее — «священные безумцы», юродивые. Недаром существует в литературе, а вслед за ней и в профессиональной психиатрии тема психической болезни и гениальности. Не связан ли интерес философии психиатрии с предположением, или скорее с ощущением того, что сумасшествие каким-то образом несет в себе тайну человеческого «я»? Что всматривание в психическую болезнь может открыть нечто головокружительно глубокое относительно подлинной сущности человека? Такое неясное предположение-ощущение накладывается на мысль о связи профессиональной психиатрии с властью и насилием, о давящей власти социальной нормы.

И тогда психиатрия выступает в облике какой-то универсальной давящей силы, грозящей любому человеку, рискнувшему уйти в свое подлинное, неподвластное социальной норме.

Поэтому, в отличие от ситуации в философии математики, в философии психиатрии привлекательным оказывается именно взгляд со стороны. Вот и настоящая книга предлагает взгляд на психиатрию со стороны, взгляд внимательный, компетентный, однако, как недвусмысленно указывает автор, это взгляд со стороны.

При этом я хочу сказать, что философия психиатрии и должна быть по преимуществу взглядом «со стороны»; но это не значит, что любой взгляд на психиатрию со стороны является философией психиатрии.

Критическая и подчеркнуто дистанцированная позиция по отношению к психиатрии зачастую оказывается далеко не философской. Она может просто транслировать названное выше неотрефлексированное представление — ощущение, что сумасшествие это свобода, освобождение от оков нормы. Что норма представляет собой простую надстройку, которая «лежит над» уровнем подлинности, не неся никакой конструктивной функции, а только давя на нижележащий уровень, тогда как сумасшествие — освобождение от этой надстройки.

Тут можно вспомнить движение антипсихиатрии, стремление связать норму исключительно с репрессивной социальностью. Обо всем этом в книге идет речь взвешенно, без крайностей. Показывается, до какой степени остры споры вокруг природы психической нормы и какие психологические, методологические и социальные проблемы возникают из-за того, что речь идет о природе человека, а судьями в споре оказываются люди. Понятно, что проблема объективности и научности в психиатрии еще более сложна, чем в науках о природе. Но настоящая работа не идет за антипсихиатрическими настроениями, относясь к психической болезни как нередуцируемой реальности. Вопрос в том, как относительно нее встать в позицию философской рефлексии, а не неотрефлексированного выражения ощущений и ассоциаций.

Поэтому философская рефлексия в области философии психиатрии должна обратиться к самому пониманию человеческой субъективности.

Мы знаем, что масштабный проект М.Фуко, частью которого были его работы по истории и философии психиатрии, развеивая мифы об обществе Нового времени, воссоздавал генезис определенного типа власти, в который вписывались и психиатрия, и определенное понимание человека, и новременные концепции субъекта.

В русле этого проекта другие (в смысле других людей) выступали по отношению к субъекту только в функции власти. Тем самым Фуко разоблачил миф или создал миф? Или, разоблачая один миф, закреплял другой, связанный с новоевропейским концептом субъекта?

Сейчас в философии развивается другой тип концептуализаций субъекта. Субъективность, «я», рассматривается как результат отношений с другими, как ответ на обращение другого. Здесь не место углубляться в подробности того, как именно понимается отношение «я» и другого, ибо существуют очень разные и весьма непростые для изложения концепции. Однако в любом случае отношение с другим рассматривается такими концепциями как необходимое условие подлинности человеческого существования, в отличие от процедур конституирования субъекта другими, т. е. властными инстанциями, рассматриваемых Фуко.

Концепции такого рода, — их принято объединять под условным названием «философия диалога» — очень различаются и по пониманию характера отношения между субъектом и другим, и по тональности. Э. Левинас, например, говорит как о том, что в этическом отношении к другому обретается измерение выси, так и одновременно — о травме, которую наносит субъекту другой своим существованием, своей свободой и нередуцируемой друговостью. Причем похоже, что первого не было бы без второго. Так что общий тон философии Левинаса весьма драматичен. А понимание отношения субъекта и другого оставляет много вопросов, как и само понимание субъекта, подлинное бытие которого связано с другими.

Я упоминаю об этом, потому что вижу в той книге, которую сейчас держит в руках читатель, важное развитие этих концепций субъективности. На большом и интересном материале относительно аутизма здесь показывается, что полноценной человеческой субъективности нет без других, и демонстрируется, какие сложные психические механизмы

стоят за этим. Человека нет без других людей, без способности воспринимать их как людей и взаимодействовать с ними. Иначе мы будем видеть существо с дефектами развития, подчас непоправимыми, а вовсе не самодостаточную и гордую молчаливую субъективность.

Но в то же время, — и об этом тоже идет речь в этой книге, — взаимодействие с другими является очень непростой вещью, требующей большого напряжения психических сил; а если сил не хватает, то и приводящей к психическим расстройствам (см. интерпретацию гебефрении). Другие составляют соль и смысл нашего существования. Другие подавляют нас, отбирая соль и смысл нашего существования. И неразрывная связь с другими, и необходимость защититься от них, от их подавляющего воздействия, но защититься так, чтобы не потерять ни себя, ни других, — все это входит в конституцию субъективности и в человеческую экзистенцию. Драматизм этой человеческой ситуации помогает донести до нас настоящая книга.

В ней психическая болезнь лишена романтического налета, освобождена от ассоциаций с подлинностью и свободой. Здесь показывается, что психическая адекватность — это постоянное усилие, требующее огромных сил, а психическая болезнь предстает как слабость и бегство. Тем самым психическая болезнь предоставляет философу очень ценный материал для конструирования концепции субъективности, потому что, показывая нехватку (например, способности воспринимать других людей именно как людей) она указывает на то, чем должна обладать субъективность. И таким образом, косвенно, психическая болезнь действительно указывает человеку на глубинную структуру человеческого существа.

А еще эта книга привлекательна для меня тем, что она дышит жалостью и сочувствием к больным людям, у которых не хватило сил на эту трудную работу жизни.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Чему посвящена эта книга и кому она адресуется? Мне приходится на оба вопроса отвечать задним числом. Я планировала несколько другое: написать только о психиатрии, о ее методах и целях, о месте ее в обществе, о том, как она выглядит с точки зрения науки, о конституировании ее курса и онтологии ее понятий. Мне не нравится засилье левацких манер в современной социологической философии науки: рассматривать психиатрию исключительно как поле репрессии и искать, в чем она похожа на тюрьму, а тюрьма на нее, и в чем на них обеих похожи армия и школа. Все это было бы хорошо, если бы пишущие хотя бы представляли себе реальность психиатрии. С другой стороны, то, что пишут некоторые психиатры, а особенно их деятельность последнего времени, о чем я напишу в первой части, едва ли мне нравится больше. И от нее точно больше вреда людям, чем от писаний философов. Так что исходно книга планировалась для внесения некоторого разумного баланса между теми, кто хочет всех вылечить, и теми, кто хочет вывести всех на чистую воду.

Однако затем, когда я углубилась в вопросы того, как является единица конкретной психической болезни, лежит ли в основе синдрома какая-то единичная целостность, можно ли понять, в конце концов, почему психические болезни именно такие, как есть, а не другие — стало ясно, что нужны примеры. Я решила добавить вторую часть, как я думала, небольшую, с примерами, которые представляют самый большой интерес с точки зрения понимания (шизофрения). Но в результате новых вопросов эта часть развивалась и в конце концов стала больше первой. Теперь уже она кажется мне более важной, а то, что написано в первой части, кажется введением к ней, в сущности, само собой понятным. Специфика таких вопросов, которые стоят во второй части, а именно как можно понять ту или другую болезнь (симптом, синдром) состоит в том, что они не решаются. Они очень загадочны и тревожны, они что-то приоткрывают перед нами,

важное для нас самих. Может быть, можно сказать, что безумие — это то, что мы носим в себе и чувствуем это в глубине души, но оболочка человеческой рациональности предохраняет его от выхода. О взаимоотношениях этого внутреннего гипотетического безумия и этой рациональной оболочки можно строить догадки. Это репрессия? Относительно равноправная борьба? Или какой-то симбиоз? И можно ли достичь гармонии? К тому же, как показывает нам пример психической болезни, оболочка сдерживает не просто либидо или агрессию. Под ней — сложнейшие вещи!

Может быть, примерно так можно описать тот интерес, который вызывает психическая болезнь.

На кого рассчитана книга? На философов, которые интересуются психиатрией, и на психиатров, которые интересуются философией, а также и на тех, кто интересуется тем и другим одновременно. Я старалась писать как можно более простым языком. Думаю, она пригодится широкому кругу читателей.

Без своих предшественников, коллег, наставников и друзей я бы не написала эту книгу.

Прежде всего, я благодарна А.М. Руткевичу, который в 1985 году написал книгу «От Фрейда к Хайдеггеру» и тем раскрыл мне глаза на то, что можно философски рассказывать о психиатрии. Эта книга Руткевича была одним из самых сильных впечатлений моей молодости, прошедшей на биофаке, среди позитивистов.

Двумя моими наставниками в конце 90-х — начале 2000-х годов были профессор А.Ф. Зотов и профессор А.Л. Доброхотов. Они помогли мне написать диссертацию про антипсихиатрию. Эта диссертация была с философской точки зрения довольно слабой (не по их, понятно, вине!), хотя я писала ее с увлечением. В настоящую книгу из нее почти ничего не вошло. Но она была важной вехой в моей жизни, приучив меня писать структурированные труды, обращенные к читателю.

В следующем десятилетии моими наставниками, советчиками и друзьями, которыми я горжусь, были А.Б. Толстов, З.А. Сокулер и А.Н. Кричевец. Их критика помогла мне научиться развивать и уточнять свои мысли, уже не говоря о множестве подаренных ими блестящих идей.

Заведующий кафедрой онтологии и теории познания и декан философского факультета В.В. Миронов создал такую обстановку, в которой хочется и работать, и сочинять, и обсуждать.

Я счастлива, что мне выпало общаться с такими людьми, как студентка нашей кафедры Светлана Бардина, которая вселила в меня веру в то, что существуют братья по разуму.

Своему супругу Игорю я благодарна больше всех, потому что без него я не просто ничего бы не написала!

ВВЕДЕНИЕ

1. Философия и психиатрия

Психиатрия в последнее время не обделена философским вниманием. Настоящий интерес к ней начался с эпохой неклассической философии, то есть приблизительно в начале 60-х, хотя пионерами философского осмысления психопатологии были Ясперс и Фрейд в начале 20 века. Вообще, в философии можно отметить три этапа отношения к психической патологии. До начала 20 века эта тема не очень интересовала философов. Философы относились к патологии субъекта, примерно как математики к ошибкам в счете. Ведь математики не интересуются тем, какие ошибки делают в таблице умножения младшие школьники. Эти ошибки не дают для математики продуктивных идей. Ошибки надо элиминировать, таблицу умножения выучить наизусть, потом можно двигаться дальше. Так казалось и про безумие. Элиминировать, сделать субъекта снова нормальным, и двигаться дальше (тогда еще казалось, что есть куда двигаться).

В начале 20 века серьезный интерес к патологии появляется. Фрейд, исходя из наблюдений над невротиками, делает выводы, которые применимы ко всем людям. Впрочем, с точки зрения Фрейда вообще мало кого можно считать здоровым. Ясперс действовал по-другому, он четко различал здоровье и болезнь, даже противопоставлял их, но в его описаниях болезненных симптомов между строк все время сквозит понимание какой-то особой правды, которая в них раскрывается (может быть, поэтому его трехтомную «Философию» все довольно быстро забыли, а более ранняя «Общая психопатология» перечитывается и сегодня с неослабевающим интересом; впрочем, в последних изданиях в ней больше философских рассуждений, чем психопатологических описаний). Какая это правда? Он не говорит, потому что не может сказать, для этого нет понятий в языке.

Нет понятий в литературном языке психически здорового общества, но, может быть, можно попробовать найти эти слова в языке самих больных? Здесь мы встречаем Лакана. Я не рискну утверждать, что Лакан хотел именно этого,

сказать о мире бреда языком бреда, но во всяком случае литературный язык, на котором говорили вокруг него здоровые, то есть его коллеги и последователи, ему удалось сильно преобразовать в бредовый. С тех пор многое, что пишут французские философы, даже те, кто не был прямым учеником Лакана, приходится расшифровывать, не имея ключа. Однако нельзя не отдать должного Лакану: разорвав с путами здорового языка, он погрузился очень глубоко в какие-то подводные языковые явления, и даже когда удастся расшифровать малую толику, это вознаграждается с лихвой.

60-е годы 20 века в психиатрии — очень бурные, это было связано с тем, что за некоторое время до того была изобретена операция лоботомии и довольно часто без всякого колебания делалась больным [де Крюи, 1960]; эта практика, которая сегодня кажется почти такой же дикой, как концлагеря второй мировой войны, тогда в течение почти десятка лет считалась нормальной (это огромная загадка человеческой психологии, по сей день оставляющая в недоумении: как могли нормальные люди, врачи, в течение многих лет необратимо уродовать мозг, заведомо зная, что последствия этого неизвестны?) И вот в 60-е годы возмущение прорвалось, инициаторами его первоначально были психиатры, прежде всего Лэйнг [Лэйнг, 1995]. Их выступления не оставили равнодушной и широкую общественность. Еще один фактор 60-х — общий чрезвычайно высокий накал левой преобразовательной идеологии. Психиатрия оказалась тут материалом, на примере которого было легко показать необходимость этих левых преобразований. Совпало, что она находилась в это время в фокусе внимания из-за скандалов с лоботомией. Вот тут-то за нее и взялись философы.

На третьем этапе для философии характерен острый интерес к психиатрии, как к объекту социального изучения (в основном все та же критика репрессий), и к психическим болезням, тоже в поисках глубинного понимания существа человека. В первую очередь это был Фуко. Сама его книга «История безумия» доводит рассказ только до 19 века, мы не узнаем напрямую, что автор думает о психиатрии нашего времени. Но понять его идеологию не трудно, это в основном та же мысль Лакана о том, что у безумия нет языка, который можно было услышать и понять. Что общество, считающее себя нормальным, чересчур зарационализировалось. Ну и

конечно против репрессий, что на момент выхода этой книги (1961) было, вне сомнения, актуально. Фуко выступал так страстно, что, насколько я могу судить, именно благодаря ему психиатрию начали автоматически перечислять через запятую с тюрьмами, армией и прочими дисциплинарными пространствами, управляемыми дискурсом власти. С точки зрения собственно политического исследования это, может быть, было бы и неплохо (если бы только пишущие хорошо знали, какие именно дискурсы власти работают), но такой левореволюционный подход к психиатрии затемняет, мне кажется, более интересные проблемы, а именно проникновение в то безумное ядро человеческого существа, о котором говорилось выше. Простым изменением дисциплинарных порядков ведь ничего в этом не поймешь.

Затем, за психиатрию взялся Делез в книге «Капитализм и шизофрения», хотя не совсем за ту психиатрию, которую мы привыкли понимать под психиатрией, а скорее за некий собственный концепт под таким названием. Я полагаю, что нужные ему интуиции множественности, чистого различия, сингулярности он не случайно черпал в шизофреническом опыте; если мне удалось рассказать про шизофрению во второй части книги, я надеюсь, это станет понятно.

Итак, ниже следуют две части моей книги про философский анализ психиатрии. В первой части я постаралась написать о психиатрии как о некоторой цельной деятельности, интегрированной в общество, науку, культуру, менталитет больных, менталитет врачей, менталитет философов и т.п. Я постаралась рассказать о своем понимании соотношения конструктивизма и реализма в нозологической деятельности психиатрии. Центральная тема первой части — принципиальная возможность понимания существа психических явлений. В связи с этим встает проблема смысла этих явлений с точки зрения наблюдателя и с точки зрения больного. В связи с проблемой смысла встает, оказывается, проблема свободы, которую я постаралась решить, может быть, достаточно приблизительным, но практически применимым образом — как нечто градуальное, от совсем несвободного до совсем свободного (я отдаю себе отчет, что это нуждается в дальнейшем продумывании, но в данной книге пришлось остановиться на промежуточном этапе, иначе рассуждение

потеряло бы связь с психиатрией). Короче говоря, разговор неотвратимо заходит о больном как о субъекте. А далее встает вопрос о субъектности: о ее структуре, о роли Других, об отношении к реальности, о проектах и самовоздействии и т.п. Как из этого выросла вторая часть книги, я уже писала выше.

Что можно сказать в заключении введения о том, что психиатрия может дать философии? Пусть это будут хотя бы новые данные о том, каким может быть человек. Этого уже определенно достаточно, чтобы оправдать интерес к этой области.

2. О философии науки

Поскольку мы начнем с философско-научного анализа психиатрии, давайте прежде всего скажем, что такое философия психиатрии и какие вопросы она должна решать.

Чтобы ответить на этот вопрос, я хочу для начала предложить свою версию того, какие вообще вопросы адресуются к философии науки.

Насколько я понимаю, *общая философия науки* занимается такими вопросами, как:

- как отличить науку от не науки, какие вопросы находятся в компетенции науки;

- способы конституирования предмета; взаимосвязь предмета и метода науки;

- каковы характеристики научной теории (любой);

- что такое научное понимание и объяснение, условия его возможности и его пределы, логическая форма научного закона;

- как подразделяются науки;

- есть ли прогресс в науке, каковы особенности научных парадигм;

- до какой степени наука зависит от вне-научных факторов;

- отношение общества к науке зависимость от этого научного исследования;

- структура научного сообщества, научных институтов, их истории; влияние структуры научных институтов на ход исследования;

и т.п.

К философии науки также обычно примыкают рефлексивные рассуждения философов науки о том, что такое философия науки (одно из которых сейчас как раз и повествовало о самом себе).

Философия психиатрии эти вопросы не затрагивает, так как является философией конкретной науки.

Что касается философии некоторой *конкретной науки*, то она в применении к соответствующей науке (объектной) строится по принципу ее мета-описания. Она тесно связана с региональной онтологией своей объектной науки, то есть с теоретическим рассуждением на тему того, каково бытие изучаемых ею объектов.

Главными мне видятся такие вопросы (их список открыт):

1. Общая специфика объектной науки. Для ответа тут нужно знать саму объектную науку. Философ математики должен если и не быть работающим математиком, то, по крайней мере, хорошо ориентироваться в математике. Не вполне ясно, какой ответ на этот вопрос является философским ответом, каким требованиям он должен отвечать, чтобы относиться к философии. Однако любое исследование науки имеет смысл начинать именно с него.

2. Региональная онтология, т.е. вопрос о статусе объектов этой науки, о типе их бытия. Имеют ли они независимое бытие или зависимы от других типов бытия, или от исследователя, или от его методов, или сконструированы? Как правило, прямо решить (или-или) тут невозможно; имеется достаточно доводов за и против любой точки зрения. Поэтому лучше всего изучить то, что получается, если брать возможные альтернативы в качестве предположений. Имеется ли какая-то базовая категория, постигаемая интуитивно, посредством которой все эти объекты выделяются в отдельное множество? (Это может быть категория типа «живое», «общественное»).

3. Вопрос о статусе теорий этой науки. Прежде всего, какова наука: теоретическая, описательная, прикладная? Если есть, то какого они типа: типа моделей, типа языков описания, или они того же типа бытия, что сами объекты науки? (Последний случай характерен для математики). Единственна ли парадигма?

4. Вопрос об отношении этой науки и других наук. Редуцируема ли она к другим наукам? Редуцируемы ли к ней

другие науки? Какова степень ее автономии, какие методы работают в ней и только в ней? Какие объекты выделяются только в ней и принципиально невидимы из точек зрения других наук?

5. Каково отношение этой науки и общества: как она влияет на него и как оно влияет на нее? Каков запрос к этой науке, он носит характер собственно научный (так бывает обычно с фундаментальными науками) или практический (что характерно для прикладных наук)? Каковы социальные характеристики отношений внутри этой науки? Каков характер институций: вузы, исследовательские институты, полевые структуры? Каковы ее средства развития: как она использует научную периодику, конференции, какова степень общения ученых разных стран? Имеются ли школы; если да, то какие?

6. Наконец, философия науки не может игнорировать историю науки.

Два последние вопроса на первый взгляд не философские, скорее они относятся к *science studies*, но все перечисленные вопросы всегда нужно рассматривать вместе. Они взаимосвязаны.

3. Актуальность философии психиатрии

Философии разных наук развиты далеко не одинаково. В завидном состоянии находится философия математики, ибо, благодаря особому статусу своей объектной науки, математики, которая с древности рассматривалась как образец совершенного знания, философия математики на протяжении почти всей истории философии развивалась параллельно с теорией познания, эпистемологией и гносеологией. Мы находим здесь имена Платона, Декарта, Лейбница, Канта...

Не меньше повезло и философии физики, так как физика традиционно рассматривается философией в качестве идеального образца эмпирической науки. В течение всего 20 века именно физика служила модельным образцом для философии науки, от Венского кружка и Поппера до Куна и Фейерабенда.

Что касается философии биологии и особенно медицины, спектр великих мыслителей, оставивших свой след, здесь существенно меньше. Однако одна область медицины в по-

следнее время, а именно с середины 20 века, не может пожаловаться на то, что не привлекает к себе внимания философов. Это психиатрия. Достаточно назвать сразу приходящее на ум имя Фуко. Однако на самом деле начинать надо с Ясперса, который пользуется меньшей популярностью в философии, нежели признанием в психиатрии (последнее, правда, зачастую без знания его имени), ибо ему принадлежат основания современной психопатологии.

Чем заслужила психиатрия особое внимание философов по сравнению с другими областями медицины? С точки зрения рядового выпускника медицинского вуза, кафедра психиатрии ничем не отличается от любой другой медицинской кафедры, например, от кафедры внутренних болезней.

Однако с точки зрения философов психиатрия явно отличается. Насколько я понимаю, причин две (взаимосвязанные, конечно). Во-первых, характер предмета изучения. Разум — это то, чем всегда интересуется философия и отсутствие чего изучает и лечит психиатрия, по крайней мере, как это иногда считается. Во-вторых, то, что психиатрия играет очень большую социальную роль. Функционирование психиатрии — это тесное переплетение медицинских и научных аспектов с юридическими, политическими, культурными, медийными аспектами. Случайно так получилось или по-иному быть не может? Этот вопрос тоже не может не волновать философов.

4. Палитра взглядов на психиатрию

Обзор литературы, посвященной анализу психиатрии — безнадежное дело, и я предлагаю более глобальный обзор концепций.

4.1. Позитивизм

Я закончила биологический факультет, а биологи — позитивисты. Поэтому позитивистская установка до сих пор в глубине души кажется мне естественной. И только умом я знаю, что современным философам кажется естественной совсем другая установка. И начну я все-таки с позитивистской.

В отношении к психиатрии позитивистская установка проявляется в двух видах: во-первых, это естественная установка врачей. Во-вторых, это установка старых (думаю, их можно назвать доясперсовскими, хотя они изредка встреча-

ются еще сейчас) философов и историков психиатрии. Хорошее представление об этой установке дает книга по истории психиатрии, написанная русским психиатром Ю.В. Каннабихом (1872–1939) [Каннабих, 2002]. Охарактеризуем сначала философов и историков. Во-первых, развитие науки представляется как прогресс. Надо сказать, что психиатрия, в общем, дает для этого не меньше оснований, чем многие другие науки: в ней был период жестокого обращения с больными, был долгий период беспомощности перед болезнями, и все это сменилось очевидным улучшением в содержании больных и уж конечно очевидным прогрессом в способах лечения. Надежды современных прогрессистов — это, во-первых, открытие новых веществ, которые будут действовать на мозг более избирательно и «по заказу» (и мы должны заметить, что надо рассматривать далеко не только заказ на простое выздоровление, но и заказы военных ведомств, политической власти и т.п.), во-вторых, прямое вмешательство в мозг («мозговой протез» для таких, скажем, случаев, как органическое поражение мозга), в-третьих, более глобальные замыслы, такие как изменение генома. Даже для таких болезней, которые, общепризнанно, не имеют органической основы, позитивисты верят в то, что они закодированы где-то в генах!

Один из интересных моментов позитивистской установки — неперенное наличие в ней идеи просвещения. Имеется в виду как просвещение на нынешнем уровне (убежденные позитивисты обычно активисты всяких кампаний по борьбе с лженаукой, религией и постмодерном), так и идея наличия некоего периода «Просвещения» в истории науки. Не обязательно это называется именно так, важна идея. В каждой стране такая эпоха была своя. Так, например, Каннабих, описывая историю отечественной психиатрии, связывает отечественное психиатрическое просвещение с концом 19 века, с деятельностью Бехтерева, Корсакова, Сикорского, Сербского, Яковенко и Кащенко и других активных реформаторов тогдашней русской психиатрии. Да и что говорить, они действительно были своего рода просветителями!

Чем хороша позитивистская установка — так это нацеленностью на работу. Мы особенно замечаем это качество, когда анализируем естественную установку врачей. Врачи не сомневаются, что тот набор болезней, которому их учи-

ли, и есть «настоящий» набор болезней, именно он имеется в природе. Врачи почти никогда не сомневаются, что болезни надо лечить. Врачи, как правило, не сомневаются, что те лекарства, которые им предлагают (в учебниках или современные разработки) и есть настоящие лекарства, и чем современнее, тем эффективнее. Последнее, правда, не абсолютно. В лекарствах врачи, конечно, могут сомневаться, если это практикующие врачи: любой врач сталкивается с тем, что какие-то лекарства помогают, а какие-то нет. Но в целом врачи не сомневаются в, скажем так, положительном эффекте медицинского воздействия, если оно проведено должным образом.

Фундаментальное крушение первичного идеалистического мировоззрения любого врача — что не все болезни излечимы. И не все больные. Именно этот кризис чаще всего носит в себе нормальный врач, вспоминая тех, кому не смог помочь. То, что на отдалении от медицины кажется совершенно логичным, внутри нее — трагедия. Врачи спасаются от этого, наработывая профессиональное бездушие, которое, будем говорить прямо, заметно деформирует их личность. Но другого выхода здесь, видимо, нет. В свете сказанного, нам вряд ли стоит сомневаться, что прогресс медицины врачи приветствуют. У тех из них, кто опытен и мудр, разумеется, всегда наличествует критическое отношение к его содержанию, но не к самой идее прогресса. Рассказывать врачам, в том числе психиатрам, что медицина не прогрессирует, что она раньше была лучше, что они больным только вредят, и что вообще всю психиатрию надо разогнать — это из лозунгов оголтелых антипсихиатров — означает, в их видении, попасть в число сумасшедших, которые стремятся повредить не только им, но и, конечно, прежде всего больным. В нашей стране этот конфликт также имеет место. С одной стороны, отечественная психиатрия несет в себе безусловные следы советского прошлого, того, что нужно менять. С другой стороны, средний врач в стационаре выкладывается на износ, зачастую в отсутствие денег, лекарств, учебников, знаний, и еще вдобавок всегда под прессингом судебного преследования. Судить кого-либо тут очень сложно. Именно в этом, собственно, состоит основной конфликт настоящей книги. Нужно критиковать психиатрию, но нужно иметь в виду, что психические болезни реально есть и врачи их реально ле-

чат. У кого-то вызовет удивление этот факт, у кого-то вызовет удивление то, что он не для всех очевиден. Я почти уверена, что будут и те, и другие. Отношение к психиатрии в современном обществе довольно сильно поляризовано.

На этом я заканчиваю про позитивизм в философии психиатрии и в естественной установке врачей.

4.2. Постмодерн

Вообще говоря, философия постмодерна — это философия всей современной нам эпохи, как ее трактуют философы французской традиции, и поэтому, казалось бы, у него нет особых причин заниматься именно психиатрией. Казалось бы, философия психиатрии должна развиваться в рамках либо философии науки, либо философии сознания.

Причин, почему постмодерн обратился к психиатрии и начал ее критиковать, много, но главная, как я это понимаю (мое мнение открыто для критики) — историческая. В истоках французского постмодерна лежал психоанализ, а стоял у этих истоков, как уже было сказано, Лакан — психоаналитик и психиатр. Лакан не критиковал психиатрию (он критиковал психоанализ, но это совершенно другое), острее его мысли было направлено на природу бессознательного. Однако он сильно повлиял на Фуко, Фуко же был социально ангажирован, это очень левый мыслитель. В его творчестве сошелся материал психиатрии и пафос анализа и критики власти. Из-за этого его имя даже иногда можно встретить среди антипсихиатров. Сам по себе Фуко — мыслитель очень глубокий, и я бы не сказала, что даже его книга «История безумия» посвящена исключительно психиатрии. Способы мышления, которые в ней обнажаются и деконструируются, присущи самой эпохе. Но так получилось, что психиатрия отныне стала классическим материалом для анализа властных отношений, дисциплинарных порядков, навязанных дискурсом идентификаций и т.п. (Хотя, по моим наблюдениям, в последние десятилетия еще больше достается школе.) Если пытаться выразить возвышенные и сложные рассуждения постмодернистов очень грубо, то это будет примерно так: принятый в обществе, нет, в дисциплинарном порядке дискурс помечает определенные отклонения от властных требований как ненормальность, в результате чего сам отклоняющийся индивид также начинает считать себя ненормаль-

ным и добровольно встает в такое дисциплинарное отношение к власти, которое в данном дискурсе называется психиатрическим. С ним проводятся дисциплинарные и дискурсивные процедуры, нацеленные как на то, чтобы он продолжал считать себя ненормальным, так и на то, чтобы вернуть его к нормальности. Если процедуры заканчиваются успешно, власть закрепляется, если нет, индивид изолируется окончательно. Понятно, что я изложила свое понимание постмодернистского видения психиатрии не только грубо, но и провокационно. Но я не встречала там ничего по сути другого.

Психиатрическая тема, как уже говорилось, представляет двоякий интерес: с одной стороны, интересна сама психиатрия — как она устроена, какие внутри нее существуют концептуальные связи и т.п. С другой стороны, интересен ее материал. Это может быть как безумие, так и относительно легкие нарушения, интересно все. Так вот, если по первой части, по анализу психиатрии, постмодерн ничего берущего за душу не сказал, то по второй части мы находим там трех великих мыслителей: Лакана, Фуко и Делеза.

Лакан, как ни трудно его понять, был первый, кто позволил средствами психоанализа приблизиться к пониманию бреда. Фрейд анализировал относительно легкие неврозы, что после Лакана кажется очень легким; многие фрейдисты несли откровенную чушь. По крайней мере, Лакан сделал вызывающий рывок к анализу бреда, он заразил верой в эту возможность.

Фуко впервые отчетливо артикулировал задачу понять безумие. Сам он этим не занимался, зато в его «Истории безумия» достаточно материала о том, как эпоха нового времени избегала безумия, лишала его голоса и лишала себя возможности его услышать. Эта книга проникнута любовью к безумию, любовью неподдельной и милосердной, совсем не левацкой. Разумеется, она прозвучала как мощный идеологический призыв!

Наконец, Делезу принадлежат несколько блестящих мыслей. Вероятно, их у него больше, чем я думаю. О чем поняла, я далее буду писать более подробно. В целом, моя работа обходит постмодерн стороной.

4.3. Антипсихиатрия. Биоэтика

Говоря об антипсихиатрии, первое, что нужно сразу подчеркнуть: идейные вдохновители этого учения — профессиональные психиатры. Изначально оно зародилось в Англии, в начале 60-х годов 20 века. У истоков его стоял выдающийся психиатр Р. Лэйнг. Это важно, потому что для Лэйнга антипсихиатрические идеи были не случайны. В 50-х годах он выпустил книгу «Разделенное Я» [Лэйнг, 1995], которая была посвящена психологическому пониманию шизофрении. Я буду далее писать о ней более подробно. Ему удалось показаться, что причиной шизофрении является некая слабость индивида («онтологическая незащищенность»), вследствие которой эти люди не могут контактировать с реальностью, то есть у шизофрении психологическая причина. Естественным выходом тут представлялась психиатрическая коммуна с очень щадящим режимом, которую он с соратниками и попытался создать. В то же время в официальной медицине процветала практика лоботомии. Также применялся электрошок и начинали входить в оборот нейролептики, среди которых первые, аминазин и резерпин, были весьма токсичны. Понятно, что Лэйнг протестовал против практики психиатрических больниц, а особенно лоботомии. К моменту, когда его голос и голоса его сторонников прозвучали в Англии, в мире уже назрело возмущение лоботомией, благодаря чему довольно быстро оформилось широкое общественное движение под названием антипсихиатрия.

В Америке и позже в России антипсихиатрические идеи приобрели еще один контекст. А именно, в этих странах антипсихиатры выступали за преобразование государственной психиатрии в частную. Это называется «деинституционализация». Предполагается, что частная психиатрическая клиника, которая существует на деньги больных и их родственников, не будет применять к больным бесчеловечные меры. (По этому поводу хочется заметить, что французские постмодернисты из предыдущего пункта нашли бы аргументы развеять это заблуждение). Я буду далее подробно писать о психиатрии частных клиник, о том, лучше она или хуже, чем государственная.

Понятно, что к проблематике антипсихиатрии, специфичного для психиатрии этапа ее истории, примыкает общая проблематика медицинской этики. Я не буду в нее вдаваться

подробно, потому что это обширный и сложный материал, желающим можно порекомендовать книгу П.Д. Тищенко «Био-власть в эпоху биотехнологий» [Тищенко, 2001]. Вкратце говоря, общая проблема медицинской этики может быть сформулирована так: кто решает, кого, от чего и как лечить — врач или больной? С одной стороны, у врача больше компетенции, с другой стороны, больной больше заинтересован. Если решает врач, такая медицина называется патерналистской, если решает больной — партнерской. Понятно, что в демократическом обществе идеологически востребована партнерская. Так это выглядит в идеале, на первом шаге. На втором шаге выясняется, что врач все равно так или иначе манипулирует больным, поскольку в компетенции больной не может сравниться с врачом. Далее начинаются проблемы этого манипулирования, попытки смягчить его, включая всевозможные нормативы, стандарты и последнее слово на момент, когда я это пишу (лето 2011) — так называемую «доказательную медицину» (evidence-based medicine).

Как выглядит эта проблематика в психиатрии? Прежде всего, это проблемы госпитализации. Не все представители психиатрического контингента согласны лечиться добровольно. В отечественных условиях это касается, например, алкогольного делирия. Согласно текущему законодательству, недобровольная госпитализация допустима по решению суда. Для выполнения правовых норм приходится устраивать выездные заседания судов прямо в отделениях. Есть и множество других проблем — постановка на учет в психоневрологическом диспансере, получение и снятие инвалидности, лишение родительских прав и многое другое. Весь комплекс этих проблем я в этой книге рассматривать не буду, для этого была бы нужна еще одна книга.

4.4. Психическая болезнь как предмет анализа

В-первых, здесь нужно назвать феноменологический и экзистенциальный анализ (ему посвящена недавно вышедшая богатейшая материалов книга О.А. Власовой [Власова, 2007], поэтому я не буду писать подробно). Вкратце говоря, Ясперсу принадлежит идея исследовать все содержание психических отклонений непредвзято и с максимальным пониманием, а знаменитому психиатру Л. Бинсвангеру [Бинсвангер, 1999] принадлежит идея, что психиатрическая болезнь есть резуль-

тат какого-то неправильного экзистенциального выбора (например, «обмирщения Dasein»). Обоих авторов отличает та же неподдельная и милосердная любовь к безумию, о которой я сказала в связи с Фуко. (И, конечно, то же нужно сказать о Лэйнге. Да, и, вероятно, также еще о многих.) Феноменологический и экзистенциальный подход к психиатрической проблематике вообще отличается человечностью. Здесь нужно назвать еще имена Р. Мэя [Мэй, 2001] и И. Ялома.

Во-вторых, психиатрический материал используется для анализа субъектности. Здесь нужно пояснить, что такое субъектность. Субъект — это тот, кто осуществляет познание или принимает решения; в том и другом случае это тот, кто осознает себя, действует, существует неким активным существованием. Субъект сложно устроен. Чтобы знать об окружающем мире, у него должны быть богатые познавательные способности. Чтобы изучать разные проблемы, нужно мышление. Чтобы творить, нужно воображение. Чтобы осуществлять действия, нужна воля. Чтобы знать о самом себе, нужна рефлексия. Это только очень краткий набор тех инстанций субъектности, о которых было известно, в общем-то, еще во времена Аристотеля. В теорию субъекта входит проблематика отношений между душой и телом. В Средние века с этим было не все ясно (в связи с тем, что Фома Аквинский пытался совместить внутренне несовместимые концепции Аристотеля и Нового завета), вследствие чего в 17 веке Декарт создал свое учение о субъекте, лишенное недостатков средневекового. В философии оно получило название картезианской парадигмы. Вкратце говоря, основная идея ее такова, что настоящая природа субъекта — мышление, и мышление является непротяженной субстанцией, полностью отличной от тела, самопрозрачной, внекаузальной (свободной) и так далее. Несмотря на то, что недостатков у Декарта было не меньше, чем у Фомы, картезианская парадигма оказалась настолько влиятельна, что до сих пор, несмотря на десятилетия критики, остается интуитивно очевидной. Однако у философии начиная примерно с начала 20 века появилась актуальная задача: критика картезианской парадигмы.

Возникает вопрос, при чем здесь психиатрия? Оказалось, на психиатрическом материале стоит много аргументов для этой критики. Пионером здесь был Фрейд. Традицион-

но считается, что главный вклад Фрейда в критику картезианской парадигмы состоял в том, что он показал неоднородность субъектности, ее непрозрачность для самой себя, наличие бессознательных сил, которые управляют ею, а она про это ничего не знает. Это он действительно показал, но замысел его был еще радикальнее: он считал, что мысль вообще имеет не идеальную, а энергетическую природу, общую с природой влечений, и даже, в конечном счете, самого тела [Косилова, 2006]. Он хотел создать гораздо более мощную монистическую альтернативу картезианской парадигме, чем малосущественное возражение, что мы не все о себе знаем (с чем, скорее всего, не стал бы спорить и сам Декарт).

В вопрос о природе мысли мы здесь вдаваться не будем, но надо подчеркнуть, что критика ранних и относительно наивных теорий субъектности не случайно опирается на материал патологии. Если взять, так сказать, безупречно работающего субъекта — всегда адекватного, волевого, все правильно знающего, творчески мыслящего, ответственного, позитивного — то его нетрудно вписать без больших натяжек даже в самую наивную теорию. Наивные теории довольно легко элиминируют отклонения. Скажем, утверждение «человек — двуногое существо» верно, несмотря на то, что существуют инвалиды: это отклонение, которое можно элиминировать. Критическое отношение к наивным теориям появляется тогда, когда видишь отклонение, которое не получается элиминировать. Невроз — это не такое же отклонение, как отсутствие ноги. Его гораздо труднее элиминировать из субъектности, он встраивается в нее, как ее часть, становится отдельной инстанцией, указывает на существование других инстанций. И далее машина критической деструкции субъектности пошла по пути, указанному Фрейдом. В главе о шизофрении, например, мы увидим очень интересную теорию Мелани Кляйн на этот счет. А аутизм вообще представляет колоссальный интерес с точки зрения социального аспекта формирования субъектности.

Это было относительно психиатрического материала с точки зрения феноменологии и экзистенциализма и с точки зрения современных теорий субъекта. Упомянем также и хорошо известную роль патологий в изучении языка и дискурса. Правда, психиатрический материал там только начи-

нает входить в обращение, до сих пор исследовался преимущественно неврологический: афазии, дислексии и подобные им состояния, врожденные или приобретенные, дали множество новой информации о строении речевых зон мозга. Аналогично, органическая патология других систем — например, зрительной — дает информации об устройстве соответствующих мозговых машин. Но постепенно начинается анализ настоящего психиатрического материала. Пионером здесь был Лакан, который, исходя из языка бреда, постулировал, что бессознательное — это язык. На мой взгляд, это утверждение слишком сильное. Однако Лакан, видимо, был глубоко прав в том, что бессознательная речь устроена совсем не так, как сознательная, причем в каком-то смысле она более естественна для субъекта. Я постараюсь более подробно написать об этом в главе, посвященной анализу бредового дискурса.

4.5. Психиатрия и философия сознания

Вообще говоря, психиатрия и философия сознания не имеют друг к другу почти никакого отношения. Рецепция психиатрического материала в философии сознания связана со спецификой последней, как это было и в случае постмодерна. Только если в постмодерне исторически сложилось так, что там анализ психиатрии оказался востребован, то с философией сознания, к сожалению, оказалось наоборот.

Основная масса современной философии сознания — это англо-американская аналитическая философия. Она находится в теснейшем духовном родстве с метафизикой всех времен и народов [Васильев, 2009] (пример наугад из Дерека Парфита: «Если я сегодня уже не тот, что был вчера, то это я или не я?» [Parfit, 2011]), другими словами, это настоящая философия, построенная на концептуальных рассуждениях, не стремящаяся запятнать себя родством с эмпирическим материалом. Впрочем, среди философов сознания попадают также и такие, которые интересуются современным состоянием когнитивной науки (Д. Деннет охотно ссылается на эмпирические разработки [Деннет, 2004]). Но в основном все вопросы такая философия решает на пути рассуждения, а это та самая прямая дорога к наивности, которая когда-то в европейской истории привела к знакомой нам критике

картезианской парадигмы. Так что в перспективе у американской философии сознания еще будут деконструкция и постмодерн. Но это, скорее всего, очень отдаленная перспектива.

Однако даже в такой философии не совсем отсутствует интерес к психической патологии. По крайней мере, наличествует возможность его туда внедрить. Прежде всего я бы назвала два имени: В. Рамачандран и О. Сакс. Рамачандран — нейрофизиолог, изучающий своеобразные, сложные отклонения мозговой деятельности (например, фантомные ощущения). Этот интереснейший материал позволяет многое прояснить о конструктивной, адаптивной, деятельностной природе сознания [Рамачандран, 2006]. Одна из известных идей Рамачандрана была связана с ролью зеркальных нейронов в развитии аутизма. Сама по себе эта идея, как и все остальные его рассуждения о сознании, с точки зрения философов вызывают критику, но возможность для философов пользоваться материалами, которые получают физиологи, безусловно, есть.

О книгах О. Сакса [Сакс, 2010, 2011] нужно сказать отдельно. В основном это истории пациентов, причем некоторые болезни на первый взгляд даже далеки от проблемы сознания — он описывает пациентов с потерей чувствительности тела, потерей памяти на лица, синдромом Туретта и т.п. Другие истории ближе, например, несколько случаев аутизма, очень разных. Сам Сакс невропатолог. Однако даже те истории, которые казались далекими на первый взгляд, поражают и захватывают воображение благодаря исключительному таланту Сакса к пониманию больных, его способности чувствовать то, что они чувствуют, и его глубокому философскому чутью. Если же понимание оказывается совершенно невозможно, то автор всегда детально описывает то, что наблюдает, и создается по крайней мере какой-то общий контур понимания. Всем занимающимся философией сознания читать эти книги обязательно! Тем, кто не занимается, тоже хорошо прочесть, так как они очень увлекательно написаны.

К названным книгам, полезным для философии сознания, примыкают исследования всевозможных измененных состояний сознания. В основном это не психиатрический материал, поэтому подробно мы его здесь обсуждать не бу-

дем, но я ниже напишу отдельную главу про измененные состояния сознания в контексте психических болезней.

4.6. Отечественные: психиатрия и философия психиатрии

Психиатрия

Что касается отечественной психиатрии, то ее доисторическое (до конца 19 века) и историческое (с конца 19 века до середины 20 века) развитие в целом не особо отличается от общемирового. Как уже сказано, у нас было свое психиатрическое просвещение — деятельность целого общества психиатров конца 19 века по созданию больниц, работе с населением и т.п. Даже позднесоветский этап, когда в нашей стране больными объявляли диссидентов, в принципе ограничен и для мировой психиатрии — в нацистской Германии больных стерилизовали, в Америке и Англии была история с лоботомией. И везде человек в принципе рисковал попасть в психиатрическую ситуацию, не будучи серьезно больным. Везде психиатрия была склонна к гипердиагностике, к тому, чтобы распространить свое влияние без самоограничения. Достаточно посмотреть фильм «Пролетая над гнездом кукушки», чтобы это стало ясно. Антипсихиатрия — отнюдь не советское (антисоветское) изобретение.

Либерализация в отечественной психиатрии задержалась: во всем мире это произошло в конце 60-х, в результате волны антипсихиатрических выступлений, а у нас началось лишь после краха советской системы, то есть в начале 90-х. Отечественную психиатрию периода 70–80-х годов 20 века принято помечать именем Снежневского, хотя, разумеется, репрессировал диссидентов далеко не он один. И вообще Снежневский был, по свидетельствам десятков его учеников, выдающийся клиницист, из тех, что ставят диагноз с первого взгляда, ум у него был ясный и теоретический, что видно по его лекциям (по ним учатся и сейчас), характер — твердый. Так что причины, по которым он ставил диссидентам свой знаменитый диагноз «вялотекущая шизофрения» — это не лежащее на поверхности повеление КГБ. По всей видимости, он действительно находил там эту вялотекущую шизофрению. С другой стороны, по всей видимости, эти люди были совершенно здоровы, то есть это был случай типичной

гипердиагностики. Как должно быть устроено сознание врача, и хорошего врача, чтобы он честно находил то, чего нет — это интересный вопрос, в котором было бы очень полезно разобраться. Причем, следует отметить, что население тоже верило в эти диагнозы. До сих пор среди людей, воспитанных в те годы, часто можно видеть любителей ставить психиатрические диагнозы, в том числе себе, а то и принимать соответствующие препараты.

Современная отечественная психиатрия характеризуется всем тем, о чем я подробно пишу ниже в разделе «Три вида психиатрии как деятельности». Во-первых, сохраняются большие государственные больницы, как правило, с большим числом отделений. Зачастую такая больница одна на область, в областном центре. Если раньше соотношение психиатров и психотерапевтов в них было сильно в пользу первых, то теперь количество психотерапевтов увеличивается. В своей книге [Семке и др., 2010] известный томский психиатр В.Я. Семке подробно рассказывает об организации большого специализированного центра психотерапевтической помощи, для больных неврозами и пограничными состояниями. Это можно считать приметой современной отечественной психиатрии.

Кроме того, у нас в стране, как и везде, развивается коммерческая психиатрия.

Что касается психиатрии как научной деятельности, то по чисто количественным параметрам в нашей стране дела с ней обстоят так: выходит очень мало журналов, всего около десятка (за рубежом — огромное количество; я насчитала 108 на английском языке, и это только по данным интернета), однако сравнительно приличное количество книг и просто удивительно много диссертаций. Изучение этого вопроса по материалам РГБ показало, что за последние два года было написано около 500 диссертаций (надо полагать, что большинство были и защищены). Проблема научной новизны этих диссертаций, конечно, оставляет в некотором сомнении, ибо даже серьезные труды крупных ученых в этой области далеко не часто содержат что-то принципиально новое. Наугад прочитанные авторефераты в общем подтверждают впечатление тривиальности. Однако имеются и весьма интересные работы. Появляются работы по психосоматической медицине, довольно велик интерес к новым психотерапевтическим методикам и проблемам реабилитации. Шизофре-

нию, конечно, тоже продолжают изучать, и по физиологическому направлению, и по реабилитационному, и даже по нозологическому (все еще выделяют в ней новые формы). За рубежом на повестке дня стоит переориентация с лечения в больнице на амбулаторные типы лечения [Фрит, 2005; Шизофрения, 2001]. Это касается даже психозов, которые считаются тяжелыми, например, непрерывной шизофренией с бредом и галлюцинациями. Доктора всерьез изучают вопрос, как сделать так, чтобы больной с галлюцинациями жил в семье, как должна относиться к его галлюцинациям семья, какую работу должны проводить в этой связи социальные службы и т.п. Судя по всему, скоро этим будет активно заниматься и наша психиатрия, но пока эта тенденция только намечается [Былим, 2010].

Печально нынешнее состояние физиологической психиатрии. В прошлом в отечественной психиатрической традиции она безусловно лидировала. В научных трудах тоже доминировали физиологические: изучение воздействия таких-то лекарств при таких-то болезнях, изучение работы мозга у здоровых и больных и так далее. За рубежом, прежде всего в Америке, и сейчас выходит огромное количество материалов по этой теме (только среди журналов по психиатрии, которых, как уже говорилось, в интернете я нашла всего 108, 17 полностью, даже по названию, посвящены проблемам биологической психиатрии, в остальных же, по названию нейтральных (типа *International Review of Psychiatry*), по факту большая часть статей относится к биологической психиатрии). У нас же новых исследований очень мало. Причина этого хорошо известна: биология вообще, и физиология в частности, в нашей стране, к сожалению, практически развалена. Для изучения работы мозга желательно иметь дорогую аппаратуру, прежде всего это томографы, и уж что совершенно необходимо — так это специалисты. Но, увы, работы тех, кто мог бы выпускать их в нашей стране, выходят за рубежом.

Интересны новые тренды в отечественной научной психиатрии. Назовем прежде всего культурную (этно-) психиатрию. Огромное количество наций и народов на территории нашей страны позволяют собирать по этой теме богатый полевой материал. Мне встречались сравнительные исследования шизофрении у славян, обских угров и ненцев [Гильбурд,

1998]; коми и славян [Положий, 2001], параноидной шизофрении у славян и якутов [Яковлева, 2011]; суицидов у чувашей и славян [Николаев, 2006]: широкого круга болезней, включая эпилепсию, алкоголизм, депрессию, шизофрению и невроты у славян, татар и удмуртов [Дмитриева, Положий, 2003] и др. Эти работы интересны как в психиатрическом смысле, поскольку они добавляют новые штрихи в знакомые синдромы, так и в культурологическом: они выявляют особенности культур и их этносов-носителей. Для сравнения нужно сказать, что за рубежом книг по культуральной психиатрии тоже очень много. Как ни странно, результаты у наших авторов часто не совпадают с зарубежными, о чем я подробнее скажу в главе про шизофрению.

Затем, в моду входит изучение психодискурса, на полевого материале и без психоаналитических домыслов, а с применением статистики. Здесь надо прежде всего назвать питерского психиатра Микиртумова [Микиртумов, 2007] и еще ряд работ, многие из которых очень фундаментальны и интересны [Пашковский с соавт., 2009]. Я постараюсь упомянуть их в дальнейшем.

В-третьих, социодинамическая психиатрия [Короленко, Дмитриева, 2000]. Теоретические границы этого направления у нас в стране представляются несколько размытыми, однако, ясно, что общий пафос заключается в том, что психические болезни рассматриваются в комплексе, без деления на «большую» и «малую» психиатрию (об этом делении см. пункт «Двойственность психиатрии»): по мере необходимости назначаются лекарства, тот же врач изучает и семейное положение больных, и культурные влияния, и самооценку больного, в общем, осуществляет некоторое целостное идеальное понимание и лечение. На практике, насколько я поняла, это реализуется в виде уменьшения доли медикаментозной терапии и увеличения доли психотерапии.

В-четвертых, назову социобиологию [Самохвалов и др., 2011]. О ней в главе «Изучение поведения» я буду рассуждать подробно.

Наконец, нельзя не упомянуть психоанализ. На протяжении всей книги я буду стараться дистанцироваться от него, хотя придется столкнуться и с Фрейдом, и с Мелани Кляйн. Психоанализ очень не похож на традиционную психиатрию, ни в мире, ни в нашей стране. Невозможно написать одну

более-менее цельную книгу, где было бы и про психиатрию, и про психоанализ.

Однако какую-то интеграцию своих идей в психиатрический контекст он допускает, особенно если включать в психиатрический контекст психотерапию, как это обычно делается у нас. В Германии, по моим наблюдениям, такая интеграция началась еще с Ой. Блейлера и сейчас уже стала общим местом: в книге, написанной психиатром, а не психоаналитиком, можно увидеть чисто психоаналитические концепты [Шарфеттер, 2011]. В Англии это тоже встречается, например, работы Лэйнга используют психоаналитические идеи и концепты, хотя от ортодоксального анализа далеки. Для отечественной психиатрии это пока не характерно. Психоанализ у нас развивается параллельно с психиатрией. Однако начало процесса интеграции психоаналитических понятий в дискурс психиатрии можно наблюдать уже и у нас [Короленко, Дмитриева, 2000; Дремов, Семин, 2001].

Заключение по психиатрии в нашей стране: в целом она как медицинская деятельность является прежде всего государственной, что она в этом качестве не слишком отличается от психиатрии других стран, а психиатрия как научная деятельность осваивает (хотя и не слишком активно, к сожалению) новые области.

Философия психиатрии

Что прежде всего характерно для философии психиатрии в нашей стране, так это то, что самые внятные и интересные размышления принадлежат психиатрам. Профессиональных философов психиатрии у нас пока мало. Единственная отечественная глубокая философская книга о современной психиатрии вышла еще в 1985 году и принадлежит А.М. Руткевичу [Руткевич, 1985], и с тех пор я не видела ничего сравнимого с ней. Вышло лишь несколько статей [Ткаченко, 1992]. Книги известного филолога В.П. Руднева, которому принадлежат размышления о природе галлюцинаций и об особенностях дискурса безумия, к сожалению, не отличаются ни компетентностью в психиатрии, ни глубиной в философии. Интерес у некоторых отечественных авторов [Косилова, 2002] вызывает история антипсихиатрии [Власова, 2006], что закономерно, поскольку наша психиатрия, как я писала чуть выше, задержалась с реформами. Глубокие мысли о природе нормы и

безумия можно найти в книгах Ф.И. Гиренка [Гиренок, 2010], но это не систематические исследования данного вопроса.

В 1932 году великий отечественный психиатр В.А. Гиляровский (1876–1959), книги которого, кстати сказать, переиздаются и сейчас, написал в одном эпиграфе: «Психиатрия больше чем какая-либо другая медицинская дисциплина связана с общим укладом жизни, и можно сказать, что каждая эпоха имеет свою психиатрию» [Гиляровский, 2001, с. 2.]. Совершенно не удивляет тот факт, что многие психиатры, задумываясь о безумии, норме, понимании и других подобных вопросах, даже если и не начинают профессионально интересоваться философией (а многие начинают), склоняются к размышлениям, которые являются философскими по существу. Иногда эти размышления они даже не выделяют в отдельные главы, а пишут попутно с изложением основного материала. Назову несколько отечественных авторов, в трудах которых можно найти идеи, ценные с точки зрения философии психиатрии.

Сибирские психиатры С.В. Дремов и И.Р. Семин в книге, посвященной измененным состояниям сознания [Дремов, Семин, 2011] в психиатрии, задаются вопросами о том, что такое сознание, какова роль Других для Я. Известный московский психиатр А.Г. Данилин тоже исследовал измененные состояния сознания, правда, у него в основном не психиатрический материал, а ЛСД и другие психodelики. В его книге [Данилин, 2001] масса интересных размышлений о культурной и экзистенциальной основе потребности в наркотиках, в изменении сознания, в снижении чувства Я. Он связывает это и с шизофренией, с этой его мыслью можно и не соглашаться, однако она интересна.

Крупный московский психиатр¹ С.Ю. Циркин в своей книге [Циркин, 2005] очень психологически понятно и убедительно рассуждает о болезненных состояниях психики, давая много материала для размышлений о существовании патологии и нормы. Крупный новосибирский психиатр Ц.П. Короленко [Короленко, 2010, 2000] рассматривает широкий

¹ Здесь, говоря «крупный», я имею в виду, что данный автор является известным признанным ученым, или автором книг, или заведующим отделением в большой больнице, или членом редколлегии международных журналов и т.п.

круг проблем, от взаимосвязи психиатрии и культуры до проблемы природы отклоняющегося поведения, расстройств личности и т.п. Его книги написаны очень увлекательно, хотя в них нет ни следа популяризации.

Некоторые наши психиатры-правозащитники еще задержались, по моему мнению, в эпохе антипсихиатрии, например, замечательный питерский автор В.С. Пшизов, которому, помимо антипсихиатрических лозунгов, принадлежат интереснейшие рассказы о функционировании психиатрических больниц, а также прекрасно написанные истории болезней [Пшизов, 2010].

Крупный томский психиатр В.Я. Семке [Семке и др., 2010] размышляет о своем предмете, труднокурабельных пограничных состояниях, в контексте психиатрии вообще, чем и как она должна заниматься, и делает это с подлинно философской глубиной. Захватывающе написала знаменитая книга С.Я. Бронина «Малая психиатрия большого города» [Бронин, 1998]. Впрочем, этот автор является профессиональным писателем. На первый взгляд философских размышлений мы там не увидим, но огромное количество живых, потрясающе ярких описаний человеческих судеб способствует пониманию психической болезни больше, чем многие сухие теоретические тексты.

Отступление: истории болезни

Об историях болезни я бы хотела сказать несколько слов. Ясперс (который, кстати сказать, в психиатрии по сей день является одним из крупнейших авторитетов) ввел и разработал проблематику понимания больных. Об этом я буду дальше писать более подробно, здесь же хотелось бы сказать, что в обычном психиатрическом контексте — то есть в книге или статье — понимание может представить себя двумя способами. Один способ: описать какой-то синдром или симптом так, чтобы читатель понял некий смысл этого, чтобы он воочию представил себе это, по возможности в воображении пережил нечто подобное. Этому автор может достигнуть, описывая синдромы, как это обычно и делается в жанре патопсихологии. Второй способ: описать больного. Тогда читатель сможет как бы поставить себя на место этого человека и тоже в воображении пережить то же, что он. Истории болезни раньше встречались почти в каждом труде по медицине

вообще и по психиатрии в частности. В старых, первой половины 20 века, учебниках еще можно встретить этот жанр. Затем кейсовый жанр ушел из учебников и даже значительно покинул научные работы. Когда в психиатрии доминировало влияние физиологии, а это было в 40–50-х годах 20 века, доминировал и жанр научных работ по физиологии. Физиология — это раздел биологии, а биология мыслит и описывает статистически. Для биолога нет кейса. Для него нет, например, отдельного цветка: есть семейство, род, вид. Так же и для физиолога, нет кейса больного человека, а есть вид больных шизофренией. Допустимо нозологически дробить единицы болезней, но не до конкретных людей, а всегда до множеств. Если врач знает нечто о конкретном больном, а не о множестве больных, то это может быть только потому, что он не сумел поставить диагноз, который поместит больного во множество. Поэтому из психиатрии, как и из медицины, начали исчезать истории болезней (частично они еще остаются, поскольку традиции в каждой области медицины, разумеется, поддерживаются силой авторитетов и привычек). На тот же вектор ориентирована и современная так называемая доказательная медицина. О ней можно было бы много написать отдельно, но здесь мы не можем говорить об этом, потому что это не психиатрическая, а общемедицинская проблематика. Как бы то ни было, достаточно много трудов по психиатрии вовсе не содержат историй болезни или содержат очень формальные.

Однако не надо долго думать, чтобы понять: истории болезни дают потрясающе важный материал. Описание в теоретических терминах всегда несет специфическую научную размытость смысла. Поэтому теоретическое описание почти всегда недопонимается. Научные термины, конечно, относительно жестко определены, но они употребляются в узких контекстах, редко, и за счет этого не могут обрести привычное, автоматическое употребление, общеизвестность и прагматическую общность оттенков смысла среди тех, кто их употребляет. Несмотря на то, что научные термины по сравнению со словами обывденного языка считаются образцом строгости, на самом деле хорошо понимает свой текст только сам автор, и, если это крупный ученый, то круг его учеников, которые слушали его лекции. Ученики другого лектора уже будут понимать тот же текст несколько иначе. Наименьшим образом эта

проблема выражена, по-видимому, в математике. Но за пределами математики так это будет в любом научном тексте, скажем, в анатомии. Анатомический предмет, разумеется, можно описать словами, однако в любом атласе по анатомии превалируют рисунки, фотографии. Во-первых, их легче понять, «схватить», чем понять текст, но дело даже не в этом: текст действительно не способен выразить наглядное существо предмета. Научные термины, конечно, относительно жестко определены, но они употребляются в узких контекстах, редко, и за счет этого не могут обрести привычное, автоматическое употребление, общеизвестность и прагматическую общность оттенков смысла среди тех, кто их употребляет. Чем шире употребляется слово (Витгенштейн, возможно, сказал бы: чем больше участников в него играет), тем лучше известно его значение, потому что тем лучше известны правила игры. Тем более это так, если речь идет о значении, которое встречается в речи часто («в», «устал», «читаю»).

Если же термин употребляется редко («Синдром Каппра», «Альфа-адрено-блокатор») или в эту игру играют не все люди («Синдром Кандинского-Клерамбо»), то вроде соотносимость с предметом есть, но не хватает правил употребления. Приведу пример. По моим наблюдениям, термин ИОЗС («ингибитор обратного захвата серотонина» — это типичный вид современных антидепрессантов, самый известный прозак) понимается разными психиатрами по-разному. Это зависит от того, насколько специфически лекарство ингибируют именно серотонин. Некоторые употребляющие термин, говоря «ИОЗС», подразумевают, на каких именно рецепторах ингибируется серотонин данным средством. Рецепторов к серотонину несколько видов, и все обладают разным действием. Некоторые считают, что если вещество ингибирует все рецепторы или какие-либо из них, то оно должно называться ИОЗС. А некоторые употребляющие термин, наоборот, считают ИОЗС даже вещества, которые кроме серотонина ингибируют обратный захват и других веществ, то есть действуют на очень широкий круг рецепторов.

Договоренности такого рода вырабатываются на конференциях и в периодике, выпускаются нормативные документы, но интенсивность общения разных школ и сравнения этих документов невозможно сравнить с интенсивностью повседневного общения.

Отсюда эффект: слыша мало-мальски новый термин, ученый или пускается в уточнения (где и как его еще употребляют), или проскальзывает его глазами.

Истории болезней в психиатрии играют ту же роль, что рисунки в анатомическом атласе. Конечно, от рисунков они отличаются тем, что написаны на языке, а зачастую и на специфическом дискурсе. В последнем случае их ценность значительно утрачивается. Однако многие врачи следуют рекомендации (позитивистской по духу и весьма распространенной в естественных науках) описывать по возможности протокольными предложениями, без употреблений специальных терминов. И в целом истории гораздо более понятны, чем теоретический текст. Они легче «схватываются». Я глубоко убеждена, что медик, который не может привести хорошую историю болезни в качестве примера к своим теоретическим утверждениям, не может считаться понимающим свои теоретические утверждения. В его тексте они функционируют по законам дискурса, автономно от понимания. Такой теоретический текст вторичен и неинтересен.

Эта точка зрения поддерживается психиатрами феноменологического и экзистенциального, а также антипсихиатрического направлений, даже если они, как это часто бывает в современной психиатрии, вполне признают терапию нейрореплетиками. В 2006 году вышла книга отечественных авторов «Клинические разборы в психиатрической практике» [Гофман, 2009], в предисловии к которой очень известный наш антипсихиатр Ю.С. Савенко подробно пишет о важности феноменологического и понимающего подхода. Вся книга состоит из описаний больных. Читать ее гораздо интереснее, чем роман! Как ясно из факта выхода такой книги, группа единомышленников (такая группа сложилась в Москве на базе одной из больниц и в Независимой психиатрической ассоциации России) может удержать ценную традицию даже вопреки господствующим научным тенденциям.

Впрочем, более подробно эти проблемы рассматриваются ниже.

ЧАСТЬ 1. АНАЛИЗ ПСИХИАТРИИ

1. Специфика психиатрии как науки и как деятельности

1.1. Двойственность психиатрии как науки

Психиатрия, как уже стало очевидно — это далеко не только наука. Это целый комплекс, составляющие которого — и научные теории, и медицинские институты, и фармакологическое производство, и социальные мифы, и нерелексированные практические приемы, и пакеты юридической документации, и многое другое. Однако, если сосредотачиваться на психиатрии как на науке, а у нее, безусловно, есть и научная часть, то это наука двойственного типа. Двойственность психиатрии вытекает из двойственной природы ее объекта, а именно человека в аспекте его разумности. Двойственность же человека описывается очень известной формулой *mind-body problem*.

Может показаться, что помимо психиатрии такая же двойственность характерна для психологии. И действительно, это так. Это было уже достаточно давно, в конце 19 века, исследовано Дильтеем в его книге «Описательная и объясняющая психология». Нынешняя психология также состоит как бы из двух поднаук, одна из которых склоняется к науке о мозге, другая — к науке о личности, хотя, во-первых, имеется и достаточно много мостов и пересечений, а во-вторых, «физиологическая» психология, даже если она исходно была частью именно психологии, имеет выраженную тенденцию переходить в биологию. Однако обсуждать особенности психологии мы сейчас не будем. Я сказала про нее, чтобы подчеркнуть, что указанная двойственность свойственна психиатрии в большей мере, она более резко выражена, чем в психологии. Более того, физиологические исследования и в психологии нередко ведутся в стыке с психиатрией, на патологическом материале.

Дело в том, человек в норме — это в высшей степени двойственное существо. Но мы, как правило, не видим у здорового человека никаких корреляций между сознанием и телом. Их можно изучать, этим занимаются науки нормальная физиология, когнитивная психология и др. Но у человека в па-

тологии доля физиологической составляющей увеличивает-ся. Это выраженный, хорошо заметный факт. Очень трудно при помощи химических веществ управлять поведением здорового человека, фактически такие способы еще не найдены, при всей их соблазнительности (и при том, что исследования, конечно, ведутся и финансируются). Изменять химическими веществами поведение больного существенно проще. Химическими веществами можно свести с ума и вылечить от сумасшествия, но нельзя, допустим, заставить стать революционером и потом «вылечить» в лояльного гражданина. Психические болезни гораздо более, чем здоровье, представляют физиологическую сторону психической жизни. И поэтому человек в патологии — это уже не такое двойственное существо, как в норме, а гораздо более физиологическое.

Эта особенность человека формирует и лицо психиатрии, которая в значительной мере является физиологической, близкой к биологии, естественнонаучной. Этим отличается та ветвь психиатрии, которая занимается «серьезными» заболеваниями, то есть психозами. Объект воздействия здесь — больной мозг. Способ воздействия — от химических веществ до хирургических вмешательств. Природа болезней рассматривается с биологической точки зрения (генетика, нарушения развития, физические воздействия и т.п.). Такую психиатрию я называю физиологической. В медицине ее иногда называют «большой» психиатрией. Это естественная наука, со всеми присущими естественной науке особенностями, прежде всего методом объяснения, конструирования гипотез и их проверок.

Хотя и в этой естественнонаучной области естественнонаучная редукция, если можно так сказать, не проходит до конца. Это касается прежде всего постановки диагноза. Дело в том, что в психиатрии это действие, постановку диагноза, аналогичное действию измерения в физике, нельзя передать машине. Даже в большой психиатрии диагноз не ставится способом взятия анализов, как это происходит, допустим, в иммунологии. Всегда нужен врач, который способом наблюдения за поведением больного толкует внешние признаки этого поведения как симптомы заболевания. Вместе с этим толкованием в науку входит смысловая составляющая.

Как бы ни было соблазнительно редуцировать всю науку о психических болезнях к физиологии мозга, остается очень большая область, которая, по-видимому, вообще не

может быть редуцирована к физиологии — это та ветвь психиатрии, которая занимается легкими, пограничными расстройствами, неврозами, нарушениями адаптации. Иногда ее называют «малой» психиатрией, а если воздействие происходит не химическими, а вербальными и поведенческими методиками, то психотерапией. Это такая наука, которая принципиально основана на толковании смысла, на смысловом воздействии на сознание, на вчувствовании, понимании. Это, следовательно, гуманитарная наука. Хотя и там тоже имеют место гипотезы и проверки, то есть в каком-то смысле и та, и другая области имеют смешанный характер.

1.2. Психиатрическая ситуация

Бытие психиатрии состоит из психиатрических ситуаций. Что это такое, какие бывают психиатрические ситуации и из чего они состоят? Я постараюсь набросать общую структуру, но мои попытки открыты для критики.

Прежде всего, психиатрическая ситуация — это вид ситуации вообще, а ситуация вообще — это структура. Причем это структура непрерывно текущая, но в то же время на протяжении ситуации она сохраняет целостность. Принцип целостности ситуации — ее смысл, которого, правда, может во всей полноте не знать ни один участник. Ситуации постоянно переходят друг в друга. При переходе одной ситуацию в другую смысл изменяется.

Ситуация состоит из явно видимых элементов, менее заметного фона и неких идеальных связей между элементами. Элементы и фон описать относительно несложно. Природа связи — загадка.

Психиатрические ситуации распадаются на два больших типа: связанные с присутствием больного и происходящие без больных. К последним относятся врачебные конференции, работа с историями болезни, написание статей и научные конференции, различные обсуждения и т.п. (Споры в СМИ, судебные разбирательства — это не психиатрические ситуации, а в большей степени юридические).

Однако большая часть ситуаций разворачивается с участием больных. В подавляющем большинстве таких ситуаций участвуют также и врачи, незначительная часть разворачивается без врачей, только с присутствием больных. К последним относятся, например, процедуры, проводимые медсестрами,

вечерние разговоры больных в отделениях и другие взаимодействия больных, однако доля таких ситуаций невелика. Если больные, говоря упрощенно, сильно больны, то они не вступают в осмысленные ситуации помимо врачебных, а если они больны не сильно, то вступают, и часто (например, двое в одной клинике могут влюбиться друг в друга), но такие ситуации уже не являются психиатрическими. Хотя это далеко не абсолютно².

Итак, рассмотрим в качестве базовой ту психиатрическую ситуацию, которая более всего запрашивается, а именно содержащую врача и больного.

Явные элементы психиатрической ситуации:

- больной
- врач, включая его индивидуальные особенности
- место ситуации (стационар, поликлиника, диспансер, на дому и т.п.)
- болезнь, ее объективный характер, в полной мере не известный никому
- текущий диагноз; знание врача о больном; методы диагностики; возможно, проблемная ситуация с диагнозом
- применяющиеся способы лечения, если есть; материальная и научная оснащенность медицины в данной ситуации
- дискурс
- соответствующие нормы права.

Неявные элементы психиатрической ситуации:

- неписанные традиции разговаривания психиатрических ситуаций в данной культуре
- неписанные традиции разговаривания вообще любых ситуаций в данной культуре
- наличие родственников больного, которые, возможно, желают повлиять на течение ситуации

² Знакомый психиатр рассказывал, как в интернате для хронических больных, которые содержались там в свободном режиме — речь в основном о больных слабоумием — постоянно возникала проблема секса; к слабоумным женщинам приходили вступать в сексуальный контакт не только слабоумные мужчины из соседних отделений, но и работающие там здоровые и т.п. Главврач не запрещал такой секс, потому что считал, что в общем больные имеют на него право. Однако возникала и проблема рождающихся детей... Все это психиатрические ситуации, которые можно назвать маргинальными.

— наличие начальства у врача, которое имеет возможность повлиять на течение ситуации

— наличие коллег у врача, с которыми, возможно, он обсуждает диагноз

— образование, которое принято давать врачам в данной культуре

— вообще состояние медицины в данной культуре

— состояние общей морали и/или правовой морали данной культуры (нравственные обязательства здоровых перед больными, права человека и т.п.)

— прошлое данного больного, не вошедшее в историю болезни и не рассказанное врачу, но оказывающее влияние на его состояние

— представляемое врачом будущее данного больного

— собственные проекты больного относительно его будущего, если есть

— собственная теоретическая концепция врача, если есть

— различные обстоятельства, имеющие влияние на течение психиатрических ситуаций в данной культуре и стране вообще, а также случайные обстоятельства. Однако случайные обстоятельства именно психиатрического плана (какого-то больного не госпитализировали, потому что в больнице протекла крыша, но протекающая крыша — не элемент психиатрической ситуации; другого больного не госпитализировали, потому что он не выдержал долгого стояния в очереди и обратился в частную клинику, здесь очередь в больницу есть элемент психиатрической ситуации).

Самая загадочная часть структуры — это природа связи элементов между собой. Это касается любой структуры, не только психиатрической ситуации. Когда элементы однородны, о природе связи обычно можно догадываться. Но когда элементы принципиально разнородны, когда они претендуют на категориальную основу описания, вопрос об их связи делается очень загадочным. В каждом конкретном случае обычно есть куда, так сказать, приземлиться и дать упрощенный ответ на вопрос о связи. Почему врач пишет историю болезни? — так принято в современной медицине. Почему больной имеет прошлое, которое оказывает влияние на настоящее? — человек вообще так устроен, а невротики особенно привязаны к прошлому. Почему больному делают операцию на мозге? — таково состояние медицины на данном этапе.

Почему больной вообще пришел к врачу?! — Таковы были дискурс, дисциплинарный порядок и властные отношения. Тысяча причин найдется в ответ на любой вопрос. Однако все это не ответ на вопрос о природе целостности ситуации, связи ее элементов. Здесь, видимо, мы имеем переплетение онтологических аспектов (но онтология ситуаций еще не разработана в современной философии) и гносеологических аспектов, то есть, другими словами, речь идет о нашей собственной способности именно так выделять сами ситуации, именно так выделять элементы в ситуациях, именно так интерпретировать связи между ними, именно так схватывать целостность ситуации. Я бы сказала, уподобляясь Гуссерлю, что наше сознание непрерывно конституирует целостные ситуации с их смыслом. Скажем, я сейчас в РГБ печатаю данный текст — вокруг меня множество элементов, библиотеки, компьютеры, шкафы, содержание текста, замысел — но ситуация для меня единая, очень хорошо известная мне ситуация под названием «РГБ», в которой я бывала уже множество раз и знаю, кажется, все возможности ее течения. Она не распадается на элементы, хотя в то же время элементы существуют. Такой элемент, как замысел данного текста, находится на большом отдалении от остальных, он существовал и до того, как я попала в эту ситуацию. Но сейчас даже он некоторым образом встроен в нее. Все знают, что в некоторых местах лучше пишется, чем в других. По-видимому, склонность воспринимать ситуации как цельные есть свойство нашего сознания. Но это очень предварительный ответ на вопрос.

Аналогичен вопросу о природе целостности ситуации вопрос о связи ситуаций между собой. Всегда, когда мы имеем устойчивую деятельность, мы имеем и постоянные законы перехода ситуаций друг в друга. Эти законы мы в общем знаем, поскольку мы ориентируемся в жизни и в своей деятельности, но в незнакомой деятельности они могут быть нам совсем непонятны. Как изучать их — большой вопрос. Обычная наука тут практически бессильна, в связи со сложностью объекта. Впрочем, физическая каузальность также имеется, и в случае психиатрических ситуаций она даже явно видна (ситуация возбуждения затем, через событие приема лекарства, переходит в ситуацию успокоения), но это редкий случай, обычно в течении ситуаций физической каузальности

не видно. Основные типы перехода ситуаций — согласно обычаям (это могут быть культурные традиции или более мелкие привычки организовывать, скажем, работу определенного заведения) и согласно выбору субъекта. Далеко не все ситуации предоставляют любому субъекту большой набор выборов. В психиатрической ситуации у больного очень часто выбор минимальный и у врача не намного больше. Тогда мы говорим, что над ситуацией довлеют объективные законы. Существенно, что эти объективные законы обычно находятся не столько «над» ситуацией, сколько связываются с одним из ее элементов, иногда явным — например, состояние медицины в данный момент, а иногда неявным — например, неписанные традиции. Если очень твердые законы ситуаций связаны с неявными элементами, мы называем такую культуру нерефлексивной, если с явными — рефлексивной.

Данная книга посвящена в основном анализу всего лишь нескольких элементов психиатрической ситуации из числа основных: врачу, диагностике, больному, болезни; немного дискурсу и состоянию медицины. Если бы я поставила задачу написать про все элементы всех психиатрических ситуаций, потребовалась бы еще одна книга. Вероятно, она ждет своего автора и часа.

1.3. Три вида психиатрии как деятельности

Анализировать психиатрию как специфический вид деятельности проще всего исходя из тех целей, которые перед нею стоят. Мне удалось выделить три группы целей, которые ставятся перед психиатрией:

1. Со стороны общества. Изоляция и, при возможности, излечение тех, чье бытие выходит за границы нормы, приемлемой в данном обществе. Эта функция лежит не только на психиатрии, но и, допустим, на пенитенциарной системе. Тем не менее, история психиатрии свидетельствует [Фуко, 1997], что и для психиатрии эта функция — первая. Психиатрия была направлена на изоляцию ненормальных еще тогда, когда никаких других функций у нее не было. В чистом виде психиатрию, которая выполняет только этот запрос, можно назвать карательной психиатрией. По типу организации медицинских учреждений она является институциональной, по финансированию — государственной. Хорошо известно, ка-

кой круг политических проблем связан с психиатрией этого типа. Однако нужно специально заметить, что слово «карательный» в данном случае нельзя понимать негативно. Среди контингента больных, с которым имеет дело психиатрия этого типа, подавляющее большинство составляют больные острыми психозами, либо алкогольными, либо эндогенными. Почти ни у кого не вызывает сомнения необходимость лечения этих больных, и психиатрия такого типа отличается от коммерческой психиатрии лишь тем, что делает это по обращению не самих больных и не за их счет.

2. Со стороны больных и их близких. Этот запрос появился тогда, когда психиатрия, вследствие ее научного развития, смогла существенно облегчать состояние больных. Характерно постепенное увеличение доли этого запроса в течение последних двух столетий. По типу организации медицинских учреждений она может быть и государственной, и коммерческой, и институциональной, и частной, хотя в общем, мне кажется, происходит неминуемый переход к коммерческому характеру. С этим видом психиатрии связан очень специфический круг проблем, которые стали проявляться только в последнее время. Ниже я напишу об этом подробнее.

3. Со стороны науки. Это объективный запрос на изучение природы психического отклонения и воздействия на него, о двух сторонах которого я уже писала выше. Психиатрия, которая отвечает на этот вопрос, реализуется в тех же медицинских учреждениях, что и практическая психиатрия. Учеными могут являться врачи и коммерческого, и карательного направления. Конечно, кажется, что эти два направления должны порождать науку разного типа. Например, может показаться, что медицина карательного направления будет развивать только учение о том, как подавлять людей. Однако каких-то бросающихся в глаза особенностей, по сравнению с другими областями медицины, организация научной психиатрии, как мне кажется, не имеет. Статьи печатаются в тех же научных журналах, случаи больных обсуждают на врачебных конференциях. Для психиатрии характерно то же увеличение доли статистических исследований и уменьшение доли кейсов, что и для остальных областей медицины [Савенко в: Гофман, 2009].

Два случая из жизни

Чтобы сделать наглядной разницу между психиатрией карательного и коммерческого типов, я позволю себе проиллюстрировать функционирование этих двух типов психиатрии на примере двух случаев из жизни. Оба случая на первый взгляд могут показаться довольно странными, но после определенного знакомства с психиатрией они кажутся, наоборот, типичными. В обоих случаях дело происходит в Москве в 2009–2010 гг.

Случай 1. Ребенок 8 лет с дефицитом внимания, способный, но в школе трудности в виде неусидчивости, споров с учителями, отказов выполнять задания по некоторым предметам. Школа специальная языковая. Матери предлагается обследовать ребенка в комиссии в центре детской психологии у детского психиатра, чтобы он дал заключение о возможности учиться в данной школе. При отказе от посещения комиссии ребенка отчислят как неуспевающего, поэтому мать вынуждена согласиться. На комиссии психиатр в агрессивном тоне задает ребенку вопросы, сбивающие его с толку. Находит в его каракулях фаллические символы и т.п. Ребенок, испуганный и растерянный, отказывается отвечать на вопросы психиатра, комиссия ставит ему диагноз, который требует лечения в стационаре и исключает возможность учиться в хорошей школе.

Конечно, после данной комиссии мать не обязана класть ребенка в стационар, хотя при определенном дальнейшем развитии событий, в частности, если у ребенка возникнет ухудшение здоровья (возможно, никак не связанное с данным случаем), матери может быть предъявлено обвинение в несоблюдении интересов ребенка, вплоть до лишения родительских прав. Но из хорошей школы ребенок вынужден уйти.

На этом примере нетрудно видеть типичную деятельность психиатрии карательного типа.

Случай 2. Ребенок 7 лет, ребенок воспитывает мать, которая много работает. Отец — хронический алкоголик, живет отдельно. Мальчик заторможенный, страдает заиканием, энурезом. В детском саду не дружил с детьми. В школе учится плохо, на уроках плачет, прячется в раздевалке. Ни мать, ни бабушка не знают, какие педагогические приемы могут изменить ситуацию. Мать решает прибегнуть к медицинскому вмешательству. Обращается к частнопрактикующему

детскому психиатру, который назначает ребенку нейрорепрессанты и антидепрессанты. Страхи ослабевают, степень послушания возрастает. Ребенок перестает прятаться в гардеробе. Однако учиться он по-прежнему практически не может, не понимает объяснений, от нейрорепрессантов все время испытывает сонливость. Мать обращается к другим докторам с целью подобрать лекарства, которые вызывали бы меньшую сонливость, она верит, что после этого ребенок сможет учиться в школе.

Конечно, возможно, что такие лекарства подобрать удастся. Однако огромных побочных эффектов, которые оказывают такие сильные средства, как нейрорепрессанты и антидепрессанты, на формирующийся организм ребенка, избежать не удастся никак. Мысль о том, что ребенку могут помочь психотерапевтическая и педагогическая работа, матерью отвергается, потому что у нее нет сил этим заниматься, а врач ей об этом не говорит.

На этом примере нетрудно видеть типичную деятельность психиатрии коммерческого типа.

Что касается этих двух примеров, взятых вместе, а также наблюдений над множеством других случаев, мы видим, что психиатрия далеко не всегда может реально помочь и далеко не всегда адекватно выносит суждения, но при этом она не отдает себе отчет в пределах своих возможностей. В психиатрии достаточно обычным делом является гипердиагностика. Это свойственно и психиатрии карательной, и еще больше — психиатрии коммерческого типа. Если первая валового заказа, в общем-то, не имеет (комиссия испортит жизнь ребенку, если его туда приведут, но у комиссии нет субъективной выгоды испортить жизнь как можно большему количеству детей), то вторая страшна материальной заинтересованностью (в интересах частного психиатра поставить ребенку именно психиатрический диагноз, даже когда ребенок не болен и нуждается в изменении обстановки и в педагогическом воздействии; еще хуже то, что в интересах врача не вылечивать больного возможно дольше).

Замечу, что изложенные мною здесь суровые обвинения в адрес карательной и коммерческой психиатрии не означают, что психиатрия вообще не нужна или что ее можно как-то фундаментально преобразовать. Если смотреть на вещи реально, никакой возможности принципиального из-

менения не просматривается. Хотя, думается, самые большие злоупотребления исправить можно, для чего нужно, в первую очередь, их осознать и отдать себе отчет в их причинах. А эти причины, как мне думается, лежат не в области психиатрии, а зачастую в сознании людей, которые к ней обращаются.

Попробую теперь вернуться к вопросу о том, какой тип научной психиатрии развивается на основе карательной и на основе коммерческой психиатрии. В одном существенном свойстве оба эти вида смыкаются: они формируют запрос на средства, быстро оказывающие эффект, который может оказаться внешним, полезным только лишь сиюминутно, но не в перспективе всей жизни. Наверное, можно с большой обоснованностью предположить, что на базе карательной психиатрии (повторюсь, что под этим я понимаю психиатрию на государственном финансировании, запрос к которой исходит прежде всего от структур общества, а не больных) следует ожидать разработок медицинских средств тормозящего типа, нейролептиков, успокоительных. Разумеется, востребованы средства, снимающие психоз, бред, тяжелую депрессию. Вряд ли стоит ожидать разработки и поиска средств, применение которых требует усилий самого больного, так как больные попадают в область действия этой психиатрии обычно не по собственному желанию, поэтому мало разрабатываются приемы психотерапии (хотя эти закономерности не следует абсолютизировать, достаточно и примеров обратного).

От психиатрии коммерческого типа следует ожидать, прежде всего, исполнения запроса на снятие легкой депрессии и пограничных социальных проблем, так как с этими проблемами наиболее охотно обращаются к врачам больные и их родственники. И действительно, феномен последних десятилетий — все новые поколения антидепрессантов. Несмотря на немалую стоимость, современные антидепрессанты (поколения, следующие за прозаком) выписываются огромному количеству пациентов, которых еще в середине прошлого века ни один врач даже карательного направления не счел бы больными. Прозаком излечиваются даже такие «болезни», как неудовлетворенность работой, утрата смысла жизни, чувство своей чуждости в мире. Невозможно отделаться от ощущения, что люди, которые всерьез верят в то, что такие вещи следует лечить антидепрессантами, подверглись гораз-

до более опасному оглуплению, нежели те, кому напрасно назначали нейрорептики!

На примере прозака нужно снова сделать оговорку, которую я уже делала выше: запрос на него, по моим наблюдениям, формируется больше в области коммерческой психиатрии, но и карательная тоже охотно использует подобные средства: прозаком пытаются снимать социально деструктивное поведение у маргиналов и т.п. Поэтому с моей точки зрения вывод должен быть таков, что карательная и коммерческая психиатрия формируют немного разные запросы, но в большей мере они пересекаются.

1.4. Легитимация и дискурс

Все три вида психиатрии, в том числе оба практические вида — и карательный, и коммерческий — подвергаются процедурам легитимации. Под легитимацией я понимаю формирование такого дискурса, убедительного для большинства его использующих, в который входят термины, обозначающие: психические заболевания, антонимичные к ним нормальные состояния, способы постановки диагноза (т. е. проведения различий между заболеванием и нормальным состоянием), способы назначения средств, сами средства, статус врачей и медицинских учреждений, способы определения социального статуса больных и излеченных, возможно, сам этот социальный статус и др. Кроме того, в этот дискурс, как и в любой другой, входят правила его употребления, в том числе регламентирующие, когда и в какой мере употребление его адекватно. Для употребляющих этот дискурс он является *достаточноым объяснительным инструментом*, чтобы понять, что происходит в рамках той деятельности, которую он представляет.

Следует обратить внимание, что нельзя ставить знак равенства между понятием «психиатрический дискурс», поскольку целью его является легитимация, то есть социальная функция, и понятием «словарь психиатрических терминов», целью которого служит осуществление научной и медицинской коммуникации, научного исследования и врачебной работы. Конечно, во многом и этот дискурс, и этот словарь будут состоять из одних и тех же слов, поэтому на первый взгляд разницу между ними уловить довольно трудно. Самая основная разница — в цели употребления. Дискурс употреб-

ляется в основном для того, чтобы оправдать самого себя, то есть, другими словами, принят дискурс — разрешена и соответствующая деятельность. Научный словарь такой функции не имеет, его употребление по отношению к нему существенно внешне. Слово «шизофрения» как элемент психиатрического дискурса имеет научно закрытый характер (перечисление известных симптомов см. в словаре, совокупность имеющихся средств см. в учебнике), но дискурсивно оно незамкнуто, оно отсылает к большому набору ассоциативно связанных с ним слов, понятий и концептов. То же слово «шизофрения» как элемент научного словаря научно открыто (данный симптом можно трактовать как шизофренический, но не исключены и другие варианты; принято использовать при терапии такие-то средства, но данный врач пробует использовать другие), а дискурсивно оно замкнуто, не влечет за собой ассоциативный ряд, по крайней мере, не должно влечь. Дискурс — это та сторона термина, которая обращена к его практическому употреблению, а словарь — та сторона, которая обращена к описываемому природному явлению. У всех терминов обычно есть и та и другая сторона, и их следует по возможности различать.

Еще более существенное различие между дискурсом и словарем — дискурс обращен к аудитории, поскольку, как уже говорилось, главная его функция — социальная. Аудитория может быть внутренняя и внешняя. Цель дискурса, обращенного к внешней аудитории — оправдание деятельности, которую он представляет. В этой связи интересно было бы рассмотреть проблему понятности легитимирующего дискурса для тех, кто употребляет его, не являясь специалистом. Кратко говоря, дискурс не должен быть совсем непонятен, иначе он не создаст никакого представления о деятельности. С другой стороны, он должен содержать в себе явное указание на информацию, известную только специалистам.

Дискурс, обращенный к внутренней аудитории (общение психиатров между собой, обучение студентов) также имеет социальную цель. Это сплочение сообщества, индоктринация, введение парадигмы. Многолетние наблюдения за психиатрическим дискурсом привели меня к выводу, что он состоит из обширной сердцевинной части, двух или трех прилегающих к ней и одной жаргонной. Сердцевинная область — это научный психиатрический дискурс, на котором,

кроме собственно научных работ, пишется также большинство учебников, справочников для врачей, фармакологических аннотаций и т.п. Истории болезни также обычно пишутся на нем. Для отечественной психиатрии характерно подавляющее преобладание избыточной затерминологизированности («сомнолентность» вместо «сонливость» — самое обычное дело), тяжелых языковых конструкций. Англоязычный научный психиатрический дискурс заметно легче. Возможно, такая особенность этого дискурса может свидетельствовать о стремлении отбить у непосвященных всякое желание что-либо понять, разобраться и подвергнуть критике. Однако это легковесное предположение, конечно, не стоит абсолютизировать: большинство пишущих просто придерживаются принятых традиций. Кстати, как характерную черту отечественного научного психиатрического дискурса следует отметить его чрезвычайную традиционность. Психиатрия претерпела в середине и в конце 20 века колоссальные революции, полностью преобразившие ее практику, но многие отечественные учебники и справочники по языку и стилю ничем не отличаются от тех, что были написаны 70–100 лет назад! См. на эту тему также *Приложение 1*, в котором анализируется изменение тематики работ по психиатрии в последнее время.

К сердцевинной области дискурса примыкают промежуточные, переходные от этого дискурса к другим, из которых самая заметная — юридически-политическая. Этот дискурс в основном используется для обсуждения правовых вопросов, а они, особенно в том, что касается принудительного лечения и трудоспособности, в психиатрии носят очень острый характер. Особенности этого дискурса, по моим наблюдениям, определяются более его юридической составляющей.

Весьма сильно отличается от нормативной «канцелярской» формы психиатрического дискурса его разговорный вариант. Достаточно сравнить формулы «был госпитализирован в острое отделение клиники с симптоматикой алкогольного делирия» и «попал в дурку с белой горячкой» (или «с белочкой»), чтобы отличие стало ясно. Однако на этом примере достаточно ясно видно, что с точки зрения легитимации оба вида дискурса, хотя и состоят из разных слов, выполняют одну и ту же функцию: приемлемым образом объясняют, что и почему происходит.

Наконец, весьма специфическая область психиатрического дискурса — его жаргонный вариант, распространенный среди обитателей клиник (врачи также изредка употребляют его). Он представляет собой отчасти подражание научному дискурсу, отчасти — результат устного народного творчества.

(Пример из записей практикующего врача. Диалог врача и больного: «Топчетесь?» — «Да, неусидка у меня!» — «Это от галочки. Я вам назначу корректор». Перевод в медицинские термины: «Есть акатизия?» — «Есть, в виде навязчивых движений». — «Это от галоперидола. Я вам назначу корректор»).

После того, что было сказано о психиатрическом дискурсе, нас не будет удивлять, что на формирование его оказывают влияние далеко не только особенности самой психиатрии. Самое непосредственное участие принимают тут и СМИ, и искусство, и философия, и политика, и высказывания авторитетных лиц. Сердцевинная область, то есть стиль написания трудов, обладает высоким сопротивлением к изменениям, но уже на устный вариант речи медиков это влияние достаточно заметно.

Психологическая (малая) психиатрия, разумеется, в большей степени склонна обмениваться дискурсом с пограничными областями, чем физиологическая (большая), поскольку в рамках психологической психиатрии, которая обычно действует словом, дискурс играет роль не только легитиматора, но и главного инструмента работы. Это особенно заметно в психоаналитических школах, многие приверженцы которых усердствуют в обучении своих клиентов таким вроде бы чисто внутринаучным понятиям, как «перенос» и «контрперенос», «парциальный объект», уже не говоря о таких, как «либидо», «амбивалентность» и «эдипов комплекс».

Сила дискурса в том, что ему верят. Психиатр карательного направления ставит маргиналу диагноз «вялотекущая шизофрения», назначает нейролептики и отмечает в истории болезни, что состояние больного улучшилось. Психиатр коммерческого направления ставит стервозной жене предпринимателя диагноз «стертая депрессия», назначает антидепрессанты и отмечает в истории болезни то же самое. Количество введенных в заблуждение здесь как минимум четверо: оба психиатра и оба их клиента, ибо все они на самом деле верят, что действительно имеет место болезнь и лечение. На самом деле круг заблуждающихся больше, так как в

него вовлечены и родные и близкие, и социальные учреждения, и налогоплательщики, и студенты-медики, и ученые, а в конечном итоге заблуждающейся оказывается и вся культура, которая закрывает глаза на проблемы, не являющиеся психиатрическими, а являющиеся культурными, экзистенциальными, моральными, духовными проблемами, и предпочитает элиминировать эти проблемы с помощью таблеток.

2. Онтология психиатрических концептов

И не только концептов, но и, прежде всего, простых нозологических форм, то есть болезней. Вопрос заключается в том, какова природа этих концептов и форм. Они есть в реальности или они, грубо говоря, придуманы людьми? Является ли психическая болезнь биологическим фактом или социальным конструктором?

2.1. И факты, и конструкторы

Все сказанное выше относительно гипердиагностики в обоих практических видах психиатрии — карательном и коммерческом — подводит к мысли, что к наивному представлению о том, что психические болезни представляют собой природное явление, надо относиться по меньшей мере с осторожностью. Психическая болезнь, особенно в области пограничных состояний — это далеко не то же самое, что перелом ноги. Диагноз перелома может быть установлен компьютером по анализу рентгеновских снимков. А огромное количество полудепрессивных и полуневротических полубольных с деньгами, про которых еще 100 лет назад никто не подумал бы, что они психически больны, а 200 лет назад они и сами сочли бы такое предположение крайне оскорбительным, наводит на мысль, что по крайней мере некоторое количество диагностируемой в настоящее время нозологии является, аккуратно выражаясь, культурозависимым.

С другой стороны имеются острые состояния, большие психозы, состояния с помрачением сознания, глубокие эндогенные депрессии и т.п. Было бы совершенно непродуктивно отрицать их биологическую природу, их строго устанавливаемый, а не культурозависимый характер, отрицать за ними статус естественнонаучных фактов. Проблема психиатрии именно в двойственности, а не в том, что, скажем, любая бо-

лезнь — это всего лишь конструкт, концепт, ярлык, языковая игра или стигма. Грубо говоря, шизофрения со слуховыми галлюцинациями — это биологический факт, а диагноз «шизофрения», который ставят маргиналу — это социальный конструкт. Аналогичная ситуация с депрессией и еще с многими нозологическими формами. И главная проблема заключается в том, каков критерий? Где провести границу?

По-видимому следует принять как рабочую гипотезу, что четкой границы тут быть не может. При переходе от тяжелых заболеваний к более легким и затем пограничным все меньшей становится доля биологической составляющей и все большей — доля психиатрического конструирования. Последнее же является социальной, культурной, языковой и т.п. практикой, так что легкие и пограничные формы имеют такой вид, как это складывается в результате совершенно не биологических факторов. Самую богатую пищу для наблюдений такого рода дает, конечно, шизофрения. Но проще проиллюстрировать на примере депрессии. Тяжелая депрессия может быть одним из состояний при маниакально-депрессивном расстройстве, может возникать эндогенно или иметь другие причины. Каковы бы ни были причины, тяжелая депрессия — это одно из самых ужасных психических заболеваний. Жизнь в этом состоянии практически невыносима и чаще всего закачивается самоубийством. Такая депрессия является немедленным показанием для самого серьезного лечения в стационаре. Биологические причины большинства видов тяжелой депрессии известны. Современные антидепрессанты обычно эффективно снимают ее. На другом же полюсе депрессивной шкалы находятся случаи, подобные забитому семилетнему школьнику, которого воспитывает без отца измученная мать, или стервозной жене богатого предпринимателя; там же мы найдем утративших чувство радости жизни офисных работников, неблагополучных подростков и т.д. Было бы неверно сказать, что у этих людей на самом деле нет депрессии, а они только симулируют. Если бы никакого биологического субстрата не было, антидепрессанты бы не действовали, а опыт показывает, что в большинстве случаев современные антидепрессанты помогают: снимают заторможенность, злобность, тревожность, подавленность... Другое дело, что все то же самое могло бы быть снято и изменением образа жизни (а при тяжелой депрессии — нет).

И вопрос критериев — где еще депрессия, а где уже нет? — сразу выводит нас на центральный вопрос всей философии психиатрии, на вопрос, который редко озвучивают практикующие психиатры, но который незримо витает над всей их деятельностью, будучи на сегодняшний день совершенно не решен: что такое болезнь и что такое норма?

2.2. Проблема нормы в психиатрии

Интуитивное конструирование представления о норме происходит в трех видах психиатрической деятельности в соответствии с теми целями и теми запросами, которые к ней адресуются. Вполне естественно, что, поскольку психиатрия — это медицина, представление о норме в ней совпадает с представлением о цели ее деятельности (если, конечно, норма достижима; если нет, то целью деятельности является по крайней мере некоторое движение в направлении нормы). Где-то эти представления более проблемны, где-то менее. В любом случае их проблемность обратно пропорциональна тяжести болезненного состояния. Если у больного психоз с помрачением сознания, или упорный систематический бред с фантастическими идеями величия, или полное отсутствие памяти на недавние события, то практически не имеет смысла подвергать сомнению факт болезни. Проблемность резко возрастает при приближении к границам нормы. Многие психиатры в принципе умеют ставить «диагнозы» даже в рамках обычного общения, своим друзьям и знакомым — отчасти в шутку, отчасти по привычке. Многие из них не отрицают факта размытости нормы, того обстоятельства, что многие люди, не находящиеся в психиатрической ситуации, имеют практически такое же психологическое состояние, как и другие, находящиеся в психиатрической ситуации, при том, что вторые получают диагноз и лечение. Критерием болезни здесь, по существу, является факт попадания в психиатрическую ситуацию.

Это заставляет нас сформулировать один из важных практических критериев нормы, абсолютно скандальный с научной точки зрения, но, к сожалению, работающий в реальности: нормальным является субъект, не находящийся (и не имеющий перспектив оказаться) в психиатрической ситуации. Соответственно, больным является тот, кто оказался в этой ситуации. Последнее не абсолютно: имеются случаи,

когда пациент проходит освидетельствование и получает заключение, что он здоров. К сожалению, это бывает чаще всего в таких случаях, когда врач предполагает симуляцию, то есть в ситуации военного призыва или судебной экспертизы. На функционировании именно этого, ситуационного, критерия основана и та гипердиагностика, обычная в психиатрии, о которой говорилось выше. По-видимому, какое-то подсознательное представление, что по-настоящему здоровый человек никогда не окажется перед психиатром, имеет традиционный, фольклорный характер. Оно уходит к корням в те века, когда безумием назывались только острые психозы. Сейчас же, по-видимому, назрел пересмотр пословицы: вместо «от тюрьмы и от сумы не зарекайся» содержательнее предупреждать не зарекаться «от тюрьмы и от психиатрической больницы».

Очень проблемны представления о норме в психиатрии карательного направления, в том случае, если включать сюда также и ту по-настоящему *карательную* психиатрию, которая ставит диагнозы всем, кого социум имеет намерение стигматизировать, особенно в политическом смысле. В настоящее время, к счастью, наиболее скандальная практика такого рода ушла в прошлое (никто не гарантировал, что навсегда), однако вышеизложенный случай с трудным школьником отходит от нее не очень далеко. Критерий нормы в пограничных областях карательного вида психиатрии явным образом социален. Нормальным считается тот, кто не имеет конфликтов с социумом. А иногда ребенок переходит из группы нормальных в группу ненормальных даже только потому, что мать вовремя не дала взятку директору школы.

Отношения социума и субъекта, особенно если субъект хотя бы мало-мальски самобытен, просто не могут быть бесконфликтными. Нормальный человек не только действительно часто хочет уйти в одиночество, в свой мир, отгородиться от общения, но он и просто обязан этого хотеть, это его долг перед собой, если он не хочет утратить подлинность своего личного бытия! В этом одиночестве он может отдыхать, фантазируя, грезя, выдумывая несуществующие миры, ведя диалоги с воображаемыми собеседниками. Для шизофрении характерно, среди прочего, подавляющее разрастание внутреннего мира и неспособность провести различие между ним и внешним миром. Это является признаком шизофрении, но какое-то автономное существование внутреннего мира свой-

ственно любому человеку. К сожалению, пограничная карательная психиатрия имеет свойство этого не понимать и трактовать любой конфликт индивида с социумом, любую попытку индивида уйти от социума как свидетельство его ненормальности. В это трудно поверить незнакомому человеку, но фактически для многих психиатров даже простое подозрение на наличие внутреннего мира является основанием для подозрения на шизофрению³. Разумеется, такой критерий нормы, как отсутствие конфликта с социумом, когда конфликт трактуется так широко, как простое недовольство — невозможно считать удовлетворительным.

Совсем другой критерий нормы действует в коммерческой психиатрии. Нормальным считает себя сам человек в зависимости от того, доволен он или нет функционированием собственной психики. Насколько, так сказать, пользователь психики может адекватно оценить ее функционирование — такой вопрос не встает. Как я уже не раз повторяла, общая склонность психиатрии к гипердиагностике здесь подогревается коммерческой выгодой. Если хирург даже в ситуации коммерческой выгоды вряд ли найдет возможность лечить перелом, если перелома нет, то психиатр охотно найдет возможность что-нибудь лечить. Врачебный дискурс вытесняет другие виды дискурса, которые раньше служили к выражению недовольства собой: дискурс покаяния, экзистенциальной задачи, ответственности, мужества, терпения невзгод. Современный человек считает, что иметь вечное счастье и довольство — это показатель здоровья, хотя это скорее показатель духовной тупости, а испытывать дискомфорт — это то же, что страдать болезнью. И психиатрия его не разубеждает, а, наоборот, предлагает антидепрессанты (или транквилизаторы, если неудовлетворенность имеет вид тревоги). По моему глубокому убеждению, коммерческая психиатрия воспитывает инфантильных потребителей. Что касается понятия нормы, то его в ней просто нет. Нормальным считает себя инфан-

³ Из опыта: когда перед NN стояла задача снять диагноз, доброжелатели инструктировали ее так: «Будут спрашивать, что делаешь в свободное время, отвечай, что читаешь. Ни в коем случае не говори, что пишешь!» И это были компетентные доброжелатели, они знали, что говорили. Если бы NN сказала, что пишет, а писала она тогда много, никто бы ей не снял диагноз.

тильный потребитель, если он может неограниченно вести свой образ жизни, но он не называет это нормой — он об этом не думает. Зато есть понятие болезни. Болезнью инфантильный потребитель считает совершенно нормальную экзистенциальную тоску и отвращение, которые с неизбежностью вызывает в нем его образ жизни. Поэтому понятие болезни здесь извращено, оно экзистенциально неадекватно.

Наконец, проанализируем понятие нормы в научной психиатрии. Как легко предположить, мы найдем тут два подхода. Как уже говорилось, большая часть научной психиатрии примыкает к физиологии, биологии. Естественный критерий нормы в этих науках — статистический. У статистической нормы свои большие недостатки (если в некоторой выборке большинство зимой страдает насморком, то можно ли сделать вывод, что насморк — это норма? А если в некоторой российской области большинство деревенских жителей алкоголики?), но, мне кажется, из трех рассмотренных этот критерий нормы несет в себе наименьшее зло (хотя он будет записывать в ненормальных, скажем, высокоодаренных).

Правда, следует повторить, что, в отличие от биологии, в психиатрии даже статистические закономерности нельзя установить механическим способом, автоматической регистрацией. В биологии эффективность вещества можно измерить объективными показателями: уменьшение ЧСС, увеличение клиренса креатинина и т.д. А в психиатрии суждение об эффективности вещества выносит наблюдатель, который оценивает и состояние до приема (насколько оно было болезненным?), и состояние после (насколько оно стало лучше?). Поэтому даже относительная объективная статистическая норма основывается на базисе субъективной оценки, для которой характерно все то, что было сказано выше (о преувеличении роли конфликтности, о неадекватности требования вечного комфорта и т.п.).

Особняком стоит вторая ветвь научной психиатрии — психологическая, или гуманитарная. В ней выделяются очень разные подходы к пониманию того, что такое норма и что такое болезнь, среди них, например, подход экзистенциальной психотерапии и близких к ней направлений (например, даэин-анализ, некоторые виды психоанализа). Это по-настоящему вдумчивая, философски осмысленная попытка пред-

ставить, как должна выглядеть *подлинная* норма, такая, чтобы быть нормальным было не стыдно с самой серьезной точки зрения. В гуманитарной ветви научной психиатрии, основу которой составляют теоретические работы основоположников психотерапии, общего представления о норме нет, но среди многочисленных представлений имеются и такие, с которыми можно полностью согласиться.

Я предлагаю согласиться с одним из них, с тем, которое я изложу ниже. Разумеется, оно далеко не единственное.

Нормальный человек

Вы видели когда-нибудь абсолютно нормального человека? И, если какой-нибудь человек казался абсолютно нормальным, все ли Вы о нем знали? Знали ли Вы, что у него внутри? Понятно по этим риторическим вопросам, что я хочу сказать, что абсолютно нормальных людей не бывает. Почему? И что это значит — абсолютно нормальный человек? Каким он мог бы быть, должен был бы быть?

Проблема здесь заключается в том, что никакого разумного и общепринятого детального описания *нормы* вообще нет. Кроме того, принципиально не может быть понятия *нормы человека*.

Давайте рассмотрим какой-нибудь сложный механизм, например, компьютер. Что такое «нормальный компьютер»? Это конечно, несколько уродливое словоупотребление, но понятно, что имеется в виду, что это компьютер распространенной марки, пользующийся спросом у потребителей и не сломанный. Теперь давайте рассмотрим более близкую ситуацию: нормальное животное. Судя по всему, это животное, не отличающиеся от особей своего вида, не больное, скорее всего, соответствующее ожиданиям наблюдателя. А что такое, например, «нормальный рассказ»? Или «нормальное доказательство теоремы»? Здесь уже точно на первый план выступают требования социума к соответствующей норме. Доказательство математической теоремы может быть по существу строгим, но если оно не соответствует определенным критериям (тип изложения, нотация и т.п.), его не сочтут нормальным по современным критериям⁴.

⁴ Ср. рассказ о индийском математике Рамануджане [Ч. Сноу в: Г. Харди. Апология математика. Ижевск, 2001].

Социальное конституирование нормы — это печальная реальность, но это еще не все. Норма конституируется не только социально. Точнее говоря, социально конституируется узнавание нормы, и то не до конца. Допустим, у некоего человека гастрит. Социально он выглядит нормально, но нарушена биологическая норма. Мы согласимся, что в таком случае социальное конституирование нормы уступает место биологическим критериям. Чем сильнее боль в желудке, тем меньше человека интересуют вопросы социального порядка.

Именно такая двойственность составляет самую сущность проблемы нормы в психиатрии. Мы уже говорили о том, что бывают и культурозависимые болезни, такие, которые в иную эпоху не считались бы болезнями, и болезни с явным биологическим ядром, которые в любую эпоху будут обозначаться как безумие, как ненормальность.

Как обстоит дело с биологическими критериями нормы у человека? В других словах, это вопрос инстинктов. Инстинкт — это такое сложное правило поведения, отклонение от которого можно было бы назвать ненормальностью. В полном объеме рассмотреть его, конечно, не получится, здесь я должна отослать к соответствующей литературе [Фридман, 2011, а, б; Гиренок, 2010; Гелен, 1988], но и краткого обзора достаточно, чтобы понять, что у человека инстинктов нет, они у него необратимо отменены в ходе его развития — и филогенетически, заменившись уже у обезьян огромной долей подражательного поведения, и онтогенетически, поскольку ребенок рождается с совершенно несформированной центральной нервной системой, которая формируется в течение нескольких первых лет жизни под влиянием обучения, подражания, случайности и т.п.

Итак, единственно строгое определение биологической ненормальности было бы «нарушение инстинктивного поведения», но поскольку у человека нет инстинктивного поведения, мы не можем дать и определение биологической ненормальности для человека.

Есть ли у человека хотя бы какие-то критерии биологической нормы? Здесь надо, по-видимому, подходить к вопросу с умеренностью. По-видимому, имеются некоторые биологические константы, нарушение которых опознаются как нарушения нормы. Из простых примеров можно привести

в пример сон. Очевидно, что нарушение этой биологической константы опознаются как болезнь и со стороны страдающего, и со стороны окружающих (хотя возможны разнообразные исключения). Аналогичными биологическими константами являются еда, движение, работа чувств. Нарушение всего этого мы быстро распознаем как явную ненормальность. Но в основном, конечно, случаи более сложные. Шизофрения нередко распознается как биологически ненормальное состояние, хотя при ней могут быть и не нарушены перечисленные простые константы.

Какие биологические и какие социальные константы конституируют норму человека? Я постараюсь частично исследовать этот вопрос в следующих главах. Однако ясно, что исчерпывающе разрешить его в обозримом будущем не удастся. В то же время сам этот вопрос не бесполезен. Мне жаль, что он не решен, например, в психологии (и в отечественной психологии почти даже не поставлен). В психологии выделяются различные функции психики — низшие, высшие, природные, культурные — но как определить, какой их набор требуется для описания минимальной нормы, средней нормы, идеальной нормы? Как именно все они работают в состоянии этих минимальной нормы, средней нормы, идеальной нормы? Какие отклонения, и от какой из норм, следует рассматривать как болезнь? Обо всем этом следовало бы услышать от теоретиков патопсихологии, но, к сожалению, на сегодняшний день мы почти не имеем такой возможности.

2.3. Строение психиатрической нозологии

Психиатрические термины (не все из них являются концептами в полном смысле этого слова, но в любом случае это теоретические научные понятия) бывают двух уровней. На нижнем уровне находятся симптомы. На верхнем — синдромы и болезни. Рассмотрим их по очереди.

Симптомы

Симптом — это некоторый единичный признак поведения, узнаваемый наблюдателем сразу в его целости.

Некоторые из них симптомов соответствуют житейским признакам поведения. Например, одним из признаков депрессии является моторная заторможенность — это когда человек мало и медленно двигается. Узнать такие симптомы

в клинике должно быть, по идее, не труднее, чем в жизни (хотя уже говорилось выше, что всегда присутствует интерпретирующая активность наблюдателя-психиатра. Все люди разные, и даже очень обычные симптомы выражаются у них по-разному. Кто-то в депрессии полностью неподвижен, а кто-то стереотипно качает ногой, и что у него заторможенность, может знать только тот, кто знает, каким подвижным этот человек был до депрессии).

Другие симптомы в житейской повседневности не встречаются. Прежде всего это, конечно, такие явления, как галлюцинации, бредовые идеи, измененное состояние сознания, патологические нервные рефлексy и т.п. Промежуточный пример — такие вещи, как акатизия. Можно трактовать ее как преувеличенную непоседливость (житейский симптом). Можно узнавать ее сразу как нечто, присущее только патологии.

Даже распознавание простого симптома аналогично распознаванию целостного образа, и ему сопутствуют все связанные с этим проблемы. Прежде всего, чтобы распознать образ как нечто целостное и единичное, с ним надо сталкиваться в опыте как с чем-то целостным и единичным. Является ли, например, моторная заторможенность таким целостным и единичным образом? По-видимому, скорее да, чем нет. А являются ли таким целостным образом (то есть единичным симптомом) галлюцинации? Тут, скорее всего, ответ отрицательный. С точки зрения того, кто их переживает, галлюцинации, например, голоса, являются, видимо, единичным нередуцируемым переживанием. Но для врача галлюцинирующий пациент предстает ведь со своей внешней стороны, а не со стороны своего переживания. Возможно, врач видит, что больной «с кем-то говорит», но и это уже результат интерпертативного распознавания образов. Скорее всего, объективно врач видит, что больной произносит слова, появления которых у него врач не предвидел и не может понять. Думаю, каждый видел на улицах людей, разговаривающих по мобильнику через невидный микрофон, и знает, что эти люди кажутся разговаривающими с голосами, хотя на самом деле они говорят по телефону. Это несколько искусственный пример, но на основании него становится ясно, что галлюцинации — это не такой симптом, который можно считать однозначно узнаваемым. С усложнением структуры симп-

тома сложность его распознавания и, соответственно, неоднозначность интерпретации, возрастают. Бредовые идеи уже совершенно невозможно распознать как единичный образ. Хотя, скорее всего, с точки зрения продуцирующего их субъекта каждая из них является некоторым единичным актом понимания (разумеется, понимания болезненного; некоторого псевдопонимания; о чем мы можем только строить предположения), с точки зрения распознающего наблюдателя они являются сложной теорией, чем-то весьма проблематичным и далеко не единичным. Именно поэтому многие спорят с больными, даже зная, что спорить бессмысленно — потому что со стороны кажется, что идея является результатом сложного мысленного процесса, хотя на самом деле она была актом единичного понимания (псевдопонимания).

Итак, простота и единичность симптомов — это более благое пожелание, чем реальность. Но все-таки симптомы являются распознаваемыми единицами, из которых складываются концепты второго, более сложного уровня. Причем в отличие от синдромов симптомы, как предполагается, являются некоторыми чертами, которые не имеют автономного существования, не имеют единичной причины. Они распознаются сразу в составе более сложного образа. Образ складывается из них, но они не существуют отдельно от образа.

Синдромы и болезни

На втором уровне психиатрической классификации терминов находятся 1) синдромы и 2) болезни.

Исторически первыми появились те нозологические формы, в терминах которых и сейчас ставится диагноз — болезни (например, шизофрения). Вторыми, с развитием науки, появились синдромы. Синдром представляет собой более мелкую единицу, чем болезнь, поскольку в одну болезнь может входить несколько синдромов. Может быть и по-другому: один и тот же синдром встречается при нескольких болезнях, хотя, насколько я понимаю, это ситуация более редкая.

Синдромы — это результат научного (как физиологического, так и смыслового) мышления в рамках психиатрии. По идее, синдром претендует на то, чтобы быть принципиально целостным явлением, имеющим единичный смысл и, возможно, единичную причину. Выше я писала, что на единичный смысл претендуют и симптомы, но симптом, если можно так

сказать, требует единичного акта распознавания, а синдром — это единичный смысл акта синтеза, в котором мыслится некоторая единичная причина, единичная автономная сущность.

Пример синдрома с точки зрения его единичной целостности — депрессия. У нее вообще-то биологически несколько разные причины (депрессия при МДП, насколько известно, имеет биохимически не ту же причину, что депрессия при астении), но общепонимаемый смысл депрессии — один. Совокупность симптомов, которые образуют данный синдром — более-менее одна и та же. Конечно, разные депрессии в языковом смысле объединены тем, что Витгенштейн называет семейным сходством, но при этом семейное сходство разных депрессий очерчивает достаточно ясную смысловую автономию депрессии (в отличие, скажем, от бреда). В состав депрессии как синдрома входят несколько симптомов: вышеназванная моторная заторможенность, подавленное настроение, безнадежность, отсутствие интересов и желаний, часто суицидальные мысли и т.п. Поскольку синдром имеет смысловую целостность, нас удивило бы отсутствие всех «нужных» для синдрома симптомов: например, удивило бы, если бы депрессивный больной не имел моторной заторможенности, а непрерывно двигался бы (хотя такие виды депрессии бывают), или если бы у него было подавленное настроение, но огромное количество планов и желаний. Это можно, конечно, помыслить, но явно требуются отдельные смысловые акты. Таким образом, синдром соответствует некоторому сложному образу, который узнается на основании своих главных черт, но как целое (и каждая черта тоже как целое).

Поскольку узнавание сложного образа оказывает обратное влияние на распознавание черт, после узнавания синдрома необходимые симптомы иногда домысливаются, иногда врач специально их ищет и т.п. Это нормальное явление и для психиатрии не специфично, точно так же будет происходить в любой области.

Что касается болезней, то исторически предполагается, что одна болезнь соответствует одной природной причине. В учебниках и справочниках понятия «этиология» и «патогенез» относятся именно к болезням. Если придерживаться

данного предположения, то мы вынуждены заключить, что одна и та же причина вызывает разные синдромы. Например, следует предполагать, что при шизофрении ее причина — на сегодняшний день еще неизвестная, но предположительно являющаяся биохимическим нарушением в мозге — вызывает такие синдромы, как синдром Кандинского-Клерамбо (см. в главе о шизофрении), или апатико-абулический синдром (полное отсутствие воли), или бредовый синдром, или гебефренический (см. в главе о шизофрении), или кататонический (см. там же) синдромы. Все это вещи совершенно разные, поэтому мне представляется отнесение понятия патогенеза к болезни неверным. Природную причину должен иметь именно синдром, а не болезнь. Другое дело, что понятие болезни не является бессмысленным, так как соответствует группе похожих синдромов, часто встречающихся вместе, и, соответственно, видимо, имеющих похожие причины.

2.4. Проблема понимания

С точки зрения наблюдателя, в психиатрии это врач, синдромы делятся на понятные и непонятные, или, лучше сказать, понимаемые и непонимаемые. Ясперс даже положил критерий понимания в основание понятия психоза [Ясперс, 1997]. По его мысли, если некое состояние может быть понято нормальным человеком, при условии полного напряжения его доброй воли к пониманию, как его собственное возможное переживание — это переживание не является психотическим. Если же при любом напряжении воли к пониманию нормальный человек не может понять какое-то переживание как потенциально свое (типичный пример — галлюцинации: мы не можем вообразить их у себя без добавления чего-то «внешнего»), то данное переживание является психотическим. Этот интуитивно здравый критерий обычно используется большинством людей для узнавания психических заболеваний.

Типичный пример понятных синдромов — депрессия [Ясперс, 1997; Циркин, 2005], а также противоположное ей маниакальное состояние, так как они являются, по сути, невозможно преувеличенным вариантом таких обычных житейских переживаний, как печаль и радость. Для того, чтобы понять, что происходит с человеком в депрессии, не обязательно самому иметь опыт депрессии (хотя, конечно, лучше иметь). Даже примерный собственный опыт печали и ужаса

дает достаточное представление о переживании другого. Более того, вообще никакой опыт никогда не поможет до конца понять переживание другого, потому что невозможно узнать, насколько оно глубоко, какие оттенки оно имеет, с какими прежними его мыслями оно связано и т.п. Внешние признаки переживания, отчет другого — все это может только дать приблизительную аналогию, каким собственным переживаниям наблюдателя это соответствует.

Разумеется, в общем смысле эта проблема не внутриспсихиатрическая. Любые два человека не могут знать до конца переживания друг друга. Но в жизни иногда несмотря на это возникает ощущение понимания. Что такое понимание и непонимание? Что означает в психиатрии понять переживания больного? В нашу задачу сейчас не входит дать развернутый ответ на этот сложный вопрос. Я ограничусь только некоторыми соображениями.

В философской литературе, посвященной пониманию, довольно часто доводится встречаться с прагматическим критерием понимания: мы считаем, что понимаем другого, если мы удовлетворены степенью его предсказуемости в общении. В чисто поверхностном общении, как, например, общение с продавщицей в магазине, у нас не возникает никакого ощущения непонимания, если мы предсказываем ее действия (покупатель попросил взвесить 300 грамм, ему взвесили 500 и спросили: «Оставить?»). При более тесном общении, помимо предсказуемости, должны быть общие цели, интересы, задачи и вопрошания, чтобы было, так сказать, понимание в непонимании. Все это и хорошо известно, и не имеет отношения к нашей теме.

О понятности в случае психиатрических синдромов можно сделать наблюдение, что прагматический критерий предсказуемости здесь также работает в довольно интересном смысле. Это немного напоминает проблему математической интуиции. Знаменитый математик Дьедонне писал [Дьедонне, 1982], что даже очень сложные и явно напрямую не вообразимые математические объекты (какие-нибудь многомерные искривленные пространства) становятся знакомыми и даже как бы представимыми после долгого опыта работы с ними. Первоначальная работа, дающая опыт, ведется формально, через символичные определения объектов, без их интуитивного представления. Однако потом возникает

своеобразная, как он говорит, математическая интуиция, которая позволяет чувствовать свойства объектов напрямую, до их формализации. Конечно, такая интуиция дает огромный выигрыш в продуктивности. Аналогично, совершенно непонимаемые синдромы, такие как систематический бред, поначалу подлежат исключительно формальному узнаванию и такому же формальному лечению. Это требует от психиатра специфического ментального действия по исключению больного из числа разумных людей, которых он воспринимает как аналогичных себе. Депрессивного больного психиатр может не исключать из этого числа (хотя зачастую врачи всех своих больных исключают из числа людей, чтобы не сопереживать им, потому что огромное сопереживание, которое они иначе испытывали бы, чрезвычайно бы их истощало. Это отдельная проблема, носящая не внутриспихиатрический, а общемедицинский характер.) Но бредового больного врач обязательно должен исключить из числа разумных людей, потому что иначе у него появилось бы искушение разубеждать больного в его бредовых идеях обычными способами. Тогда каждый психиатр на своем личном опыте, после долгих проб, вынужден был бы заново убедиться, что бредовый больной недоступен разубеждению. Чтобы врачи не изобретали велосипед, им объясняют это в процессе обучения.

Теперь синдром бреда предстает нам в некотором смысле аналогичным многомерному искривленному пространству: оба они являются научными объектами, недоступными прямому пониманию. И в обоих случаях после опыта формальной работы с ними возникает эффект, если можно так выразиться, опытной интуиции, или Дьёдонне-интуиции: врач научается предсказывать поведение бредового больного без того, чтобы понимать его напрямую. Является ли это пониманием? Это сложный вопрос, ответ на который зависит от того, как мы определим понимание. Но в любом случае такое понимание достаточно, чтобы оперировать научным объектом: узнавать у больного бредовый синдром, оценивать его тяжесть, предлагать лечение, оценивать эффективность лечения и так далее. В отличие от математика, который описывает и преобразует свой объект, не общаясь с ним, психиатр все время должен общаться с больным, выслушивать его, что-то говорить ему. Правда, объектом психиатра является болезнь, а не больной, а с болезнью он не общается, он обща-

ется с больным, так что в некотором смысле это общение с носителем объекта, и тогда мы снова можем провести аналогию с математиком: если носителем многомерного пространства у математика является листок бумаги или собственное умственное созерцание, то он с ними общается: на бумаге пишет, в созерцании мыслит, творит объекты. Так что оба агента общаются с носителем объекта, но не общаются с самим объектом. Он воздействуют на него отстраненным инструментами: математик преобразованиями, психиатр обычно лекарствами...

Но в этом месте возникает необходимость ответить на вопрос, что именно является объектом психиатра: болезнь или больной? Ведь мы все довольно часто слышали призыв гуманистической медицины: «Лечить надо не болезнь, а больного». Почему я утверждаю, что объектом психиатра является именно болезнь?

Здесь я имею в виду, конечно, прежде всего психиатрию как науку, причем это наука, основанная на базе карательной психиатрии. В коммерческой психиатрии речь идет, как правило, о довольно слабых болезнях, далеко не бредовых симптомах, поэтому проблем понимания с больным не возникает. В карательной психиатрии большинство больных очень тяжелые (алкогольные делирики, больные с систематическим бредом, о котором речь шла выше). С целью понимания психиатр часто общается не с больными, а с теми, кто его поместил в клинику, и отчет об успехе своего лечения он докладывает не больному, а своему научному сообществу.

«Лечить больного» предполагает сотрудничество, признание больного субъектом, признание его свободы и способности принимать решения, касающиеся его. Понятие «лечить больного» подразумевает субъектное отношение к больному. Возможно ли оно теоретически и реализуется ли на практике — вопросы разные. По-видимому, в совсем тяжелых случаях оно невозможно. Как можно субъектно относиться к больному в алкогольном делирии, если он слышит не тебя, а свои голоса? Здесь перед врачом предстает больной не как человек и не как субъект, а как организм. Это совсем не значит, что врач теоретически отрицает у такого человека наличие сознания или души. Это просто означает, что он не вступает с его сознанием в субъектную, смысловую связь. Зато за его состоянием он, конечно, наблюдает. Это я и называю

«лечить болезнь». Хотя это мое утверждение не абсолютно. В работах выдающихся психиатров, например, Р. Лэйнга или В. Франкла, и даже в рассказах обычных практикующих врачей, на первый взгляд ничем не замечательных, мне попадались примеры чрезвычайно внимательного проникновения в переживания больных. Эти переживания, может быть, и оставались непонятными до конца, но больные представляли в этих рассказах людьми в полном смысле этого слова. Поэтому я утверждаю, что субъектное отношение к больному возможно в достаточно широком диапазоне ситуаций, хотя на практике реализуется реже.

2.5. Нозологическое ограничение понимания

Нозологическое действие врача — это постановка диагноза. Оно аналогично узнаванию образа и его символьному называнию (именованию). Нозологическое действие состоит из двух актов: узнавания до именования и самого именования.

Вообще, отвлекаясь, следует заметить, что обыденное представление о том, что главное дело врача — лечение (будь то больного или болезни) очень далеко от истины. Проблема лечения упирается в гораздо более сложную проблему постановки диагноза. Когда диагноз ясен, лечение назначается автоматически, потому что схемы лечения для каждой нозологической формы не только разработаны и изложены в учебниках, но и утверждены законодательно, так что врач просто не имеет права лечить, скажем, по-своему (это, кстати, еще один аргумент в пользу того, что врач лечит именно болезнь, а не больного). Однако видя больного, врач далеко не всегда понимает, какой диагноз ему поставить. Конечно, в острых отделениях психиатрических клиник большинство состояний постоянно повторяются и очень хорошо узнаются (преобладают же среди них, насколько я понимаю, алкогольные делирии). Но, разумеется, любому врачу доводится сталкиваться с неясными случаями. Что же касается легких отделений и практики пограничной терапии, то там расплывчатость нозологических форм весьма велика. Одного и того же больного можно трактовать и как случай легкой шизофрении, и как невротический, и как истерический случай, и как акцентуацию личности и т.д. и т.п. (уже не говоря о том, что 200 лет назад тот же самый случай трактовали бы совершенно не в медицинских терминах).

Акты узнавания и именования тесно связаны, так как обычно чем лучше известно имя, тем быстрее происходит интерпретация образа как именно этого, соответствующего данному имени. Это известный факт влияния именования на узнавание, который никоим образом не специфичен для психиатрии и является вспомогательным механизмом распознавания любых образов у любого человека. Мы гораздо лучше узнаем, скажем, цветы василька, чем, скажем, цветы донника, несмотря на то, что большинство из нас видит донник гораздо чаще чем василек (донник — один из распространенных дикорастущих цветов и в полях, и в городе, в то время как васильки растут только в полях). А что касается цветов мятлика или ежи, то их, я думаю, не узнает вообще ни один горожанин, в то время как они растут буквально везде, даже на газонах! Причина проста: большинство горожан не знакомо с названиями донника, мятлика и ежи, а василек всем известен по детским книжкам.

Аналогично и в психиатрии, чем лучше известно название, тем чаще будет узнаваться соответствующая болезнь. Разумеется, в лучшем положении тот врач, который знает много названий. Однако вопрос о том, каким образом будет узнаваться такое состояние, для которого вообще нет названия (данная нозологическая форма не описана), открыт. Мы отнюдь не имеем права утверждать, что врач вообще не будет узнавать это состояние и всегда будет считать его той нозологической формой, которая к нему наиболее близка. Хотя, скорее всего, в большинстве случаев так и будет происходить. Однако наверняка хороший и опытный клиницист будет видеть отличия данной, неименованной, формы от тех, на которые она только похожа. Мы можем с большой долей уверенности предположить, что он научится отличать ее тем быстрее, чем больше проблем будет с ее лечением. Если неименованная форма X похожа на известную форму Y и лечится почти так же, как и Y, то различия просто не будут существенны. Если же неименованная X, хотя и похожа на Y, требует совсем другого лечения, и лечить ее как Y приведет к заметному ухудшению состояния, то различие, скорее всего, произойдет быстро. Приведет ли этот акт различения, который произведет данный конкретный опытный специалист, к тому, что будет описана в литературе новая нозологическая форма? Это тоже вопрос открытый. Нозологические

формы ведь описываются психиатрией научного типа, а, как уже говорилось, в ней превалирует статистический подход, видимо, пришедший из биологии. Поэтому многое зависит от частоты встречаемости описываемой формы.

Возвращаясь к связи нозологического акта и понимания, вопрос заключается в том, способствует первое второму или препятствует. И, по-видимому, действие тут двоякое. Думаю, вряд ли ошибусь, если скажу, что без хорошего знания нозологической системы успешное понимание существа психических болезней невозможно. Каннабих в своей «Истории психиатрии» приводит пример донозологического описания психических болезней: «Меланхолия, мания, слабоумие, ипохондрия, идиотизм»⁵. По-видимому, тот, кто это писал, понимал, в чем заключается то отличие, которое он имеет в виду, но это совершенно точно не та классификация, которая может быть хорошим инструментом в работе врача. Даже для того, чтобы узнать цветок, нужно чтобы нам о нем рассказали; что же говорить о психической болезни, которая выглядит далеко не так наглядно, как цветок. Изучая симптомокомплексы и синдромы, студент-медик учится дифференцированно узнавать то, что иначе предстало бы перед ним как набор бессмысленных и непонятных черт.

Однако правильно ли будет ограничиться этим указанием на положительную связь нозологического образования врача и его способности понимать больного? Даже в таких далеких от душевных тонкостей вещах, как, например, политические симпатии, многие люди испытывают неудовольствие, если их «раскладывают по полочкам». Внешнему наблюдателю обычно довольно ясно, являются ли политические убеждения другого левыми или правыми, консервативными или радикальными. Но это может быть совсем не так очевидно самому носителю убеждений! Если человек умный, все обычно гораздо сложнее. Аналогичным образом дело обстоит и в психиатрии. Очень часто дело гораздо сложнее, чем простая нозологическая форма, особенно если учесть, что нет никакой гарантии, что существующая классификация полна и удовлетворительна.

⁵ http://www.medklassika.ru/kannabix_1928/75

2.6. Синдром нозологически, патогенетически и феноменологически

Нозологическое функционирование синдрома заключается в том, что в справочнике перечисляются симптомы, из которых данный синдром состоит. Вопрос о целостности синдрома в этом справочнике не рассматривается. Почему при депрессивном синдроме имеется моторная и интеллектуальная заторможенность? Это первичные признаки депрессии, то есть они наступают сами собой, или, может быть, это вторичные реакции на какое-то первичное расстройство, или, может быть, это защитные реакции психики? Эти вопросы с нозологической точки зрения представляются досужим любопытством. Современный подход к постановке диагноза — статистический. Если синдром состоит из пяти симптомов, то для постановки диагноза достаточно четырех, для предположительной постановки — трех, для диагноза под вопросом — двух и так далее. Одно и то же ли депрессия с заторможенностью и депрессия без заторможенности? С нозологической точки зрения разница здесь в статистической уверенности диагноза, а не в его характере, не в его смысле, не в его причинах. В рамках нозологического подхода мышление врача максимально приближается к алгоритму, к формальному заключению, которое в состоянии сделать машина (подчеркну, что перспектив передать машине целиком весь акт постановки диагноза не просматривается, потому что узнавание единичных симптомов все равно возможно только человеком).

Можно сделать наблюдение, что современное нозологическое мышление все дальше уходит от устаревшего словаря болезней по направлению к более современному словарю синдромов [Джонс, Бакли, 2009], а оттуда идет еще дальше — к цифровому реестру состояний. Первое безусловно хорошо, а хорошо или плохо второе, пока понять трудно. По-видимому, этим хотят добиться стандартизации диагностики, ее максимальной объективности и прозрачности. Нынешняя классификация болезней МКБ-10⁶ выглядит как некая пере-

⁶ Эти списки, полное название которых «Международная классификация травм, болезней и причин смерти N-ного пересмотра» выпускаются Всемирной организацией здравоохранения примерно раз в 5 лет. В теории национальные нозологические системы следует приводить

ходная ступень от названий болезней через синдромы к номерам состояний. Не удивительно поэтому, что МКБ — огромный список. Раздел психических болезней насчитывает в нем более 550 пунктов! Старые справочники по психиатрии, которые еще оперировали болезнями, насчитывали их примерно около сотни.

Если тенденция перехода к номерам будет продолжаться, и названия болезней уйдут даже из повседневного медицинского обихода, мне думается, мышлению станет несколько труднее оперировать медицинскими концептами. Хотя с логической точки зрения нет разницы, как говорить, «шизофрения» или «F 20», до тех пор, пока алгоритм постановки этих диагнозов один и тот же. Другое дело, если тенденция формализовать классификацию пойдет еще дальше, и свои номера получают не только синдромы, но и единичные симптомы (что-то типа: «Замедление мыслей — A1», «Подавленное настроение — B33», «Отсутствие планов на будущее — S753»). Если только такая классификация не будет неправдоподобно тщательно продумана, то мне кажется очевидным, что она будет сковывать мышление психиатра, а не уточнять его и не делать более объективным. Хотя в принципе это вопрос открытый. В этологических и социобиологических исследованиях иногда поступают довольно похожим образом — нумеруют единичные признаки [Гильбурд, 2007], но там нет цели максимально точно описать и назвать состояние каждого человека, что, по идее, должно быть целью в медицине.

Выше я написала, что нозологический подход не слишком чувствителен к причинности, то есть к вопросам этиологии и патогенеза. В психиатрии это хорошо, так как этиология многих состояний неизвестна, и это не должно мешать их диагностировать. Но вообще-то, конечно, любая научная но-

к соответствию с каждым очередным МКБ. На практике этого не происходит. В каждой стране действует своя «адаптированная» версия МКБ и еще, параллельно с ней, своя сугубо национальная нозологическая система. Однако, как правило, врачи умеют ставить диагнозы в каждой из этих систем и при необходимости переводить их в друг друга. В психиатрии такая необходимость возникает обычно только в научной литературе, хотя она может возникнуть, например, и при проведении психиатрической экспертизы в случае правонарушений на международном уровне.

зология стремится быть патогенетически ориентированной. Там, где такая возможность есть, диагноз устанавливается с учетом причин.

Феноменологический и патогенетический аспекты выделения синдрома между собой тесно связаны. В том и другом случае идет речь о синдроме как о целостной единице. Собственно говоря, феноменологический акт выделения синдрома логически предшествует его нозологическому именованию, хотя на практике, конечно, это далеко не так однозначно (о взаимовлиянии именования и узнавания я писала выше).

Феноменологический аспект синдрома в медицине называется «клиническая картина». Это совокупность постоянно связанных между собой симптомов, как они являются в клинике. Как уже было сказано, синдромы бывают понимаемые и непонимаемые. Целостность и единичность понимаемых синдромов обосновать легко — они и понимаются единым актом, сразу во всей своей целостности, даже несмотря на возможно разную природу в разных случаях. При депрессии, например, может быть много разных симптомов, а также депрессия бывает разной природы. Но единичный акт понимания того, что такое депрессия, акт конституирования смысла этого переживания, осуществляемый наблюдателем — один.

Что касается непонимаемых синдромов (которых в психиатрии, видимо, большинство), их единичность и целостность удостоверяются практикой. Возьмем в качестве примера эпилепсию. Мы не можем понять, почему при эпилепсии обычно вместе встречаются: судорожные припадки, малые припадки (застывания), ригидность мышления, частые употребления уменьшительных суффиксов, фанатическая любовь к чистоте и блеск глаз. В повседневном опыте это вещи совершенно разные, между ними нет понятных смысловых связей. Но психиатры, которым доводится часто иметь дело с эпилептиками, привыкают к этой целостности. Это не значит, что они начинают понимать некую единую причину, которая лежит в основе всех перечисленных симптомов, но в то же время синдром, о котором речь, делается для них предметом интуитивного понимания, которое я выше назвала Дьёдонне-интуицией. Такое же интуитивное чувство, которое возникает у опытного психиатра при столкновении с простой шизофренией, даже носит специальное немецкое название *Praesoxgefühl*.

Это было о целостности синдрома с точки зрения феноменологии, с точки зрения его конституирования. Если причины патологии не известны, то феноменологическое выделение является единственным основанием для нозологического.

Патогенетический подход, как выше уже говорилось, на сегодняшний день теоретически относится к болезням. Возможно, именно поэтому изучение биологических причин психических болезней продвигается довольно безуспешно — искать надо причины диагностированных синдромов, а не болезней, поскольку болезни разнородны, синдромы гораздо однороднее. Бессмысленно собирать статистику отклонений, условно говоря, синтеза дофамина при шизофрении вообще: нужно делать это отдельно для шизофрении с галлюцинациями и без, с синдромом Кандинского-Клерамбо и без, с апатией и без. Насколько я понимаю, современная психофизиология и нейропсихология и движутся в этом направлении.

Вообще говоря, как выделяются сейчас в науке те единичности, которые исследуются на физиологические механизмы и на способы лечения — это очень интересная проблема, которую я пока не изучила с должной подробностью. Теоретически определяющее влияние на выделение таких единичностей должны оказывать классификации типа МКБ-10. Как я уже говорила, в МКБ единицами классификации и болезней, и синдромы, то есть это переходный список к синдромам. Изучение базы Pubmed и ей подобных убедило меня, что наличие специфических причин (вернее говоря, специфических коррелятов) у отдельных синдромов осознаются, причем происходит это в большой зависимости от языка: изучаются синдромы, имеющие исторические названия, например, синдромы Дауна, Цельвегера, Шегрена-Ларсона и т.п., несомненно, потому, что они же и нозологически отдельно диагностируются в клиниках.

Словом, у меня сложилось впечатление, что наличную ситуацию с выделением единиц патогенеза и биологической каузальности нельзя считать однозначной: такими единицами могут быть и болезни; и синдромы, особенно имеющие исторические наименования, и другие единицы. В числе других единиц могут фигурировать и отдельные больные, хотя

доля таких исследований сейчас невелика. Этот интересный вопрос нуждается в дальнейшем изучении.

2.7. Проблема каузальности

Что означает «этиология и патогенез феноменологически выделенной единичности»? Этиология — это учение о причине болезни (причина болезни Дауна — нарушение в 21 хромосоме). Патогенез — это учение о ее механизмах (механизмы болезни Дауна — это то, что конкретно нарушается из-за нарушения хромосомы и приводит к клинической картине; может быть, выработка какого-нибудь фермента, например; сегодня эти механизмы неизвестны). В принципе и то, и другое — это аспекты каузальности. Этиология — это, так сказать, большая каузальность. Патогенез — это, так сказать, каузальность непосредственная, малая. Способы выделения единиц этиологии было бы также весьма интересно изучить, но это проблема философии медицины, она выходит за рамки данной работы.

Стоя на позиции даже минимального гносеологического критицизма, мы должны сказать, что никакого прямого познания причин болезней, как и вообще любого каузального познания, быть не может. Мы можем сколько угодно наблюдать, что трисомия 21 хромосомы, и только одна она, всегда приводит к болезни Дауна. Это не совсем так, но даже если бы это было совсем так, все, что мы могли бы сказать — это что статистически синдром Дауна стопроцентно коррелирует с трисомией 21 хромосомы, и все. Понятно, что здравый смысл именно такую стопроцентную корреляцию и называет этиологией. Проценты в медицине почти всегда меньше, чем 100, поэтому любая корреляция там — только вероятностная. Аналогичная ситуация и с конкретными механизмами. Все они составляют причинную цепь от этиологии как первопричины, через патогенез как последовательность промежуточных причин до клинической картины как следствия. Наблюдение начинается именно со следствия и предположительно двигается назад: легче всего обычно находится большая первопричина, труднее — промежуточные механизмы. В любом случае все звенья остаются связанными только лишь предположительной связью, которая никогда не дана напрямую. Эта проблема не внутриспихиатрическая и даже не медицинская, а общая проблема теории познания.

Внутрипсихиатрическая проблема с причинностью психических болезней — это пропасть между физической причиной и ментальным следствием. На эту пропасть много раз указывалось в философии сознания, в контексте обсуждения *mind-body problem*. Пропадь возникает, конечно, в области естественнонаучной или «большой» психиатрии, где для психических следствий ищутся чисто биологические причины. Допустим, мы феноменологически, а также и нозологически выделили синдром. Предположим, он не является полностью понятным, как депрессивный синдром, но не является и полностью непонятным, как совокупность симптомов эпилепсии. Возьмем для примера гебефренический синдром. В его клинической картине психиатр будет феноменологически отмечать фрагментарные странные высказывания, нелепость и неестественность поз и движений, манерность речи, выпренные шутки без подлинного веселья, обычное для шизофреников отсутствие человеческой эмоциональности. Возможно, психиатр захочет понять смысловую цельность синдрома, соответственно тому, как я писала выше, и даже, может быть, ему это удастся (это редкость, но в работах Лэйнга и Кемпинского гебефренический синдром описан именно психологически понятным образом).

Однако что означает найти этиологию и патогенез гебефренического синдрома? Что означает найти его причины — пусть вероятно и как корреляцию, но хоть как-то? Это означает указать на вещи, не имеющие ничего общего с его психологическим смыслом. Возможно, окажется, что имеется ген, который имеет определенный аллель у всех гебефреников (это маловероятно, но не исключено). Тогда будет снят вопрос первопричины. Затем, возможно, окажется, что этот ген кодирует фермент, ответственный за формирование синапсов в определенных участках мозга (это уже более вероятно). Затем выяснится, что в результате блокирован некий нейротрансмиттер, и все синапсы в данном участке мозга работают не так, как у здоровых. В отдаленной перспективе можно научиться лечить все это многообразие биологических явлений: сперва будет найден способ восстановить уровень недостающего нейротрансмиттера, затем — модифицировать синапсы, а как решение всей проблемы — способ менять гебефренический аллель на нормальный уже в зародыше. И психиатр увидит вместо нелепых движений точные, вместо

манерной интонации простую, вместо выпрєнных шуток — спокойную сдержанность, вместо разорванного мышления — сосредоточенное внимание. Но как это получилось? Как введение в ликвор нейротрансмиттера привело к переходу от гебефренического синдрома к здоровью? От чего именно человек в этот момент освободился? Что он почувствовал?

Через пропасть *mind-body problem* невозможно видеть. Можно видеть абсолютно все до пропасти, на стороне *body* (то, что это видно всегда лишь гипотетически, сейчас неважно), и можно понимать абсолютно все после пропасти, на стороне *mind*. Но пропасть между ними заполняется только совершенно недоступными пониманию, только абсолютно конвенциональными гипотезами. Это исключительно корреляции имен явлений, без всяких связей их смыслов.

3. Субъект и его поведение

Именно в этом месте самое время задать вопрос: а что такое болезнь с точки зрения больного? В чем смысл синдрома, например, гебефрении, для самого гебефреника? Ведь больному безразлично, что там у него с нейротрансмиттерами. Он двигается манерно, и ему, наверное, понятно, почему и зачем он это делает? Однако он этого никогда не говорит.

Как дан субъект наблюдателю, так это посредством своего поведения. С поведением субъекта психиатр сталкивается еще до того, как ставит диагноз. Возможно, диагноз будет поставлен быстро, и отношение к субъекту у психиатра перейдет в другое отношение: в отношение к болезни, к синдрому, к комплексному объекту «больной + болезнь». А возможно, достаточно долго продлится такой период, когда диагноз неясен, и поэтому отношение к болезни быть не может, остается только отношение к поведению.

Поведение — понятие широкое, и давать ему определения я не буду. Скажу только, что сюда относятся черты, узнаваемые зрительно (осанка, походка), содержание речи (есть ли бред и галлюцинации), а также вторично выявляемые способы бытия субъекта в мире (необщительность). И еще многое другое. Это та сторона субъекта, которой он обращен вовне. О его внутреннем мире какие-то предположения сделать можно, но лишь гипотетически.

Существует два типа отношения наблюдателя к больному: отношение, допускающее субъектность, и отношение, исключающее субъектность. Сейчас я напишу об этом несколько подробнее.

3.1. Проблема субъекта

Существуют весьма различные теории того, что такое субъект. Для нашего анализа понадобятся две: интенциональная и коммуникативная.

Во-первых, субъектом мы считаем того, кто имеет интенциональность. Этот термин пришел первоначально из феноменологии, затем из философии сознания. Интенциональным субъектом является любой агент, у которого мы распознаем наличие намерений. По сути, это все те агенты, которых мы называем одушевленными, а иногда и более того. Интенциональным субъектом будет собака, в некоторых случаях — даже компьютер. Разумеется интенциональным субъектом является любой живой бодрствующий человек, в том числе и психически больной. По мысли Д. Дэннета [Дэннет, 2004], который много писал про это, со всеми такими интенциональными субъектами мы всегда общаемся и ведем себя одинаковым образом: пытаемся понять их интенции (у Деннета это намерения). Это понимание намерений Дэннет трактует, в общем, прагматическим образом, как предсказание.

Отношение к другому как к интенциональному субъекту Деннет называет «интенциональной установкой». Это именно интерпретирующая установка наблюдателя, она не обязательно совпадает с реальным наличием психологических интенций у агента. Например, шахматист может играть в шахматы с компьютером и временно принимать в отношении компьютера интенциональную установку («Интересно, как он сейчас собирается пойти?»). Понятно, что интенциональными нам представляются агенты, которые осуществляют намеренное поведение. Разумеется, обычно это не компьютеры и не животные, а люди. Некоторые агенты могут представляться нам как бы недоинтенциональными: например, это спящие люди и люди в таких в таких обстоятельствах, где действия их особо предсказуемы, например, марширующие солдаты. В психиатрии таким недоинтенциональным субъектом будет больной в оглушенном или заторможенном состоянии, во время эпилептического припадка и т.п. В психиатрии так-

же возникает особый тип субъектов, с которыми редко доводится иметь дело в обычной жизни: если можно так выразиться, переинтенциональные агенты. Это люди, которым наблюдатель определенно приписывает намерения, но не имеет средств понять эти намерения, то есть предсказать поведение. Это могут быть возбужденные больные, в состоянии аффективного бреда, в спутанности, в сумеречном состоянии и т.п.

Приписывать кому-либо интенциональность — то же самое, что считать его существом, переживающим смыслы. Намерения, мысли, переживания — все это напрямую требует осмысленного сознательного сознания. В этом смысле названные выше переинтенциональные субъекты задают практикующему психиатру напряженный конфликт интерпретации: с одной стороны они являются интенциональными субъектами, у которых наблюдатель по определению постулирует существование внутреннего смысла их сознания, с другой стороны, каждый смысл в принципе может быть понят, но в данном случае наблюдатель не в состоянии понять этот смысл.

Второе понимание субъекта исходит из того, что субъект-субъектные отношения всегда включают в себя не только прагматическое понимание, но и понимание как более глубокое взаимодействие, по меньшей мере — понимание другого как аналогичного себе, а по большей мере — как родство душ, как такое единение, которое позволяет двоим выйти за пределы себя. Очень много писал про это Ясперс, причем именно для ситуации психиатр-больной. Насколько я могу передать его мысль, чтобы понимать другого как подобного себе, необходимо понимать его в его свободе. Всякое иное понимание вообще не является пониманием⁷. Что же касается свободы, то не следует понимать свободу как простую спонтанность. Способность спонтанности, разумеется, необ-

⁷ Замечание: Ясперс употребляет термин «коммуникация», но мне кажется термин «понимание» более подходящим, так как по «коммуникации» может показаться, что речь идет исключительно о разговорах. Именно так интерпретировала Ясперса Гайденко [Гайденко, 1998]. Но он совершенно точно не имел в виду только лишь словесную коммуникацию, он имел в виду любые виды понимания, даже безмолвные, на расстоянии и т.п.

ходима для того, чтобы быть свободным, но сама по себе спонтанность — это всего лишь случайность. Саму по себе спонтанность понять нельзя, она именно что совершенно ни с чем не связана и не понятна. Например, мы можем считать спонтанным распад атомных ядер. Но мы не можем называть его свободным. Чтобы субъекта можно было назвать по-настоящему свободным, он должен не только мочь сделать разные вещи, но и совершать выбор, иначе говоря, понимать, что он делает. Только выбор, сделанный на основе понимания его причин и, главное, его следствий, является свободным выбором. Свободным является субъект, понимающий самого себя.

Что мы теперь можем сказать относительно возможности коммуникационного, или понимающего, отношения психиатра к больному? Мы вынуждены сказать, что многие из больных, которых наблюдатель безусловно относит к субъектам в интенциональном смысле, не могут быть им отнесены к субъектам в коммуникационном смысле. Ибо врач не приписывает им адекватного понимания себя, и скорее всего, он делает это совершенно верно, ибо они на самом деле не могут быть названы адекватно понимающими себя. Скажем, больной в состоянии аффективного бреда считает себя бодхисатвой. Является ли он интенциональным субъектом? Безусловно. Но можно ли назвать его коммуникативным субъектом, то есть можно ли сказать, что он адекватно понимает себя? На самом деле вопрос это не такой простой, как может показаться. Выдающиеся психиатры нередко демонстрировали возможность вступать в самое полноценное коммуникативное понимающее общение с больными, вроде бы совершенно лишенными самопонимания. Вот характерный рассказ из биографии Р. Лэйнга: «Однажды в Чикаго Лэйнг был приглашен в качестве консультанта к одной больной с диагнозом психоза. Девушка была заперта в палате в психиатрической больнице. Целый день она сидела голая на кровати, непрерывно раскачиваясь. Лэйнга спросили о его мнении [относительно терапии]. Неожиданно для всех, Лэйнг разделся догола и вошел в палату к больной. Он сел к ней на кровать и стал раскачиваться в одном ритме с ней. Примерно через 20 минут она начала разговаривать с ним, хотя уже несколько месяцев ни с кем не общалась. Все были изумлены. “А почему вы сами-то не догадались так сделать?” — позже спрашивал их Лэйнг». [Clay, 1996, pp. 170–171].

Это показывает нам, что далеко не всегда это отсутствие самопонимания у больного является глубоким, иногда оно не более чем поверхностно (и боюсь, что то же самое зачастую можно сказать о внешне адекватном самопонимании очень многих нормальных людей). Поэтому степень субъектности больного зависит от таланта и доброй воли психиатра. К сожалению, психиатр обычный человек и совершенно не обязан каждодневно проявлять нечеловеческий талант к пониманию. Поэтому ограничимся утверждением, что на практике большинство психически больных в интенциональном смысле являются субъектами, но в коммуникационном смысле являются субъектами меньшее количество больных.

Предельный, очень большой вопрос, который ставит перед нами проблема понимания больного в его болезни — это проблема понимания переживаемого им смысла его болезни. Выше я привела в пример гебефреническую форму шизофрении. Она характеризуется тем, что больные кажутся как-то неадекватно веселы, ни с того ни с сего улыбаются и вроде бы шутят, их позы, движения, интонации, вербальное выражение — все очень манерно и неестественно. Существует целый ряд психологических состояний, внешне напоминающих гебефренический синдром, но гораздо более легко понимаемых. Например, при повышенном настроении (не обязательно это маниакальная фаза МДП, это может быть опыт обычного веселого настроения из-за каких-то удач в жизни и т.п.) для человека тоже характерно улыбаться и шутить. Однако даже минимального общения с гебефреником ясно, чтобы понять, что он улыбается совсем не так, как человек с хорошим настроением. Улыбка гебефреника напоминает скорее застывший оскал с болезненным прищуром глаз. Далее, существует довольно неплохо понимаемый синдром, для которого характерна неестественность выражения — это истерия. Для истерического больного свойственно то, что он хочет привлечь к себе внимание. Однако, опять же, минимальное общение с гебефреником убеждает, что у него не истерия. Он вовсе не хочет привлечь внимание, и имеется масса признаков, что ему скорее приятнее избежать внимания. Он может корчить гримасы, когда его никто не видит, и перестать это делать, когда замечает взгляд. И так постепенно отсекаются гипотезы о чем-то более-менее по-

нимаемом, и интерпретатор остается один на один с большим вопросом о смысле. Что переживает гебефреник? Почему он ведет себя именно так, а не иначе? Грубо говоря, зачем ему это?

Подчеркну, что большого терапевтического значения решение этой проблемы не имеет. Гебефренический синдром легко умеет узнавать любой психиатр, а следовательно, имеется и принятый способ его терапии. Проблема «понять гебефреника» может интересовать психиатра только как человека. Ну или как философа.

Я сейчас не буду излагать те известные мне попытки это сделать, которые привели к убедительным, на мой взгляд, результатам, отошлю читателя к книге Кемпинского [Кемпинский, 1998]. Хочу лишь заметить, что осуществившееся понимание психиатром такого больного переводит больного из статуса интенционального субъекта в статус коммуникативного субъекта, то есть обычного человека (хотя, разумеется, нуждающегося в помощи, и даже, возможно, самостоятельно не это не осознающего).

Итак, мы можем подвести итог из вышесказанного: чтобы наблюдатель понял смысл переживания больного субъекта (это понимание может быть только предположительное, но в данном случае это неважно — это характеристика вообще любого понимания) необходимо, во-первых, чтобы синдром больного был понимаемым, хотя бы отчасти, а, во-вторых, чтобы отношение наблюдателя к субъекту было допускающим субъектность. Повторюсь, что допускающее субъектность отношение — это принятие другого в его свободе, которая, в свою очередь, требует предположения о наличии у другого понимаемого смысла.

3.2. Поведение как объект

Об объективном изучении поведения впервые заговорили бихевиористы. Подробно их программу я тут разбирать не буду, скажу только, что в психологии она больших результатов не принесла, но оказалась одной из предшественниц таких дисциплин, как этология, в том числе этология человека, и социобиология. В психиатрию эти науки пока очень уж заметного вклада не внесли, но некоторые попытки делаются. Я ниже попытаюсь немного проанализировать их ме-

тоды, основываясь в основном на работах психиатров направления «Крымский проект» [Гильбурд, 2007].

Объективная регистрация поведения в принципе ничем не отличается от объективной регистрации любых параметров. Креативное участие наблюдателя-ученого заключается в том, как он выбирает эти параметры. Выбор параметров поведения зависит и от сложности измерения, и от информативности. Работая с гусями, основоположник этологии Конрад Лоренц выбрал, в основном, два параметра: наклон шеи и положение хвоста. Хотя в итоговом описании жизни гусей фигурировали и паттерны издаваемых звуков, и тип полета. Работая с собаками, он указывал на необходимость регистрировать минимум три параметра: положение ушей, кончиков губ и хвоста. Но когда писал о собаках, описывал массу тонкостей их поведения [Лоренц, 2002]. Так что даже в изучении животных объективная регистрация далеко не равна итоговой интерпретации. Тем не менее, в объективистском подходе к изучению поведения задача смысловой интерпретации поведения не только не ставится, но часто даже специально исключается (хотя это не обязательно так).

У человека количество доступных регистрации параметров поведения огромно. Понятно, что в нашем контексте имеет смысл регистрировать такие признаки, которые могут быть симптомами психических заболеваний: положение головы, направление взгляда, громкость голоса, поворот корпуса и т.д.

Само по себе поведение объективно регистрировать, конечно, интересно и полезно (тут просматриваются некие первые шаги к дальнейшей регистрации и постановке диагноза с помощью машины). Однако вопрос ставится более далеко идущим образом. Будучи биологически ориентированными авторами, социобиологи рассматривают поведение как один из адаптационных признаков, который подлежит обычным эволюционным механизмам наследования — подчеркиваю, не культурного наследования, не через обучение, а именно биологического. Социобиологи не утверждают, конечно, что у человека поведение наследуется целиком, во всей сложности, как инстинкты у животных. Однако они рассматривают возможность наследования поведенческих стратегий, некоторых общих принципов поведения, общих паттернов и т.п.

*Социобиологическая теория
Гильбурда*

Вот как проводит связь между шизофренией и поведенческими стратегиями отечественный психиатр-социобиолог О.А. Гильбурд [Гильбурд, 2007]. Известно, что у шизофрении 4 формы (мы будем подробнее говорить об этом факте во второй части книги)⁸. Он выделяет 4 эволюционные стратегии, посредством которых происходила эволюция социума из стаи гоминид в общество людей. В разумном виде все стратегии носят адаптивный характер, причем адаптация видна тоже на уровне социума, а не на уровне особи.

1. Стратегия первая — агрессия. Полезность агрессии для эволюции несомненна, учитывая неагрессивный, в общем-то, характер исходных форм (приматов) и тяжелые условия, в которых им приходилось распространяться. Понятно, что социальная эволюция агрессии должна быть довольно сложной, этому посвящена книга К. Лоренца «Агрессия». Вкратце говоря, агрессия накапливается в виде чего-то типа гидравлического давления. Накапливается понемногу сама собой и чем дольше не разряжается, тем сильнее давит. Для разрядки агрессии нужны стимулы, то есть враги. Если врагов нет, в примитивном случае рано или поздно страдают друзья. Чтобы это происходило реже, параллельно с развитием механизмов агрессии развиваются и механизмы ее нейтрализации. Лоренц называет в этой связи ритуальные действия у животных (грубо говоря, удары клювом по камешку).

Перед такими же проблемами должна стоять эволюция агрессии и в социуме людей, и Гильбурд называет простой и распространенный механизм для ее выхода: спорт. Правда, здесь и дальше у него получается, что каждую стратегию в общем представляют разные группы членов социума. Роль спортсменов в том, чтобы нейтрализовать агрессию, здесь и дальше у него получается, что каждую стратегию в общем представляют разные группы членов социума. остранный механизм но куда ее девать остальным? Здесь остается впечатление, что социобиологи совсем не задаются вопросом о переживаниях индивида, для них субъектом является соци-

⁸ По его мнению, это не случайно, и здесь есть связь с мистикой числа 4 в юнгианской интерпретации [Гильбурд, 2007, с. 292]. В данном случае, мы не будем углубляться в эту тему.

ум: он осуществляет стратегии, он и нейтрализует их, он и переживает все, связанное с ними.

У спортсменов эволюционная стратегия выражается в продуктивном, здоровом виде, но она может приобретать и злокачественный характер. Тогда мы имеем шизофрению в ее кататонической форме. Для кататонической формы шизофрении характерны двигательные явления: либо буйное бессмысленное возбуждение, либо, наоборот, ступор. Вообще говоря, все это не обязательно трактовать как агрессию, но в принципе такая интерпретация возможна.

2. Следующая стратегия — игровое социальное взаимодействие. На роли игры в человеческом социуме Гильбурд специально не останавливается, но и без того ясно, что она велика. Здесь имеются в виду именно традиционные социальные игры: карнавалы, праздники, всевозможные ритуалы и т.п. Вообще говоря, роли социальных игр в культуре можно было бы посвятить множество книг вдобавок к уже существующим Номо ludens, Бахтина про карнавальную культуру, книгам про ритуалы и еще многим. Пока, мне кажется, ни одна не раскрыла роль социальной игры так, чтобы это было полностью исчерпывающе. Гильбурд кратко указывает, что данная стратегия улучшает социальные взаимодействия.

Патологическая форма этой стратегии, по Гильбурду — гебефрения. Здесь я с автором не согласна. Про гебефрению см. ниже, во второй части. Вкратце говоря, важно, что сам гебефреник не испытывает никакого веселья, и нет оснований говорить, что он осуществляет стратегию социальной игры. Я считаю, что гебефрения — стратегия защиты индивида от суггестии. Впрочем, возможно, при более глубоком рассмотрении окажется, что социальная игра — тоже вид защиты от суггестии. Над этими вопросами нужно работать дальше.

3. Третья стратегия в некотором смысле противоположна остальным, это экономия энергии. Здесь автор очень верно указывает, что предкам было свойственно жить в теплых краях, где и охотиться легче, и плодов на деревьях больше⁹ —

⁹ Да что там, в ушах звучит песня Азнавура: *Il me semble que la misère serait moins pénible au soleil* — «мне кажется, что даже нищета легче перенести на солнце!»

перед ними такой задачи, как экономия энергии, не стояло. Встала эта задача, когда люди стали мигрировать на север. Запасание энергии в норме, вероятно, должно выглядеть как способность впадать в безделье, отгораживаться от раздражителей, может быть, просто больше спать.

Патологический вид третьей стратегии — простая форма шизофрении. Вот это Гильбурду удалось показать очень хорошо, особенно не в цитируемой книге, а в другой, гораздо менее спорной, очень богатой материалом и очень интересной: «Шизофрения на Севере». Работая врачом в северном городе, автор наблюдает за тем, как проявляется шизофрения у тех, кто приезжает туда из других мест, и сравнивает с шизофренией у народов, традиционно живущих в этих краях, а также со здоровой культурой этих народов. Вывод — даже здоровая культура северных народов имеет черты, напоминающие проявления простой формы шизофрении у других культур. Настолько выражена на Севере стратегия экономии энергии.

4. Что касается четвертой стратегии, то в продуктивном виде она звучит вполне убедительно: альтруизм и креатив, творчество. Автор пишет про два вида творчества: художественное и научное. Настоящее творчество может быть разрушительно для индивида, пишет он, указывая на многие чашки кофе, выпитые по ночам в процессе написания книг [Гильбурд, 2007, с. 242]. Видно, что это именно стратегия социума, его эволюции, по отношению к индивиду эта социальная стратегия может ощущаться как навязчивая, например, как голос свыше, или настоятельная потребность решить задачу, или вдохновение, или что-то такого типа. Автору важна именно креативная и альтруистическая составляющая этой стратегии.

Все это не имеет, по моему мнению, никакого отношения к параноие, для которой характерен ригидный бред преследования и глубоко эгоцентрическая экзистенциальная жизненная установка, однако согласно теории Гильбурда, параноидная форма шизофрении — это патологический вид креативной социальной стратегии. В чем автор видит сходство? Ну, в том, что бред это креатив, поскольку он выдуман. В том, что параноик не преследует с помощью бреда никаких меркантильных целей, грубо говоря, он бредит совершенно бесплатно. Почему тогда не сказать, что эпилепсия — фор-

ма креативной стратегии? Эпилептик тоже страдает припадками без меркантильных целей. В общем, четвертая форма мне кажется очевидной неудачей автора.

Но в целом подход интересный. В психиатрии по умолчанию, конечно, более распространены экзистенциально-феноменологические подходы к психологическому содержанию болезни. То есть исследователь задается целью понять, что чувствует и переживает больной, какой смысл для него в его болезни. Понятно, что социум рассматривается как патогенный фактор, ругать социум — это святое дело со времени Маркса, а после Фуко это даже уже обязанность. Социобиологи ставят вопрос иначе: каков смысл для социума в том, что некоторые индивиды больны? Понятие «смысла» здесь равно понятию пользы. В чем польза для социума от больных шизофренией? В изложенной теории шизофрении — это, так сказать, отходы четырех стратегий. В самой по себе шизофрении пользы нет, но четыре стратегии полезны.

3.3. Проблема наследования поведения.

Свобода и осмысленность

Давайте попробуем рассмотреть вопрос, как вообще возможно наследование поведения. Каким требованиям должно удовлетворять поведение, чтобы можно было говорить об его наследовании? И особенно меня интересует вопрос, можно ли говорить о наследовании такого поведения, которое совершается субъектом осмысленно, с пониманием того, что он делает? Ибо шизофреники, безусловно, это понимают (не исключено, что иногда лучше, чем здоровые люди, хотя иногда и хуже).

Для того, чтобы решить этот вопрос, я попробую немного поговорить о том, что такое свободные и несвободные действия субъекта и что такое смысл его действий.

Свободные действия

Я не буду сейчас рассматривать вопрос свободы воли вообще, во всем объеме. Но проблема свободы действия в некотором ограниченном смысле важна для нас потому, что свободные действия не могут наследоваться, а несвободные, каузально обусловленные действия организма — наследуются. И это потребует от нас ввести принцип градуальности свободы.

Какие действия можно считать свободными, а какие нет? Под свободными действиями, действиями субъекта, я понимаю такие действия, которые не обусловлены каузально устройством его организма.

Во-первых, совершенно очевидно, что имеются абсолютно несвободные действия, не имеющие отношения к субъекту, которые сами собой происходят в его организме. Например, субъект не регулирует свой гомеостаз, хотя эта регуляция требует от его организма очень объемной работы. Субъект не занимается своим пищеварением, этим занимается его желудочно-кишечный тракт, далее ЖКТ. На этих примерах хорошо видно, что область несвободных действий — это биологическая область, к которой, разумеется, прекрасно применимы законы наследования. С точки зрения психиатрии эта область совершенно не интересна. Скажем, припадки при эпилепсии происходят именно по таким каузальным законам: их совершает организм без всякого участия субъекта. И психиатрия исключает судорожные формы эпилепсии из своего ведения, эти формы в МКБ-10 отнесены к неврологии.

Во-вторых, имеется область совершенно свободных действий субъекта. Это намного менее очевидно, в современной философии это постоянно подвергается сомнению, да и не только в современной, достаточно вспомнить хотя бы Спинозу. Однако у меня есть веские основания утверждать, что область совершенно свободных действий имеется. Правда, абсолютно свободны, как я думаю, только мысленные действия, которые, конечно, не являются действиями в полном смысле. Но к ним приближаются и реальные действия, совершенные без страсти, без выгоды, без эмоциональных побуждений и тому подобному. Думаю, излишне говорить, что в жизни такие действия встречаются редко. Возможно, какую-то иллюстрацию их мы получим, изучая восточные учения о природе действий бодхисатв, цзюнь цзы и тому подобных людей, но это в любом случае чаще всего образ должного, нежели сущего. Однако, повторяю, что это должное возможно. Не исключено, что даже в опыте обычного западного человека имеются действия, которые он совершил свободно: из долга, но без цели получить удовольствие; отстраненно. Это очень интересная тема, но сейчас я не могу про нее писать, потому что к теме психиатрии это не имеет отношения: абсолютно свободные действия не являются ее предметом. Тем более они

не интересуют социобиологов, потому что говорить об их наследуемости было бы абсурдно.

Теперь я вынуждена сказать, что свобода действия определяется не по принципу «все или ничего», а градуально. Это довольно неприятный вывод, потому что градуальность свободы совершенно не разработана в философии, если не считать учение Гегеля, которое, мне кажется, мало применимо к проблеме поведения человека. Почти все известные споры о свободе воли исходят из постановки проблемы «да-нет». Но это, похоже, далеко не так. Давайте рассмотрим на примере пищевого поведения. Допустим, некий очень голодный человек (допустим, он заблудился в лесу и сутки ничего не ел) видит пищу (допустим, он вышел к своей машине и достает из сумки батон хлеба). Он берет эту пищу и ест ее. Кроме того, данный человек, возможно, шахматист или иной профессионал игр в бисер, он решает сложные мыслительные задачи. А также еще где-то работает. Какое его поведение можно назвать свободным, а какое нет? Шкала измерений свободы должна иметь как минимум несколько значений. Абсолютно несвободные действия — работа ЖКТ. Почти совсем несвободные действия — глотание. Несвободные действия — жевание. Довольно-таки несвободные действия — пищевое поведение очень голодного человека (видит батон и подносит его ко рту). Скорее несвободные, чем свободные действия — пищевое поведение не очень голодного человека. Средне свободные действия — скорее всего, таких большинство. Скорее свободные, чем несвободные действия — принятие решений на работе. Весьма свободные действия — игра в шахматы. Практически совсем свободные действия — некоторые моральные решения. Абсолютно свободные действия — достижимые в мыслях...

После этого трудного шага, введения градуальности свободы, далее говорить о наследуемости поведения делается легче. Понятно, что чем менее свободно поведение, тем более оно наследуемо. Что наследуемость градуальна, понятно по многим биологическим соображениям. Какие-то признаки наследуются совершенно жестко, в основном потому, что отклонения по этим признакам несовместимы с жизнью. А какие-то наследуются больше в виде предрасположенности, и на конечный итог оказывают влияние и среда, и случайность. Работа ЖКТ наследуется довольно жестко, а пищевое пове-

дение при сильном голоде, даже в таких аспектах, как кусание, жевание и иные действия челюстей — с возможностью существенных модификаций. В этом играет ключевую роль способность торможения, на чем сейчас нет возможности останавливаться.

Исходя из этого, мы делаем вывод, что существует поведение, которое и в какой-то степени свободно, и достаточно несвободно, чтобы наследоваться, по крайней мере в виде предрасположенности (что такое предрасположенность с точки зрения смысла действия, нужно анализировать отдельно).

Осмысленные действия

Чтобы дать хорошее определение того, что такое осмысленное действие, нужно решить очень трудную проблему определения того, что такое смысл. Анализировать существующее функционирование этого слова в языке, даже в философской литературе, бесполезно, потому что оно слишком многозначно. Поэтому определение слову «смысл» я придам волевым решением. Я буду считать, что смысл есть идеальная (которую можно помыслить) связь двух сущностей, данная субъекту (= конституируемая субъектом). Обычно одна из двух сущностей является также идеальной, но не всегда, в нашем случае это будет как раз не так. Скажем, смысл слова «стол» — это идеальная связь, благодаря которой мы понимаем, что слово «стол» (это первая из двух сущностей, в данном случае идеальная) указывает на данный стол (это вторая из двух сущностей, в данном случае предмет), или на множество столов (вторая из двух сущностей, в данном случае идеальная), или еще на что-то. Таков смысл знака: это известная субъекту связь знака и его означаемого. Аналогично, хотя и более сложно, обстоит дело со смыслом высказывания, текста, рассуждения и т.п.

Что же касается смысла действия, ситуация делается более сложной, потому что нам будет очень сильно мешать одно из побочных значений слова «смысл» — смысл как цель. Бессмысленным мы называем обычно бесцельное поведение. Однако всегда ли это так? Например, рассмотрим игру на пианино для собственного удовольствия. Имеется ли у данного поведения цель? Внешней цели у него нет, хотя безусловно человек, который играет для удовольствия, получает удовольствие. Рассуждать о том, есть ли у таких типов пове-

дения, как игра, цель, или нет, в данном случае не продуктивно. Они безусловно осмысленны. Я буду называть осмысленным такое поведение, в котором субъекту известна идеальная (собственно смысловая) связь между поведением и чем-то еще: почему или зачем он это делает. Когда он играет на пианино, его поведение осмысленно, и этого достаточно.

Осмысленность поведения бывает общая и частная. В частных случаях смыслы будут разные: смысл игры на пианино, смысл решения научной задачи, смысл игры в бисер, смысл буддийского просветления... Частный смысл в нашей области, скажем, смысл гебефренического поведения, нужно искать в каждом случае особо. Общий же смысл любого осмысленного поведения заключается в том, что субъекту известно нечто об этом поведении, он производит его с неким внутренним пониманием. Или это цель, или причина, или, в некоторых особых случаях, даже полное отсутствие причины и цели может быть важным смыслом поведения (это касается определенных отрешенных состояний, медитаций и т.п.). Это поведение обычно некоторым образом связано с историей субъекта, поскольку именно на основании своей истории субъект строит свое понимание. Смысл всегда наличествует именно в виде данной субъекту связи.

Теперь рассмотрим наш центральный вопрос — каково соотношение между свободными действиями и осмысленными действиями?

Прежде всего, если мы возьмем совершенно несвободные действия, то есть такие, которые совершаются вообще не субъектом, а сами собой происходят в его организме, например, работу ЖКТ, такие действия не являются осмысленными, поскольку нет субъекта, который их совершает. Тут не следует допускать интерференции со значением «смысл как цель или как польза». Если человек совершает рефлекторное движение, например, трясет обожженной рукой, то это действие несет какой-то биологический смысл, какую-то биологическую пользу, но с точки зрения философии смысла в нем нет, потому что его совершает вообще не субъект, а его организм.

На другом полюсе, максимума свободы, находится также и максимум смысла. Абсолютно свободные действия требуют полного участия в них субъекта именно как субъекта,

требуют его решения, его понимания. Как было сказано выше, тема эта интересная, но не психиатрическая.

Что нам важно в соотношении свободы и осмысленности, так это то, что они возрастают не пропорционально. Абсолютно несвободные действия абсолютно бессмысленны, но при даже небольшом появлении свободы осмысленность возрастает резко, потому что малосвободные действия обычно очень сильно мотивированы. Например, рассмотрим малосвободное действие: пищевое поведение при сильном голоде. Или сексуальные действия при определенном уровне внутреннего возбуждения. Субъект не задействует тут глубокие когнитивные способности, его действия нельзя назвать серьезно продуманными. Но он действует с сильной вовлеченностью, которая пропорциональна внутреннему состоянию организма (голод). За счет этого субъективное переживание осмысленности действия здесь велико. Субъект очень хорошо понимает, что он делает, зачем или почему.

Таким образом, прямая уровней свободы возрастает как прямая, а кривая субъективной осмысленности, если можно так выразиться, возрастает очень сильно вначале, а затем ее скорость возрастания уменьшается, хотя в далекой точке абсолютной свободы эти два графика опять встречаются. Разумеется, такой наглядный график — это недопустимо грубое упрощение, потому что смысл разных действий имеет слишком разную природу. Одно дело переживание сильно каузально обусловленного действия по удовлетворению голода. Совсем другое дело — решение шахматной задачи или медитация. Эти два типа осмысленности невозможно даже сравнивать, настолько они различны. Но в общем определении смысла это одно и то же: данное субъекту (= конституируемое субъектом) понимание его поведения.

Возвращаясь теперь к проблеме наследования поведения, мы можем сделать следующий вывод. Чтобы поведение наследовалось, оно должно быть не свободным. Такое поведение имеется, имеется даже целая градация уровней свободы поведения. Чтобы поведение представляло интерес с точки зрения психиатрии, оно должно быть осмысленным, то есть должно наличествовать понимание субъектом своего поведения. Имеются такие виды поведения, которые являются одновременно малосвободными и высокоосмысленными. Чтобы

поведение было таким, оно должно соответствовать некоторой сильной мотивации, некоторому эмоциональному фону, в который субъект должен быть сильно вовлечен. Пример из обычной жизни — пищевое поведение при сильном голоде. Примеры из психиатрии — шизоидное, гебефреническое поведение и т.п.

Теперь мы можем поставить вопрос: что наследуется, когда наследуется некая патологическая поведенческая стратегия? Насколько я понимаю, тут имеются три варианта.

1. Патологическая поведенческая стратегия является необычным ответом на такой эмоциональный фон, который сам по себе обычен, но у здоровых людей вызывает другие поведенческие ответы. Например, шизофрения — это патологический ответ на переживание страха, само по себе обычное. Тогда следует предположить, что наследуется только поведенческая стратегия (в этом нет ничего принципиально невозможного, особенно если в ней удастся выделить некое зерно, какую-то центральную главную стратегию). Примеров такого наследования поведенческих стратегий «самих по себе» — очень много, например, по такому принципу наследуется темперамент. Мы часто имеем возможность наблюдать, как на одну и ту же ситуацию люди тихого темперамента не реагируют, а люди бурного темперамента реагируют интенсивно. При этом совсем не обязательно их внутренние состояния так уж сильно различаются. Думать, что у людей бурного темперамента непременно бурные эмоции — психологическая ошибка (хотя они и сами могут ее делать, приписывая себе основания для своего поведения задним числом, посредством рационализации). Весьма часто темперамент не есть способ переживания, а именно способ себя вести, а переживание при этом может быть такое же, как у других людей. И, следовательно, мы можем сказать, что в наследовании темперамента наследуется именно способ себя вести, а не способ переживания.

2. Патологическая поведенческая стратегия является нормальным ответом на какой-то необычный эмоциональный фон, какое-то необычное переживание. Предполагается, что у здоровых людей таких переживаний не бывает, но появление такого переживания у здорового человека, например, при искусственном принятии веществ, приведет к появле-

нию такого же поведения, как у больных. Тогда наследуется склонность именно к переживанию. Этот вариант проще, чем первый, к тому же, кажется, подтверждается некоторыми экспериментами с веществами.

3. Патологическая поведенческая стратегия является патологическим ответом на патологическое переживание. Это наиболее сложный вариант, но в нем тоже нет ничего невозможного. Скажем, одно и то же химическое вещество может регулировать в мозге и определенный тип переживаний, и определенный тип поведения. Это более вероятно, чем кажется на первый взгляд.

Конечно, возможен и такой вариант, что патологическая поведенческая стратегия возникает без особых внутренних переживаний, сама собой. Можно ли тогда назвать такое поведение осмысленным и хотя бы немного свободным? Свободным, видимо, да, а осмысленным, мне кажется, нет, но я в этом не уверена. Точнее говоря, теоретически оно может быть осмысленным, в том случае, если основой поведения являются не переживания, а, скажем, идеи. Это, разумеется, осмысленное поведение, причем, согласно логике, изложенной в пункте о свободном поведении, такое поведение, конечно, более свободно, чем основанное на переживаниях. Сообразно этому оно будет и менее наследуемо, то есть это будет не очень подходить к психиатрической ситуации, но только в том случае, если мы считаем, что идеи не могут наследоваться, не могут быть врожденными и т.п. Мы обычно считаем именно так. Обычно психиатр предполагает, что идея «меня преследуют» является следствием предварительного переживания страха. Но, может быть, происходит прямое наследование идеи «меня преследуют»? Это мало вероятно, но не совсем исключено. Тогда наследование патологической поведенческой стратегии будет основано на наследовании патологических идей. Этот вариант мне кажется экзотическим, и я его рассматривать не буду.

3.4. *Отсутствие опыта психической болезни*

Сейчас я хочу написать одну вещь, которая известна скорее из опыта, нежели из рассуждений, но которая кажется мне важной с точки зрения понимания существа психической болезни: *не существует опыта психической болезни для субъекта.*

Слово «опыт» многозначно (в науке это может быть эксперимент, в аналитической философии субъекта — то, что субъект воспринимает, в философии Канта или Гуссерля опыт конституируется самим субъектом). Под опытом я буду понимать опыт не в этих значениях слова, а еще в одном: как опытность, как слово опыт употреблено в словосочетании «опытный мастер». Но что такое опытность?

Опытного мастера от неопытного легче всего отличить прагматически: первый работает качественнее, быстрее и затрачивает меньше сил. Но чтобы иметь возможность использовать такое прагматическое определение, всегда должен быть еще опытный наблюдатель. Давайте скажем, что опытность — это вид знания, которое приобретается в процессе повторяющейся деятельности. Обычно это умение, то есть «знание-как», но может быть и «знание-что»: например, опытные доктора быстрее ставят диагноз, чем неопытные.

Что такое опытность, очень хорошо известно из обыденной жизни. Например, человек, переживший неудачный брак, приобретает опыт, в котором много составляющих: и воспоминания о собственных ошибках, и о несбывшихся надеждах, и о неожиданных разочарованиях, и, возможно, какие-то несправедливые и необоснованные обобщения. Но главный аспект этого опыта — практический, это приобретенная осторожность, недоверчивость, умение различать иллюзии и реальность. Это был пример явно обогащающего опытом события, но и повседневная жизнь так же является источником опыта.

Особенно важен тот опыт, который следует за собственными действиями субъекта.

Здесь следует остановиться и задать вопрос об активном и пассивном приобретении знания.

Пассивное и активное знание

Одиноким субъектом получает знание двумя принципиально разными способами. Способ первый мы назовем деятельностным или активным. Структура познания тут выглядит так: 1) субъект совершил некоторое действие — 2) что-то произошло — 3) субъект познал нечто о мире. Второй способ, его можно назвать созерцательным, характеризуется тем, что субъект ничего не делает. Нечто просто происходит в перцептивном поле субъекта. Чтобы это стало знанием субъек-

та, это должно привлечь его внимание. Если так, то он становится пассивным наблюдателем и тоже приобретает знание. Второй тип знания приобретается пассивно. Более того, субъект мог хотеть его приобрести (тогда его можно назвать «наблюдение»), а мог совсем не собираться его приобретать.

Надо сказать, что в современной эпистемологии преобладает точка зрения, что любое познание может быть только деятельностным. В категоричной форме его выразил Поппер в статье «Эволюционная эпистемология»:

Это эксперимент с активным и пассивным котятками. Эти два котенка связаны так, что активный котенок двигает пассивного в колясочке в том же самом окружении, в котором перемещается сам. В результате пассивный котенок с очень высокой степенью приближения получает те же самые восприятия, что и активный котенок. Однако проведенные после этого тесты показывают, что активный котенок многому научился, в то время как пассивный не научился ничему. [Поппер, 2000, с. 57]

Мы можем согласиться с Поппером, что, действительно, активный тип познания эффективнее пассивного. Однако я хочу продемонстрировать в данном пункте, что сказать, что пассивного познания вовсе нет — «пассивный котенок не научился ничему» — неверно.

Разделение на активное и пассивное познание у Поппера очень резкое. Грубо говоря, можно сказать: если ты что-то сделал и потом наблюдал результат, то это познание активное, а если ты ничего не делал, а что-то само собой произошло, и ты наблюдал результат, то это познание пассивное, причем, по Попперу, его просто нет («пассивный котенок не научился ничему»).

К такой формулировке можно привести множество контрпримеров. День сменяется ночью. При грозе вслед за молнией гремит гром. Это знают все, хотя никто никогда ничего не делал, чтобы это было.

Формулировку можно сделать более тонкой. Когда субъект каким-то образом перерабатывает любую свою деятельность, в том числе созерцательную, в знание, выраженное символическим образом (слова, рисунки и т.п.), то это активное познание. Если нечто просто отпечатывается у него в памяти, то это пассивное познание. Но, опять, мы не можем сказать, что этого нет. Многие, например, помнят свои

сны. Просмотр сновидения не является активной деятельностью, и в символическую форму сон тоже не переводится, он помнится как есть, картинами. И вообще можно запомнить какую-то картину, никак это знание не перерабатывая, но оно от этого не перестает быть знанием.

Явное отличие этих двух типов знания состоит в том, что пассивное знание нельзя никуда употребить. Видимо, именно в этом смысле Поппер говорит «Котенок не научился ничему»: он ничего не продемонстрировал. Естественный процесс получения настоящего, активного знания — это обучение, а обучение предполагает деятельность. (Здесь надо забыть о современных углубленных школах-гимназиях, где изучается интегрирование, история на уровне вуза и т.п.) Исходный, собственный смысл обучения — это научиться жить в мире, а для этого надо прежде всего знать последствия своих действий. Что будет, если прикоснуться к огню? Что будет, если метнуть копьё вот так? Как нужно приветствовать другого человека, о чем допустимо говорить с другими? Все это познается на практике, методом проб и ошибок — большая часть в детстве, но деятельностное познание продолжается в течение всей жизни.

Деятельностная познавательная способность дает более глубокое и всестороннее познание, чем пассивная, потому что в деятельности мы разнообразно воздействуем на познаваемое, мы можем осуществлять регулируемые и тонкие изменения. Именно благодаря этой способности мы получаем настоящий опыт своего бытия в мире, благодаря ей мы имеем всегдашнее предпонимание мира, благодаря ей мир никогда не является нам чужим: мы всегда знаем что-то о своих прошлых действиях в нем и как он на них отзывался. Опыт последствий наших действий — это и есть опыт нашего бытия.

Можно предположить, что активно приобретается то знание, которое востребовано для деятельности, однако это не так. Стремление приобретать знания, совершенно не нужные ни для какой деятельности, известно всем под названием «любопытство». Аристотель начал свою «Метафизику» словами «Все люди от природы стремятся к знанию», а затем пояснил, что не всякое знание достойно того, чтобы к нему стремиться.

Однако вряд ли я ошибусь, если скажу, что знание, приобретаемое в деятельности и важное для нее, приобретается особенно активно.

Что касается пассивно приобретаемого знания, оно по определению приобретается не для деятельности. Хотя позже можно его туда приспособить, но для этого нужны догадки и озарения, столь трудные мыслительные процедуры, что проще приобрести новое знание обычным, активным образом.

Эти два рода знания в реальном бытии субъекта не разделены, одно переходит в другое, хотя имеются отчетливые периоды преобладания одного из типов. Как я уже сказала, сновидение — отчетливое преобладание пассивного познания. В общем-то, просмотр кинофильма — тоже, хотя это касается далеко не любых фильмов. А вот поиск, предположим дома по адресу — это типичное активное познание. Пассивно мы при этом тоже что-то воспринимаем (идем от дома к дому, смотрим номера, а мимо проезжают машины), но это настолько неважно, что вряд ли мы потом вспомним, каких марок были эти машины. Впрочем, некоторые вспоминают. Говорят, что под гипнозом вспомнят вообще все, потому что познавательная способность нашего ума никогда не отключается.

Главный признак активного познания, на который указал еще Поппер — в нем можно сделать ошибку. Нельзя ошибиться, смотря сон. А ошибиться в поисках дома можно.

Еще один аспект опыта — опыт мысли. Здесь опять нужно сказать несколько вводных слов. Является ли мысль деятельностью, которая обладает собственной автономией и собственными законами, или мысль — это следствие (например, в самом простом случае — отражение) практической, вне-мысленной деятельности? По-видимому, имеются довольно веские аргументы и за первую, и за вторую точку зрения. Если бы мысль была автономной деятельностью, мы вряд ли могли бы накапливать адекватный опыт практических действий в мире: этот опыт подчинялся бы не познаваемым законам мира, а законам деятельности мысли. Если бы мысль была вторична по отношению к практическим действиям, мы вряд ли имели бы способность свободы, творчества, рождения гипотез и даже такой обычной вещи, как рефлексия. Все это вопросы, которые нужно разбирать отдельно. Сейчас я буду считать мысль видом деятельности. Пусть это будет постулат, достаточное обоснование которого в рамках данной работы невозможно.

Поскольку мысль есть вид деятельности, и состоит она из отдельных действий, а именно мыслей, она подлежит такой же переработке в опыт, как и любая другая деятельность. Соответственно, над первичной мыследеятельностью надстраивается познавательная способность, известная как рефлексия, также разумеется мыслительная, причем, я полагаю, она надстраивается в обоих своих видах: и как пассивная познавательная способность, и как активная познавательная способность. То и другое — это виды рефлексии, и мы их обычно, конечно, не различаем.

Однако та тонкая вещь, которую я хочу сказать относительно психической болезни, заключается в том, что во время психических отклонений, грубо говоря, работает только пассивная познавательная способность, а деятельность — не работает.

Мы видели уже, что активная познавательная способность тесно связана с собственными нашими действиями. Для этого наши действия должны быть произвольными. Для непроизвольных действий она ведь просто бесполезна: ее дело — осуществлять обучение, а что толку учиться тому, что делаю не я? Поэтому деятельность познавательная способность по определению познает произвольные действия.

Можно ли сказать про действия мысли, что они произвольны? Это сводится к вопросу, который я уже называла: автономна или нет мыследеятельность? Да, я считаю, что свободные действия мысли определены есть (более подробно я писала об этом в [Косилова, 2010]). В нашем контексте сейчас достаточно говорить даже не о свободе, а только о спонтанности. Имеются спонтанные мысли, они являются произвольными действиями. И у этих действий мысли имеется и результат, а именно некоторые другие мысли, которые из них следуют, уже не свободно, а по законам логики, или ассоциаций, в общем, непроизвольно. Эти вторые могут быть и ценные, и нет, и правильные, и нет. Соответственно действиям оценивается и полезность и правильность самого действия, то есть первой, спонтанной мысли.

Что означает опыт мысли, который накапливается в результате работы этой рефлексивной познавательной способности? По-видимому, не будет большим упрощением сказать, что благодаря этому опыту мы знаем, что думать, а что нет. Правда, каким образом происходит внутреннее управление мыслями — эта тема в когнитивистике еще совершенно не

разработана и перспектив, если не ошибаюсь, не просматривается. Но мы можем довольно уверенно постулировать, что это так, просто из опыта собственного мышления. Имеется достаточно оснований предполагать, что ум перебирает в единицу времени очень много мыслей, гораздо — наверное, на порядки — больше, чем доходит до сознания. Скорее всего, именно рефлексивная познавательная способность играет тут роль цензуры, отсеивая полезные мысли от остальных, составляющих мысленный шум. Я полагаю, что те из возникающих мыслей, которые не настолько релевантны, чтобы пройти одобрение цензурой и попасть в сознание, но и не настолько нерелевантны, чтобы быть совсем отсеянными, составляют то, что Гуссерль назвал горизонтом сознания: тот факт, что мы как бы всегда скрыто думаем больше того, что думаем явно; всегда вместе с предметом знаем о нем очень многое, чего непосредственно не видим; что всегда наличествует одна явная мысль и бесконечная сфера потенциальных, связанных с ней. Думаем мы или не думаем те мысли, которые «полупрошли» цензуру, которые составляют горизонт сознательной мысли? Скорее думаем, чем нет, хотя сейчас этот вопрос мы подробно рассматривать не будем.

Итак, про опыт мысли, который появляется в результате рефлексивной и деятельностной познавательной способности, следует сказать, что благодаря ему мы некоторым образом управляем своими мыслями и наша мыследеятельность не является совсем автономной от внешних задач. Мы можем направить мысли, можем заставить себя думать что-то о чем-то. Эта способность является дополнительной к способности мысленной спонтанности. И без той, и без другой полезных мыслей быть не может. И я еще раз повторю, что эта способность деятельностная, поэтому она применима только к тем мыслям, которые являются свободными, спонтанными.

Теперь становится ясна та первая посылка, с которой я начала этот пункт: не существует опыта психической болезни. То болезненное состояния сознания и мышления, в котором пребывает больной психической болезнью не перерабатывается в опыт. Это мыследеятельность, но остающаяся для субъекта бесполезной, даже несмотря на то, что в ней иногда попадают очень ценные элементы. Ее опыт не накапливается и не обрабатывается. Психическая болезнь не допускает ни критичности, ни мудрости.

И мы теперь можем предположить, почему это происходит: потому что она не является по-настоящему спонтанной, она не является полностью исходящей от субъекта. Я выше уже говорила, что не свои действия не имеет смысла деятельностно познавать — зачем, если ими не пользуешься произвольно? Поскольку не работает только деятельностная рефлексивная способность, а пассивная рефлексивная способность работает как обычно, любой находящийся в сознании психически больной, разумеется, знает, что он думает. Если ему случается выйти из болезненного состояния, он помнит, что с ним было. Но это бесполезное знание, из которого ничего не следует в опыте дальнейших мыслей, дальнейшего бытия. Хотя учитывать он его, конечно, может, как нечто от него не зависящее, а происходящее помимо него.

Из вышеизложенных соображений следует вопрос, вся ли мыслительная деятельность психически больных людей является не свободной и, соответственно, недоступной переработке в опыт. И если не вся (а конечно не вся), то что мы можем сказать о той ее части, которая остается свободной? Что вообще можно сказать о мышлении при психических болезнях: в какой мере оно является свободным и продуктивным, то есть собственно мышлением? От чего оно зависит и к чему оно стремится?

Далее я постараюсь рассмотреть этот и близкие вопросы на примере аутизма и шизофрении.

3.5. Измененные состояния сознания

Что такое измененное состояние сознания? (ИСС). Варианты, конечно, могут быть всякие. Чего мы здесь не будем рассматривать, так это результаты употребления наркотиков, хотя сразу приведем пример, что не является измененным состоянием сознания: употребление алкоголя. Чувство эйфории, возникающее при этом, я думаю, всем знакомо, и нам даже кажется, что меняется мир, он становится как бы лучше, более приемлемый. Но это эмоциональные изменения. Наше состояние сознания устроено так, чтобы быть устойчивым к ним. Я не сомневаюсь, что и в горе я — та же, что и всегда, и мир — тот же, что всегда, и в радости я — та же, что всегда, и мир тот же, что всегда, в конечном счете. Ни в том ни в другом случае мир не изменяется в аспекте его неожиданности. И мы сами

не изменяемся в аспекте своей неожиданности. Может быть, мы и не можем управлять собой, даже совершаем странные действия, но подспудно не сомневаемся, что их совершили мы. Поведение, самоописание, проекты, мировоззрение — все это может меняться в горе и радости, а тем более в их болезненных случаях, депрессии и эйфории. Но определенная глубинная константа не меняется. Именно поэтому МДП обычно не называют в числе тяжелых психозов, затрагивающих разум.

Как и все неизменное, мы не замечаем глубинную константу нашего Я, не знаем, что она есть. Она становится заметной только когда меняется. И названия у нее нет. Поэтому я предлагаю называть ее состоянием сознания.

Измененным состоянием сознания посвящено определенное количество литературы у нас в стране [Данилин, 2001; Дремов, Семин, 2001; Спивак, 2000]. За рубежом ее гораздо больше. Однако прежде чем указать на тривиальный факт, что при психических заболеваниях состояние сознания иногда меняется, мне хотелось бы порассуждать о том, что такое вообще «состояние сознания».

Из чего состоит состояние сознания? Здесь сразу надо сказать, что трудно быть уверенным в ответе на этот вопрос, потому что хорошее внутреннее понимание состояния сознания возможно только в том случае, если состояние сознания меняется или менялось, то есть у людей, которые испытывали ИСС. Однако опыт частого ИСС, а тем более постоянных изменений состояний сознания, совершенно несовместим с внятным рассказом об этом опыте [Спивак, 2000].

Сейчас я хочу сказать несколько слов о внятных рассказах.

Отступление: рациональная речь

Каковы глубокие основания для того, чтобы говорить? Ну, прежде всего, это потребности. Ребенок хочет игрушку, взрослый хочет любви. Это пример внешней речи, речи как инструмента. В принципе, такая речь заменяема жестами. Кроме того, она может быть метафорической. Во-вторых, важнейший стимул появления речи у ребенка — для общения со взрослыми. Тут он подражает речи взрослых, но вообще-то это не полное подражание. Взрослые обычно говорят с ребенком на его языке. В-третьих, еще одна функция речи — для планировки действий. Такая речь может быть очень свернутой и никому не понятной, кроме самого субъекта.

Однако нас сейчас интересует не внешняя речь, а речь для самоописания. В каком случае она может появиться? Только в том случае, когда самоописание становится насущно необходимо для субъекта. В-первых, это когда он болен. Либо у него проблемы. Ему надо объяснить другим, что с ним, чтобы ему помогли. Во-вторых, это как раз когда изменяется состояние сознания. Тогда происходит связанное с этим изменение мира, самого себя, времени, прошлого, будущего, множества значимых интерпретаций. Обо всем этом субъект хочет сказать, он даже чувствует себя должным сказать. Для самого себя, для окружающих, для интериоризованного внутреннего взгляда — это неважно. И вот тогда возможна речь для самоописания измененного состояния сознания.

Есть еще важнейший аспект речи у ребенка (а у взрослых это внутренняя речь): описание своих фантазий. Зачем об этом говорить? Может быть, чтобы поделиться со взрослыми, а если фантазирует взрослый — то с теми Другими, которым он доверяет. Или вообще фантазии опираются на речь, она им помогает развиваться. Это не обязательно, фантазии могут обходиться и без речи, но в то же время речь — мощный инструмент, она вполне может помогать в том числе и фантазиям.

При всем этом, о чем было сказано выше, говорит ли человек рационально? Под рациональной речью мы тут понимаем такую, которая а) понятна среднему Другому, причем этот средний Другой должен обладать определенным обязательным отсутствием воображения. Это важное требование, им, кстати, проникнута вся репрессивная психиатрия: если для понимания речи требуется воображение, причем без гарантии, что это такое воображение, которое нужно — то речь нерациональна. Кроме того, б) рациональная речь всегда подчиняется некоторому минимуму синтаксических правил языка (предложения состоят из подлежащего и сказуемого, слова согласованы друг с другом). Она также в) семантически связана, но определение семантической связности дать крайне трудно, и тут лучше всего вернуться к первому критерию, прагматическому: понятности для среднего Другого.

Так вот, является ли рациональной исходная, собственная речь субъекта?

Чтобы понять, почему ответ на этот вопрос отрицательный, нужно рассмотреть, откуда берется привычная нам ра-

циональная речь. И по большей части, я думаю, ей учат в школе. Конечно, учат не только в школе, поскольку прошедшие школу окружающие тоже умеют так говорить и учат этому. Чтобы говорить с окружающими на их языке, мы все умеем говорить рационально. Более того, говорить рационально оказывается проще, чем говорить нерационально, и мы со временем переходим на этот простой и понятный способ речи. Поэты позже, ученые раньше. Но тут не нужно обманываться: исходный способ речи был иной.

Исходная речь субъекта не рациональна. Она состоит из императивов, приблизительных эпитетов, метафор, фантазийных образов. Впрочем, было бы ошибкой это абсолютизировать. Иногда доводится видеть, как совсем маленькие дети, которые только недавно овладели языком и явно еще не овладели правилами бесед со средними Другими, рассуждают сами с собой, и делают это на совершенно рациональной речи, просто образцово рациональной. Так что способности к ней, видимо, заложены в нас генетически в большей мере, чем это кажется [Пинкер, 2004]. Однако все же речь идет о редком явлении.

К тому же, излишне даже специально упоминать, что конечно нерациональная речь может дать намного больше возможностей выражения, чем рациональная. Ведь рациональная речь непременно понятна для среднего Другого (не обладающего воображением). Множество смыслов будут тут урезаны. Множество новой интересной информации придется опустить. Вот если бы можно было говорить для идеального Другого!

Итак, исходная речь нерациональна (и память о ней остается в глубинах существа субъекта, даже когда он полностью переходит на рациональную речь), но поскольку почти все мы друг для друга — средние Другие, мы обучаемся говорить рациональной речью и в конце концов находим это удобным и естественным.

Это было о рациональной и нерациональной речи, а теперь вернемся к вопросу о состояниях сознания.

Состояние сознания — не то же, что сознание вообще. Состояние сознания может меняться. И надо сразу сказать, что это происходит очень редко.

Иногда доводится встречать в литературе расширительное толкование ИСС, основанное на известной цитате из У. Джем-

са о том, что альтернативные состояния сознания всегда находятся за тонкой перегородкой, а сознание вообще представляет собой поток. Тогда буквально любое изменение в этом потоке (посмотрел за окно — что-то вспомнил — посмотрел в другую сторону — уже забыл) называются изменением сознания. Такое расширительное толкование разумеется возможно, но оно не даст ничего интересного, особенно в психиатрическом контексте, где можно встретить фундаментальнейшие изменения сознания. Их я и буду далее называть ИСС.

Есть люди, они называются «с устойчивой психикой», которые вообще никогда не испытывали ИСС. Многие другие испытывали ИСС при условии приема веществ. В этом направлении действует ЛСД, производные мескалина, которые сыграли такую благотворную вещь с Кастанедой, лекарства типа циклодола, а также многие другие, которые зачастую и не считаются миметиками. Любое средство может подействовать атипично: например, однажды у меня произошла просто катастрофическая вещь с сознанием (слава Богу, не долгая) после приема одного снотворного, а в другой раз — не такая катастрофическая, но более долгая после приема церукала, который вообще-то предназначен для снятия тошноты. В-третьих, состояние сознания иногда меняется при воздействии неожиданных событий. Особенно эффективно в этом смысле изменение режима сна. Долгая депривация сна, пробуждение в неподходящий момент, даже сон в непривычное время может вызвать некоторое ИСС у людей с неустойчивой психикой. Разумеется, обычно это не сильные ИСС. Наконец, в-четвертых, есть люди, у которых состояние сознания меняется без связи с внешними воздействиями. Иногда это не очень сильные ИСС, тогда они проходят незамеченными для окружающих. Если сильные, то такие люди могут быть названы страдающими психическим отклонением.

Давайте нарисует отдаленную аналогию, что состояние сознания подобно некоему параметру, например, температуре тела или артериальному давлению, который вообще-то имеет некоторый «нормальный» уровень и в этом случае субъективно никак не замечается. Для температуры тела это 36,6, для давления — 120/80. Если отклонение незначительно, оно не замечается. Кроме того, у некоторых людей и нормальные цифры другие. Например, много людей живут с нормальным давлением 90/60, и для них 120/80 — это повы-

шение. Если человек долгое время жил с нормальным давлением 90/60, то он не замечал его, когда же у него повысилось давление до 120/80, то он это сразу заметил. Но если теперь 120/80 закрепилось и стало его постоянным давлением, то он снова перестал его замечать, и так до следующего повышения. Что означает, что человек не замечает своего давления? Ну, помимо прямого значения слов — не замечает — это еще означает, что он строит проекты своего существования в мире, даже такие простые, как, скажем, проекты движения тела. Этот человек также специфически ориентирован по отношению к собственному прошлому. Он что-то помнит из него, а что-то не помнит. Он также свойственным ему образом общается с другими людьми, с предметами и т.п.

Но если давление у него изменяется, особенно если он ощущает это изменение как сильное и болезненное, то привычное состояние прерывается. Этот человек уже не строит проектов, даже таких, как движение тела: у него кружится голова, он ложится. Более сложные проекты также нарушены, если приходится лежать. Его прошлое также меняется: он вспоминает из прошлого то, что раньше не вспоминал, и забывает то, что помнил. Он по-другому общается с людьми: он вызывает врачей и говорит о своей болезни. Правда, на этом аналогия между давлением и состоянием сознания кончается. Галлюцинации у него не появляются, по окончании приступа все забывается без следа (до следующего приступа, понятно).

Вообще наиболее глубокая и непосредственная связь у сознания со временем. На ее примере легче всего говорить о сознании. Мы опираемся на течение времени, как на чувство своей жизни. Кроме того, время — это переменная неизменности мира. Мир, конечно, не совершенно неизменен, но он неизменен в некотором своем базисе. При переходе от каждого предыдущего момента к каждому следующему большая часть мира вообще не меняется, остальная меняется, но большая часть ее — предсказуемо. И лишь незначительная часть мира меняется неожиданно, и то мы всегда задним числом подбираем объяснения, не даром в рассудке у нас есть априорная категория причинности.

Но почему мы ощущаем мир как фундаментально неизменный? Не будет ли ответ «потому что он и есть неизменный на самом деле» наивным? Я полагаю, тут та же ситуация,

что была описана выше с состояниями дереализации и деперсонализации. Мир кажется нам постоянным, потому что у нас неизменное состояние сознания, неизменно чувство течения жизни и времени. Если состояние сознания меняется, это сразу же проецируется в кажущееся изменение мира.

Теперь основной вопрос: что меняется, когда меняется состояние сознания? Как это можно объяснить хотя бы приблизительно? И прежде всего надо сказать: меняется одновременно что-то в себе и что-то в мире. Это всегда происходит параллельно, это одно и то же изменение.

Я бы сказала, что прежде всего меняется ожидание изменений мира. Соответственно, в себе меняется отношение ко времени. Время перестает течь своим обычным течением, которое можно охарактеризовать как неизменное и надежное. Могут ощущаться колебания времени, развилки, наступление в каждый момент нового времени. Последнее, боюсь — формула тяжелого психоза, но, скажем, в момент каждой новой мысли может наступать новое время, так что предыдущая мысль не имеет к нему отношения, и востребуется следующая. Пропадает непрерывность Я. Нельзя сказать, что пропадает само Я, потому что Я — очень сложная структура, в ней задействовано и глубинное ощущение своего бытия, и более поверхностные чувственные ощущения, и еще более поверхностная рефлексия, и совсем поверхностные самоидентификации. Поверхностные вещи при ИСС пропадают совершенно, и это даже не надо специально объяснять, это очевидно. Более глубинные остаются, но каким-то образом меняются. Каким — сказать нельзя, слова тут отсутствуют. Мы вступаем в область неинтерсубъективного опыта, для передачи которого нет, так сказать, наработанных языковых игр.

Это, конечно, субъективные события, однако их достоверность для субъекта стопроцентная, так что он вынужден постоянно адаптироваться к внутренним изменениям. Его, говоря языком биологов, ориентировочная реакция, которая у всех в норме направлена вовне, направлена вовнутрь, поскольку оттуда идет сигнал об изменениях, о том, что там что-то происходит. Аутизм больных шизофренией — это, если я хоть что-то понимаю, очень часто просто вынужденная развернутость вовнутрь, поскольку там идут события. Они отвлекают на себя все внимание (подобно, скажем, сильной боли, которая тоже делает человека аутичным).

Как можно охарактеризовать внутренние события при ИСС? Обычное событие — это то, что обновляет смыслы. Я более подробно напишу об этом ниже, в главе про аутизм, где проанализирую фразу Ф. Гиренка «События обесмысливают смыслы. Смыслы лишают события состава событийности». Здесь мы можем сказать, что внутренние события лишены смыслов, поскольку смыслы имеют только внешние для сознания вещи, только интенциональные предметы. Состояние сознания не может быть интенциональным предметом для самого сознания.

Давайте скажем, что состояние сознания — это что-то вроде *условия смыслополагания*. Смыслополагание происходит всегда с чем-то, что находится вовне от субъекта. Смыслом может обладать слово, ситуация и т.п. Состояние сознания не обладает смыслом, но оно является условием смыслополагания, то есть это нечто трансцендентальное, в кантовском смысле слова.

И теперь нас не должно удивлять, что когда состояние сознания меняется, изменяется смыслополагание, то есть меняются все смыслы, меняется то, как человек о них думает.

В некоторых случаях это не психическая болезнь, но часто такое бывает при психических болезнях

Когда изменение условий смыслополагания, так сказать, одноразовое, тогда мы скорее будем иметь параноидальную версию психоза: условия смыслополагания изменились, следовательно, изменились и возможные смыслы. Пока их еще нет, это будет так называемое бредовое настроение. Затем они конституируются, наступает картина бреда. Почему они конституируются почти всегда вокруг идеи преследования, этого в данном случае мы сказать не можем.

Чаще изменение состояния сознания колебательное или просто какое-то неустойчивое, тогда условия смыслополагания все время меняются, и конституировать постоянные смыслы вообще невозможно. Тут мы имеем разорванность сознания и не непрерывное внутреннее время. Нас не должно удивлять, конечно, что при таком внутреннем состоянии человеку не до того, что происходит вокруг, поэтому он находится в состоянии шизофренического аутизма.

Теперь мне хотелось бы провести связь между тем, что мы видим здесь как ИСС, и тем, о чем пишут Делез и Гваттари в книге «Капитализм и шизофрения», об отношении между шизофренией и множественностью. Вот одна из цитат:

«... важное клиническое открытие — открытие того, что задает полное стилистическое различие между неврозом и психозом. Например, когда Сальвадор Дали пытается воспроизвести бред, он может долго говорить об ЭТОМ роге носорога, и все же он не выходит за пределы невропатического дискурса. Но когда он начинает сравнивать мурашки на коже с полем маленьких носорожьих рогов, мы явно чувствуем, что атмосфера меняется и что мы входим в безумие» [Делез, Гваттари, 2010, с. 47]. Здесь и далее Делез и Гваттари пишут, что мир шизофреника окружен множественностью и становлением. Становлением — понятно почему, потому что при неустойчивом ИСС смыслы все время меняются. Но почему множественностью? Здесь должна быть связь. Причем множественность галлюцинаций характерна ведь не только для шизофрении. В отечественных стационарах не менее часто встречается алкогольный делирий, и для него тоже характерны галлюцинации множества маленьких существ. То есть множественность появляется при многих нарушениях сознания. Делез и Гваттари объясняют это примерно так, что для человека естественно находиться в стае себе подобных, среди многих одинаковых предметов и т.п. Однако, насколько я поняла, далее наступает что-то вроде специфического для цивилизованного сознания переизбытка конституирования смыслов. Этот переизбыток конституирования начинается с переизбытка общения. Человек всех людей обозначает как одно: это человек, то человек, все это вид человек. Все звезды — вид звезда, даже все духи — вид дух. Так начинается господство тотальности, о которой говорит Делез. Если все люди — это только лишь представители вида человек, то они и одинаковы, и взаимозаменяемы, и страшно подумать, какие тут могут быть тоталитарные и даже фашистские выводы (о чем пишет Фуко в предисловии к книге Делеза-Гваттари). Чтобы опознать множество различных экземпляров как элементы единого множества, сознание постоянно занято опознанием, распознаванием образов, непрерывным конституированием смысла, причем с избытком: я не только опознала этот стол как стол, но я еще и вижу его сходством с любым другим столом. Что-то в этом роде. Такой переизбыток конституирования, такая тотальность в смыслах требует взвинченной работы сознания. Сознание вынуждено быть полностью поглощенным ею. Все узнать, все распознать и во всем увидеть,

с чем оно связано общностью, сходством, тождеством, причинностью, прошлым опытом, замыслом Всевышнего, единой теорией поля и т.д. и т.п. Не удивительно, что отказ в смыслополагании первым делом разрушает это конституирование тотальности.

Однако что остается непонятно, так это почему у Делеза-Гваттари в бреде и в галлюцинациях появляются множественные, но при этом одинаковые объекты. Вот если бы появлялись множественные и разные, мы бы сказали, что сознание теперь конституирует смыслы случайно. Но Делез-Гваттари настаивает на множестве совершенно одинаковых. Клинические наблюдения над белой горячкой в основном тоже это подтверждают (но, кстати, не над шизофренией. Зрительные галлюцинации при шизофрении вообще вещь редкая, а вербальные — там обычно несколько голосов, но они не одинаковы, они даже иногда спорят между собой). Зато вот при аутизме постоянное повторение одного и того же очень типично, не в виде галлюцинаций, а в виде стереотипий, и тоже коррелирует с отсутствием смыслополагания.

Я тут вижу возможный ответ в том, что множество совершенно одинаковых элементов — это архетипически очень страшный образ. Ужас, который сознание испытывает перед множественностью одинакового, не зависит от того, какие именно это элементы. Делез далее упоминает множество гвоздей и т.п. Почему этот образ, множество одинаковых элементов, так страшен, я сказать не могу, могу только предположить, что сознание чувствует здесь некоторую безнадежность, собственное бессилие справиться с различием и распознаванием. Если же еще это множество бесконечно, то это для сознания полная безнадежность отыскания хоть какого-нибудь смысла. Вот почему материалисты всегда говорят о том, что вселенная бесконечна! Чтобы перечеркнуть искушение искать в ней смысл.

Впрочем, это уход от темы. Что касается ИСС, то мы можем заключить в данном случае только то, что при изменении условий смыслополагания изменяются и конституируемые сознанием смыслы. Само это событие, изменение состояния сознания, для сознания ощущается как непосредственно данное, но невыразимое. Если состояние сознания меняется не один раз, а как бы колеблется или плывет, что часто ощущается как разрывы внутреннего времени, то происходит естественная аутизация субъекта, поскольку он ощущает внутри

себя какие-то происходящие события, его ориентировочная реакция направлена на них, внутрь. Меняется также структура Я, причем для поверхностных частей этой структуры, таких как самоидентификации, изменение полное, они могут или пропасть, или конституироваться случайно и фантастически. Для глубоких структур, таких как отношение ко времени, изменения не такие сильные. Но для самого субъекта они могут полностью изменить привычный ему мир.

Закключение по первой части

Мы рассмотрели психиатрию как науку и как деятельность, нашли в ней специфику, в большой мере связанную с ее социальной ролью. Как наука психиатрия двойственна, есть физиологическая психиатрия, есть — психологическая (отчасти это деление совпадает с делением на «большую» и «малую» психиатрию). Как деятельность она подразделяется на три вида: два практических, государственная и коммерческая, и один теоретический — научная.

Мы также рассмотрели постоянную головную боль психиатрии, ее центральные проблемы: проблему нормы, проблему понимания субъекта (речь о психически больном субъекте), его свободы, осмысленности его действий, существа его переживаний, его поведения. Что касается нормы, то эту проблему мне иногда очень хочется назвать неразрешимой и на этом успокоиться. Но на самом деле выделяются два полюса: 1) биологически обусловленные и 2) культурно зависимые психические патологии. В случае биологических обусловленных патологий норма может быть определена достаточно убедительно. В случае культурно обусловленных — конечно, нет. Мы также видели, что в трех видах психиатрии как деятельности норма определяется по-разному: в государственной психиатрии это обычно биологические варианты или недовольство социума, в коммерческой — это запрос самого индивида на высокое качество его жизни. В научной психиатрии норма может быть статистической или зависеть от теории, в случае, например, экзистенциальной психотерапии.

Что касается понимания, то этот вопрос стоит двояко: можно понимать симптом или синдром (и синдромы имеет смысл делить на понимаемые и непонимаемые), а можно понимать больного человека. Насчет того, насколько разли-

чаются понимаемые и непонимаемые синдромы, единого мнения, вообще говоря, нет. Ясперс считал, что бредовый синдром или тем более галлюцинации нормальный человек понять не может ни при каком напряжении понимательной способности. Однако во второй части книги, когда речь пойдет о шизофрении, мы увидим, что Лэйнг показал, что даже галлюцинации, не говоря о бредовых идеях, можно понять! Правда, конечно, до сих пор понимание этих вещей остается доступным лишь, так сказать, избранным психиатрам, обладающим выдающимися способностями к пониманию. С пониманием больных субъектов дело обстоит примерно так же: невротика могут понять многие, страдающего галлюцинациями — почти никто. Как и показал в свое время Ясперс, проблема понимания человека напрямую связана с проблемой его свободы. Мы можем понять только то, что другой субъект делает свободно. То, что происходит с ним помимо его сознательного решения — а в случае психической болезни это, увы, многое — подлежит не пониманию, а изучению методами, например, этологии или социобиологии (ну и физиологии). Мы рассмотрели одну такую социобиологическую теорию относительно шизофрении, в которой формы шизофрении рассматривались как патологически вырожденные формы адаптивных эволюционных стратегий социума. Повторюсь, что так рассматривать можно только то, что наследуется, что является биологическим, и, следовательно, не является свободным для субъекта. Проблему свободы, которая тут встает, я предлагаю разрешить способом введения градуальности: от совсем несвободных действий через почти несвободные, скорее несвободные, средне свободные, скорее свободные, почти свободные до совсем свободных. В этом месте встает вопрос, насколько вообще бывают абсолютно свободные действия. Но мы не рассматриваем его в этой книге, потому что он не имеет отношения к психиатрии (а очень интересно было бы рассмотреть).

Наконец, в заключение я написала две главы, которые напрямую следуют из того, что в психической болезни имеются несвободные ментальные процессы: глава об отсутствии опыта психической болезни и об измененных состояниях сознания, в которых изменяются условия смыслополагания. Эта тема будет продолжена и во второй части, где речь пойдет о болезненных явлениях сознания на примере шизофрении и аутизма.

ЧАСТЬ 2. АНАЛИЗ ПСИХИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Теперь я хочу рассказать о шизофрении, аутизме и одной из форм психопатии, чтобы на этих примерах попытаться проиллюстрировать отношение психической болезни и нормы, а также возможности понимания необычного содержания душевной и умственной жизни других людей, не основанного на аналогии с собой и на прямой эмпатии.

1. Шизофрения*

Шизофрения — одно из самых интересных психических заболеваний (я надеюсь, позже станет понятно, почему), одно из самых распространенных, одно из наиболее активно изучаемых [Фритт, 2005; Леонгард, 2010 и др.]. И, как ни странно, не так просто ответить на вопрос «Что такое шизофрения?» Описать, скажем, эпилепсию или маниакально-депрессивное расстройство несравненно легче. Фактически, шизофрения — это единственная нозологическая единица, само существо которой состоит как бы в «отклонениях от разумности», и только, причем эти отклонения по видимости эндогенны, то есть их причина не ясна, а сам их характер — что именно в мыслях больного нарушено? — постигается как-то наполовину: нельзя сказать, что это совсем непонятно, но нельзя и сказать, что это полностью понятно. Шизофрения, с одной стороны, многолика — некоторые больные совершенно не похожи друг на друга — а с другой стороны во всех ее проявлениях явно нащупывается что-то общее (в то же время, хотя признание нозологической целостности шизофрении — это мейнстрим психиатрии, никогда не утихают голоса, считающие эту нозологическую форму собранием из многих различных болезней). Иногда проявления шизофрении кажутся нам чрезвычайно ценными, каким-то прорывом к чему-то, к чему мы и сами хотели бы прорваться, а иногда нам кажется очевидным, что это деградация. О том же писал и Ясперс в книге «Стриндберг и Ван Гог» [Ясперс, 1999]. Поскольку часто хочется сформулировать эти особенности

* Данная глава написана при поддержке гранта РГНФ № 10-03-00619

шизофрении именно в терминах «прорыв, деградация», то есть в терминах какой-то динамики, вместе с этим тут же возникает и смутное представление о существовании некоторого общего для людей исходного «ядра», откуда происходит развитие и куда возможна деградация. Что это за ядро? Говорит ли это что-то о природе человека? Все это вопросы, которые можно много обсуждать в связи с шизофренией, и я немного попытаюсь сделать это ниже.

1.1. О понятии шизофрении

История понятия шизофрении очень подробно изложена в книге Жана Гаррабе «История шизофрении» [Гаррабе, 2000], к которой я отсылаю всех интересующихся. Я не буду пересказывать содержание, а обращаю внимание на те моменты, которые мне кажутся или ключевыми, или проблемными.

В связи с понятием шизофрении, как мы сейчас им пользуемся, и перипетиями этого понятия в истории психиатрии есть проблема. Безусловно, существует некоторое органическое неизменное ядро, отвечающее за предрасположенность к этой болезни (то есть мы будем считать, что это безусловно; на самом деле такие утверждения, конечно, всегда остаются по большому счету гипотезами). Безусловно, существует некоторое конкретное развитие психиатрии, зависящее от места и времени, в котором осуществляется изучение шизофрении: насколько при данном развитии продвинута диагностика, как лечат и т.п. Безусловно, имеются элементы социального конструирования этого диагноза: какие промежуточные состояния принято диагностировать и лечить, какие случаи считаются классическими и так далее (исследования по этнопсихиатрии [Гильбурд, 1998] показывают, что в некоторых культурах считается вполне нормальным такое поведение, которое у нас в большинстве случаев вызывает наступление психиатрической ситуации). Кроме этого, и это самая большая проблема, имеется, судя по всему, также изменение самой шизофрении. Мы можем быть почти уверены, что в средние века больные и выглядели, и вели себя не так, как они выглядят и ведут себя сейчас. Ниже я расскажу про Кристину удивительную из 12 века, и это станет более понятно.

Когда изменяется только наука, а ее предмет остается неизменным, легко изучать изменения в науке. Именно так об-

стоит дело в физике. Мы можем быть уверены, что маятник во времена Аристотеля и во времени Галилея качался по одним и тем же законам, поэтому нам легко судить, кто был прав в описании этих законов, а кто нет. С другой стороны, когда изменяется предмет, а наука остается неизменной, легко изучать изменения в предмете. Так обстоит дело, например, в лингвистике. Мы можем быть, в общем, уверенными, что описания исчезнувших языков, сделанные лингвистами, достаточно точно представляют нам эти языки, и мы можем изучать изменения языков по этим описаниям. Однако когда изменяется и наука, и ее предмет, проблема существенно усложняется. Чтобы изучать отношение психиатрии к шизофрении в средние века, в 18 веке и сравнивать его с нынешним, нужно одновременно представлять себе и изменения, происшедшие с психиатрией, и изменения, происшедшие с шизофренией. Косвенные методы, разумеется, нам помогут: мы можем, например, сначала изучить особенности психиатрии некоторой эпохи по ее отношению к таким болезням, которые, скорее всего, были всегда одинаковы (например, эпилепсия, вполне возможно, выглядела примерно одинаково во все времена, хотя и это не факт). Затем, вооруженные знанием об особенностях психиатрии, мы можем пытаться реконструировать, как выглядела тогда шизофрения, делая, так сказать, поправки на тогдашнюю оптику. Все это требует очень тщательного изучения, которое пока еще не проделано, причем явно требуются совместные усилия психиатров и историков — культурологов — философов. Такое исследование дало бы интересные результаты: если мы будем знать не только то, чем больной шизофренией отличается от здорового человека сейчас, но и то, чем он отличался от него в другие эпохи (кстати, нужно еще и иметь хорошие представления о том, как, собственно, выглядят в разные эпохи здоровые люди, чего сейчас у нас тоже нет), то, конечно, мы сможем значительно продвинуться на пути понимания человеческой природы. Я выше уже говорила, что шизофрения — это специфическое нарушение разумности. При этом она имеет культурозависимый характер и, как увидим дальше, явным образом зависит от социальной среды. Видно, насколько важные вещи сплелись в ней очень своеобразным образом.

Между прочим, иногда мне кажется, что такие исследования не нужно проводить, по крайней мере открыто, пото-

му что они очень опасны. Они могут выявить настолько важные вещи о природе человека, что это откроет невиданные ныне возможности для манипуляции и насилия. Если будет, например, выяснено, что такое «шизофреногенность»! И как можно ее воспроизвести по желанию. Сколько здоровых людей тогда окажется возможно превратить в шизофреников и сделать их практически недееспособными! Впрочем, порождение убойной силы — это обратная сторона практически любой науки, а науку ведь нельзя запретить и даже, в общем-то, нельзя и регулировать.

Итак, рассуждения об истории шизофрении, они же и рассуждения о ее связи с культурой, я бы начала с рассказа о Кристине Удивительной.

Кристина Удивительная

История этой женщины стала известна благодаря выразительной песне, которую в 1992 году написал про нее культовый английский певец Ник Кейв. Вот слова песни:

Christina the Astonishing
Lived a long time ago
She was stricken with a seizure

At the age of twenty-two
They took her body in a coffin
To a tiny church in Liege

Where she sprang up
from the coffin

Just after the Agnus Dei
She soared up to the rafters
Perched on a beam up there
Cried «The stink of human sin

Is more that I can bear»
And I said ooo
Christina the Astonishing
Was the most astonishing of all
She prayed balanced on a hurdle

Кристина удивительная
жила давным-давно
Однажды у нее случился
припадок

когда ей было 22 года
Ее положили в гроб и принесли
в маленькую церковь
в городе Льеж

И вдруг она выскочила из гроба

во время отпевания
Она вознеслась к куполу
и повисла там на балке
и кричала: «Грехи вонючие
человеческие!

не могу это вынести!»
и я сказал: «о-о-о...»
Кристина Удивительная
Удивительнее всего была она сама
она залезала на забор и на нем

| | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| Or curled up into a ball | молилась |
| She fled to remote places | или сворачивалась в клубок |
| | Или, бывало, убегала очень |
| | далеко |
| Climbed towers and trees | лазила по башням, по деревьям, |
| and walls | по стенам |
| To escape the stench of human | Однажды, чтобы не чувствовать |
| corruption | зловоние людской |
| | испорченности |
| Into an oven she did crawl | она залезла в печь |
| And I said ooo | |
| O Christina the Astonishing | о, Кристина удивительная! |
| Behaved in a terrifying way | она так себя вела, что страшно |
| | делалось |
| She would run wildly | она металась по улицам |
| through the streets | |
| Jump in the Meusse | Однажды она кинулась в Мёз |
| and swim away | [река в городе Льеж] |
| | и поплыла куда-то |
| O Christina the Astonishing | о, Кристина удивительная |
| Behaved in terrifying manner | она так себя вела, что делалось |
| | страшно |
| Died at the age of seventy-four | И умерла, когда ей было 74 года |
| In the convent of St Anna | в монастыре |
| And I said ooo | |

Я всем рекомендую послушать эту песню, она того стоит. Кристина удивительная (*Christina mirabilis*) — реальный человек, она действительно жила в городе Льеж приблизительно в 12 веке. Все перечисленные у Кейва сведения реальны, их источник, насколько мне удалось выяснить — это житийный сборник 18 века автора *Alban Butler*. Кроме того, в песню не вошло еще несколько эпизодов, все они примерно в таком же духе (ей ломали ногу, нога выздоравливала; ее заковывали в цепи, эти цепи с нее падали; ее изгнали, она жила в лесу и питалась собственным молоком и т.п.). Она не канонизированная святая, хотя, кажется, были какие-то попытки занести ее в списки блаженных, не увенчавшиеся успехом.

Однако о многом говорит уже то, что ее житие записано вместе с житиями святых. Пишут, что она иногда считается неформальным покровителем психически больных. Осталось ее старинное изображение, не иконографическое, но и не портретное (в ту эпоху еще не писали реалистичных портретов) — некая стилизованная зарисовка типичной шизофренички, с сутулостью, странной позой, скорбным лицом и т.п.



Форму шизофрении мы здесь, скорее всего, определим как кататоническую, поскольку больная то металась, то застывала. Она «сворачивалась в клубок», то есть принимала и характерную эмбриональную позу. У нее явно были обонятельные галлюцинации, которые тоже встречаются при шизофрении. Течение болезни было, надо полагать, приступообразное, с периодами просветления, поскольку в биографии написано, что она общалась с местным епископом, и тот ее уважал, даже спрашивал совета.

Что бросается в глаза, так это обилие религиозных ассоциаций. Не только современники трактовали болезнь как вселение бесов либо нисхождение благодати, но и сама боль-

ная обозначает свои обонятельные галлюцинации как «вонь человеческих грехов». Вообще-то трудно знать, как пахнут грехи, так что это — явление некоей религиозной презумпции, что ли, или религиозной установки, характерной для времени. Чудо в церкви, начиная с которого о ней все узнали — это, скорее всего, результат трактовки наблюдателей (у которых тоже была такая же «религиозная презумпция»), а видели они, вероятно, сперва кататоническое застывание (когда она лежала в гробу), а потом кататоническое возбуждение (когда она полезла вверх под купол по каким-то стоявшим там строительным лесам, и настолько быстро, что люди подумали, что она взлетела). Однако характерно, что и у самой больной обострение возбуждения случается в обстановке церкви. Религиозная тематика тут кажется сплетенной с тематикой безумия не случайно, не просто как трактовка, а более глубоким образом. Как-то они связаны и в самой экзистенции индивида.

Разумеется, то же самое можно трактовать и не как шизофрению, а, например, как истерию и даже эпилепсию. Достоверно сейчас можно сказать мало что. Образ Кристины Удивительной скорее остается символом необъяснимой неустроенности психически больного человека, его изначально конфликтного отношения к бытию. Этот символ тревожит нас даже из глубины веков.

Шизофрения в эпохах и культурах

Еще один вывод, который мы можем сделать, если принять, что у Кристины была и в самом деле шизофрения — эта болезнь уже имела место и в 12 веке. Это может не показаться удивительным. Ведь мы и с самого начала решили считать, что у шизофрении есть биологическое ядро, а оно, видимо, не должно зависеть от эпохи и времени. Однако это не так. Психиатр О. Гильбурд, много занимавшийся отношениями шизофрении и культуры, предполагал по этому поводу, что в традиционных культурах подобные проявления могут трактоваться как, например, колдовской транс, общение с духами и т.п. [Гильбурд, 1998]. Например, считает он, так происходит в Африке. В самом деле, мы ведь и в рассказе о Кристине не находим утверждений о ее безумии. Насколько я поняла, в Льеже отношение к ней делилось на две партии: одни утверждали, что она бесноватая, другие —

что святая. При этом ни те, ни другие не считали ее больной, такова уж была психиатрия в средние века. Однако все-таки нельзя не заметить, что предание о ней дошло до нас. Именно это отличает случай Кристины от таких случаев по Гильбурду, если они имеют место, когда в Африке больные воспринимаются настолько неотличимо от здоровых, что их никто не замечает. Впрочем, у нас мало материала, чтобы судить об Африке. Во всяком случае, мы утверждаем, что в средние века в Европе шизофрения была.

При этом, ее было мало, существенно меньше, чем сейчас. По мнению известного английского психиатра К. Фрита, сейчас распространенность шизофрении достигает 1%, то есть ею в той или иной форме страдает каждый сотый (представим: на каждом курсе среднего факультета среднего вуза, с набором 100 человек, один шизофреник. В трех классах обычной средней школы, с наполняемостью более 30 человек на класс, один ученик заболел шизофренией. В каждом вагоне метро утром, в час пик, едет не менее одного больного. В роте из 100 военнослужащих один болен. И т.п. Понятно, что больные шизофренией в армии обычно не служат и даже часто не работают, но все же далеко не все они в больницах. Если бы в больницах были все, то, скажем, в Москве, с численностью населения 10 млн., в больницах содержалось бы 100 000 человек!). Эти вызывающие содрогание цифры, по-видимому, характеризуют крайне, скажем так, чувствительную к шизофрении современную психиатрию. Выше я называла подобное явление гипердиагностикой, но в случае шизофрении его можно назвать скорее чувствительностью к ней. Речь не идет о том, что здоровых людей записывают в больных (хотя и такое случается), а о том, что даже самая слабая форма шизофрении редко остается незамеченной.

Нет сомнения, что в 19 — начале 20 века цифры были ниже. Это, видимо, связано с тем, что распространенность психиатрии тогда была меньше, и в отдельных регионах даже острые психозы могли не попадать в ее поле зрения. В.А. Гиляровский в своем классическом труде «Психиатрия» 30-х годов приводит цифры: общее количество психозов 0,14%, из них на шизофрению приходится примерно половина. По данным на 1996 год, шизофрении было 0,4% [Тиганов, 2011, а]. Примерно такие же цифры в среднем встречаются и сейчас. [Тиганов, 2011, б].

Впрочем, относительно распространенности шизофрении в различные эпохи можно только строить предположения. Методов надежно оценить эту распространенность пока нет.

Что касается распространенности шизофрении в различных культурах, то эта проблема пока повергает меня в недоумение. За рубежом так называемая этнокультуральная психиатрия как хорошо обоснованное научное направление развивается приблизительно с конца 60-х годов [Tseng, 2001]. Именно с этих пор ВОЗ проводит длительные и широкомасштабные исследования частоты заболеваний в разных странах. В одном из таких исследований участвовали города Тайпей (КНР), Кали (Колумбия), Прага (ЧССР), Аархус (Дания), Агра (Индия), Ибадан (Нигерия), Москва (СССР), Лондон (Великобритания), Вашингтон (США) [Schizophrenia..., 1975]. Единственная разница, которую находят авторы между развитыми и развивающимися странами — вероятность благоприятного исхода шизофрении в развивающихся странах больше, чем в развитых (и то сейчас постоянно публикуются статьи, в которых этот результат оспаривается с применением альтернативных статистических методов). Но по мнению исследователей, заболеваемость шизофренией и ее частота не зависят ни от страны, ни от континента, ни от культуры. Нет сомнения, что если бы у исследователей была в руках машина времени, они пришли бы к выводу, что частота шизофрении не зависят и от эпохи. Причем сами цифры частоты в разных исследованиях различаются крайне значительно: от 0,007% до 1-2% [Tseng, 2001], хотя как раз это не очень удивительно, поскольку диагностические критерии шизофрении могут быть очень различны.

Этот результат, однородное распространение шизофрении во всем человечестве, то есть полная независимость от культуры, представляется мне настолько контринтуитивным, что я ему не верю. Мне видится в нем элемент «заказанности», какой-то политкорректности. Однако, разумеется, это мое утверждение открыто для критики.

Гораздо более убедительной представляется мне точка зрения, что на конечный итог в виде заболевания шизофренией оказывают влияние как вне-культурные, так и культурные факторы. Причем, культурные факторы могут быть двух типов.

Шизофреническая культура и шизофреногенная культура

Шизофреническая культура (Гильбурд называет ее «пара-шизоидия» [Гильбурд, 1998]) — это культура, где некоторые шизофренические проявления и близкие к ним рассматриваются как норма¹⁰. В своей книге «Шизофрения на Севере» Олег Гильбурд описывает племена ханты, манси и ненцев. Все они этнически относятся к так называемым обским уграм (кстати, о своеобразных психических особенностях финно-угорских этносов пишут и другие исследователи этнопсихиатрии [Николаев, 2006; Гильбурд, 1998, Дмитриева, Положий, 2003]). Сама культура этих племен — это как бы метод адаптации к жизни значительного количества людей, большинство из которых близки к состоянию простой шизофрении, в легкой, разумеется, форме. Говоря словами Кречмера, они шизоиды, и это их норма. У всех снижена воля, мотивация, эмоциональность, живость, активность. Эти качества у них существенно меньше, чем те, которые считаются нормальными для людей средней полосы. У них также специфически снижена забота об окружающей среде. Гильбурд (напомню, что он — представитель социобиологической психиатрии) приводит запоминающуюся формулировку: «они маркируют свою территорию мусором». Он рассматривает этот тип поведения отстраненно, как бы с точки зрения этолога. Что означает «маркировать территорию мусором»? В контексте этологии, от которой социобиология берет начало, это означает набросать по всей площади своей территории мусор и тем обозначить эту площадь и ее границы. Но животные обычно так не делают, почему именно мусор? Здесь играет роль именно снижение активности (характерное с одной стороны для шизофреников, с другой стороны для шизофренической культуры). Чтобы убрать мусор в некоторое

¹⁰ В одной из своих статей Гильбурд пишет: «Одним из факторов, побудивших автора к дальнейшему анализу, послужил собственный ранний — “импринтинговый” — опыт работы в Салехардском окружном психоневрологическом диспансере, когда практически все пациенты коренных национальностей вкупе с их родными и близкими, на взгляд вчерашнего интерна, “нуждались” в постановке диагноза “шизофрения, апато-абулический синдром”, что, разумеется, ни в коей мере не соответствовало реальности...» [Гильбурд, 2011].

специальное место, будь то урна или куча для сжигания, требуется приложить усилия; это труднее, чем бросить его себе под ноги. «Маркировать свою территорию мусором» означает позволять себе кидать мусор под ноги, однако только у себя дома. На чужой территории и на той территории, которая контролируется социумом, такой человек не бросает мусор под ноги, чужая территория как бы более уважаема, чем своя. (Куда он его деваает? Скорее всего, кладет себе в карман. Ведь карман — это моя территория, и я имею право сколько угодно маркировать ее мусором, ни перед кем не отчитываясь). Другими словами, на чужой территории этот человек напряжен, но у себя дома он расслабляется, и он кидает мусор туда, куда считает нужным и куда ему хочется, скорее всего — разбрасывает его по дому и двору. В больнице территорией больного является только его койка и место около нее. Гильбурд указывает на то, что больным шизофренией (всегда, а не только в этой северной культуре) свойственно точно так же метить свою территорию мусором, то есть, другими словами, выбрасывать мусор под кровать, а не выносить в урну.

В связи с феноменом шизофренической культуры возникает, разумеется, вопрос, который имеет структуру «курица и яйцо»: или это обские угры стали такими, потому что такова их культура, или это обско-угрская культура стала таковой, потому что большинство обских угров были такими уже изначально? Мы не располагаем экспериментами, которые могли бы подтвердить ту или другую точку зрения, и поэтому наиболее вероятным представляется предположение, что имеет место и то, и другое влияние.

Шизофреногенная культура — это совсем другое. Мы можем определить ее как культуру, в которой предрасположенные к заболеванию шизофренией люди имеют особо высокий риск заболеть. Однако сама такая культура никоим образом не является приспособлением к жизни шизоидного большинства. Шизофреногенная культура активно требует от людей совсем другого поведения. Эта культура толкает предрасположенных людей к заболеванию за счет того, что предъявляет к своим членам повышенные требования. Кроме того, им эти требования непонятны, по крайней мере, понятны не так хорошо, как остальным членам культуры. Уже не говоря о том, что у больных шизофренией, как показал

Р. Лэйнг, снижено ощущение бытия. В шизофреногенной культуре выживают и имеют успех те, у которых с ощущением бытия все в порядке. В этом смысле вышибание шизофреника из круга приемлемых в данной культуре типов было бы понятно, но мы ожидали бы тогда его маргинализации по типу, условно говоря, лузера: это был бы алкоголик, депрессивный тип, делинквент, преступник. Однако почему шизофреногенная культура порождает не этих, психологически понятных, типов, а психически больных людей? Это остается вопросом, до тех пор, пока мы хотя бы не попытаемся понять, в чем сущность шизофренического отказа от бытия и какую роль играет в этом социум.

1.2. История шизофрении

Автор книги «История шизофрении» Гаррабе начинает рассказ об изучении и описании этой болезни с отрывка из романа Флобера, в котором описывается, видимо, Сведенборг. По мнению Ясперса, у Сведенборга действительно была шизофрения. Герой Флобера проводит жизнь в каком-то ином мире, не вступает в контакты, надолго застывает и т.п. Впрочем, если мы возьмем произведения реального Сведенборга, то встретим там много ангелов и много лучшего мира, однако и много весьма здравых суждений и в целом, кажется, не особо-то помраченный разум. Далее мы увидим, что зачастую при шизофрении бывает невозможно разобрать, что человек говорит, а произведения Сведенборга написаны совершенно нормальным языком. Как ни странен образ застывшего кататоника у Флобера, случай Сведенборга определенно не самый злокачественный случай шизофрении.

Затем Гаррабе сосредотачивается на становлении представлений о помешательстве и бреде во французской психиатрии, на том, сколько огромных усилий ушло на то, чтобы разобраться с формами бреда, какое влияние оказала теория Мореля о вырождении (судя по всему, надолго сбила всех с толку, а главное, стимулировала к тому, чтобы считать все психические болезни разноликими проявлениями некоего вырождения, то есть единого психоза). Теория единого психоза вообще имеет интересную историю в психиатрии, о которой, к сожалению, здесь нет места рассуждать. В общем, становление современной концепции четырехформенной шизофрении протекало нелегко, через пеструю смену опи-

саний одного и того же синдрома под разными названиями, большинство из которых были просто словами естественного языка (причем параллельно работали две школы, французская и немецкая, а в этих двух языках набор естественных слов для обозначения психических состояний, разумеется, различен) и такой же пестрой путаницы с названием одним и тем же словом различных синдромов. Последнее и сейчас очень часто имеет место, потому что разных синдромов много, гораздо больше, чем подходящих слов в естественном языке. Приходится пользоваться уточняющими прилагательными, например: аффективный бред и систематический бред — это совершенно различные состояния, и психологически, и этиологически, первоначально назывались одним словом «бред», затем были разведены по различным диагнозам с помощью прилагательных. Аналогичные трудности с понятием «паранойя», о чем я скажу ниже, со словом «мания» и со многими другими. В этом смысле МКБ старается идти по правильному пути, наращивая уточнения и вводя новые нозологические единицы.

Слова «шизофрения» тогда, в 19 веке, еще не было, Крепелин ввел название «Деменция прекокс» (= «раннее слабоумие») и описал три формы этой общей нозологической единицы: кататоническую (двигательное возбуждение и ступор), гебефреническую (специфические нарушения поведения и речи), параноидную (бред и галлюцинации). В этой связи ему много возражали, что неясен принцип объединения всех форм в одну и непонятно, всегда ли имеет место именно слабоумие. Но Крепелин, что бы про него ни говорили, имел в этом смысле гениальное чутье. Другое дело, что он не додумал концепцию своей деменции прекокс до конца, то есть не выделил простую форму. Но он был занят созданием полной классификации всех болезней для психиатрии вообще, так что это не удивительно.

Психиатрия в конце 19 — начале 20 века была в целом ориентирована физиологически. Например, К. Ясперс в своей автобиографии вспоминает [Ясперс, 1995], что директором большой психиатрической больницы Гейдельберга, где он работал в молодости, был Ф. Нисслъ — этот человек, конечно, имел необходимое образование, но в медицине и биологии он знаменит, и поныне еще, как гистолог, автор методик изучения нервных тканей. Гистолог во главе психиатричес-

кой клиники! Это очень показательно для атмосферы тогдашней психиатрии, в которой господствовал материалистический принцип «психические болезни — это болезни мозга» [Бинсвангер, 1999]. Вряд ли, конечно, Нисслэ лечил больных путем нарезания препаратов их мозга, но от воображения подобной картины как-то трудно удержаться.

Итак, начатое Крепелином завершил Блейлер. Ойген Блейлер (1857–1939) — вообще очень интересная фигура в истории психиатрии. Прежде всего, он ввел сам термин «шизофрения». Этимология этого слова — «расщепление сознания» — оказалась, с одной стороны, продуктивной, с другой стороны, по-своему сбивала всех с толку. Определенная дезинтеграция при шизофрении, конечно, есть, но ею дело не ограничивается и она — не центральное нарушение. А думать разные мысли, придерживаться различных систем ценностей, проявлять себя иногда как бы разными личностями — это вообще не шизофрения, а нормальное состояние для почти любого человека, хотя это и жаль.

Разумеется, Блейлер получил обычное тогда для психиатра биологически ориентированное образование. Он был директором знаменитой швейцарской клиники Бургхёльцли (там у него учился К.-Г. Юнг и еще несколько известных ученых — Роршах, Бинсвангер, Пиаже, Мейер, Абрахам). Нет никаких оснований предполагать, что в Бургхёльцли Блейлер как-то отступал от принятого тогда физиологического подхода. Впрочем, средств лечения в то время было так мало по сравнению с тем, что имеется сейчас, что этот вопрос, в общем-то, представляет только теоретический интерес. Он автор нескольких учебников, в которых почти полностью следует принятой тогда системе Крепелина, если не считать теории шизофрении и введения в текст психоанализа, который тогда еще далеко не был общепризнан.

Тем не менее Блейлер — колоссальный новатор. Он был первым, кто попытался заглянуть внутрь мира больных. Эту работу позже в огромной полноте проделает К. Ясперс, которому принадлежит фундамент, а то и большая часть, современной патопсихологии. Но первый шаг в этом направлении сделал Блейлер в статье 1908 года и книге 1911 года, которая называлась *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*.

Конечно, нельзя сказать, что предшественников у него не было. Например, среди французских ученых обяза-

но надо назвать Моро де Тура, который разрабатывал теорию о том, что психические болезни имеют одну природу со сновидениями и грезами наркоманов. Имеет смысл упомянуть и Г.Т. Фехнера, достаточно странные построения которого имели широкую известность вследствие предшествовавших им знаменитых работ Фехнера по психофизиологии. На Блейлера повлияли работы также Фрейда и, как он сам постоянно указывал, его собственного ученика Юнга, которые, в принципе, тоже как-то трактовали внутренний мир больных. Но (на это все время указывал Ясперс) Фрейд интерпретировал внутренний мир не через посредство акта понимания, а так, как будто речь идет о несвободных процессах в организме: либидо воздействует (давит), цензура запрещает, Я старается достичь равновесия, Сверх-Я формируется. Такой дискурс не является психологическим дискурсом, он не дает нам понимания, почему происходит именно это, а не что-нибудь иное — тут невозможно понимание смысла переживания, тут нет субъекта. Указанный упрек — в естественнонаучном типе обращения с такими вещами, с которыми надо обращаться по гуманитарному типу — в меньшей степени относится к Юнгу. Однако Юнгу была свойственна другая особенность — его психологические теории были крайне самобытны и многие из них, мягко говоря, притянуты за уши. Блейлеру подобное было совершенно чуждо, его работа по шизофрении является воплощением здравого смысла, убедительности, точности наблюдений.

Что еще сделал Блейлер — это указал, что шизофрения не обязательно кончается слабоумием, в частности, у нее бывают легко текущие формы. Блейлер даже считал, что не все больные получают диагноз, а многие считаются здоровыми. Это правда: она действительно не обязательно кончается слабоумием. Но у мысли Блейлера насчет легко текущих форм шизофрении оказалось, к сожалению, политически печальное продолжение. Открылась возможность диагностировать «вялотекущую шизофрению» у здоровых людей. Либо у практически здоровых (то есть это привело к нынешней гипердиагностике шизофрении или, как я говорила выше, к тому, что нынешняя психиатрия сверхчувствительна к шизофрении). Либо даже у совершенно здоровых. Зачастую этот диагноз использовался именно в политических целях.

Итак, простая форма шизофрении. Становление этого понятия, с тех пор как его описал Блейлер, тоже проходило не без проблем, хотя вышедший чуть позже фундаментальный труд Ясперса «Общая психопатология» в основном все расставил по местам. Ныне, как правило, дается такое определение простой форме шизофрении: это такая форма, при которой имеются только негативные симптомы и нет продуктивных.

Негативные и продуктивные симптомы

Негативные симптомы — это симптомы отсутствия или уменьшения психической функции, имеющейся в норме. Скажем, типичным негативным симптомом будет слабоумие или ослабление памяти. При шизофрении такого не бывает, негативные симптомы там более загадочны и более специфичны. В общих чертах к шизофреническим негативным симптомам относятся ослабление воли, понижение жизненного тонуса, утрата эмоциональной сферы, отсутствие интереса и живого контакта с реальностью.

Продуктивные симптомы¹¹ — это, наоборот, наличие такого феномена в психической жизни, который отсутствует в норме. Типичный пример: бред и галлюцинации.

На первый взгляд, разделение психиатрических симптомов на негативные и продуктивные не вызывает вопросов. Скорее всего, причину негативных будет разумно искать в каких-то недостатках физиологических функций мозга, каких-то поломках, которые выводят из строя обычные нормально работающие функции. Например, у здоровых имеется нормальная функция — эмоционально общаться. Мы предполагаем, что имеется какая-то система в мозге, которая исполняет эту функцию (да что там, сегодняшняя психофизиология неплохо умеет и локализовать в мозге эту систему), затем мы предполагаем, что при шизофрении эта система перестает нормально работать. Что касается причины про-

¹¹ В последнее время часто вместо «продуктивные» встречается термин «позитивные» [Фрит, 2005]. Он не плох в смысле того, что позитивные явно противопоставляются негативным. Но в остальном он мне кажется все-таки плохим переводом. Бред и галлюцинации естественно называть «продуктивными», потому что это «продукция». Впрочем, это не принципиальная разница.

дуктивных симптомов, то с ней несколько сложнее. Скорее всего, тут логично предположить некоторый патологический процесс. В этом смысле легче было объяснять продуктивную симптоматику, когда ссылались на бесов, там было понятно, что к субъекту прибавляется некая сущность. Однако в принципе и тут возможна ссылка на «систему, которая работает неправильно». Например, галлюцинации можно объяснить неправильной работой системы распознавания образов. А бред — неправильной работой системы, производящей умозаключения. Возможно, некий «процесс», наподобие опухоли или травматического очага возбуждения (при шизофрении не находят явных патологических очагов, но мы можем предполагать, что есть какой-то процесс, который проявляется более тонко, на уровне нейронов и т.п.) присоединяется к работе этой системы и систематически заставляет ее сбиваться.

Однако следует заметить, что в основе такого представления о нарушениях лежит в целом очень простая модель работы психики. Например, психика понимается как некий механизм реагирования на стимулы, содержание которого само по себе пусто. Это что-то наподобие чистого листа, о котором говорили эмпирики. Я сейчас приведу самый простой пример того, как трудно может оказаться различить негативный и продуктивный симптомы. Возьмем страх. Какой это симптом? По вышеизложенному простому определению может показаться, что это продуктивный симптом, потому что страха же не должно быть у здорового человека. А у больного может быть страх — или беспредметный, или определенченный (вероятно, определенченный вторично, но это сейчас не важно). Однако что мы можем сказать о роли страха в жизни здорового человека? Не является ли он более базовым состоянием, нежели отсутствие страха? Может быть, страх появляется сначала (ведь и дети часто боятся), а потом он как бы прогоняется приходящим чувством уверенности в себе? Я думаю, каждый, кто читал Хайдеггера, согласится с такой постановкой вопроса. А еще вероятнее, что страх и уверенность составляют некую сбалансированную пару, наподобие весов. Попробуем ответить на вопрос: когда какая-то из двух чаш весов идет вверх, это происходит потому что на ней недостает груза или потому, что слишком много груза на противоположной чаше? Вопрос поставлен неправильно,

ведь это одно и то же. Поэтому о таком чувстве, как страх, возможно, нельзя с уверенностью судить, негативным или продуктивным симптомом он является, возникает ли он как что-то добавочное или как оборотная сторона недостатка уверенности. (Я хочу специально обратить внимание на то, что мы рассматриваем здесь случай явно болезненного страха; и даже он может оказаться проявлением недостатка некоего противоположного состояния. Именно такова теория шизофрении Лэйнга). И также галлюцинации и бред можно трактовать как выражение недостатка: галлюцинации — как недостаток перцептивного контакта с реальностью, а бред — как недостаток критической функции. Это вряд ли будут правильные трактовки! И уж точно они не отличаются психологической глубиной. Я хочу этим только сказать, что с разделением на негативные и продуктивные симптомы не все так просто.

Вообще, на первый взгляд кажется, что разница между негативными и продуктивными симптомами должна быть явной в таких случаях, как а) почечная недостаточность (очевидно отсутствует функция определенного органа) или б) рак (очевидно в организме наличествует то, чего быть не должно). Но даже при таких совершенно явных с точки зрения медицины состояниях «недостатка» и «избытка» сами симптомы выглядят не так однозначно. Например, при почечной недостаточности у больных бывает тошнота (рвота). Негативный или продуктивный это симптом? У здоровых ее быть не должно, да и при обычном ее появлении, как симптома пищевого отравления, она, пожалуй, может быть без натяжки названа продуктивным симптомом. Стало быть, при почечной недостаточности имеется продуктивный симптом негативного состояния. И я рискну утверждать, что в организме это обычное дело, а уж в психической области — тем более. Любая психическая защита, любая психическая реакция — это продуктивный ответ на негативный симптом. В частности, те гебефренические стратегии, с которыми мы встретимся, являются реакциями, защитами против психической слабости, против паралича воли, против зависимости от суггестии, против невозможности ответственно иметь дело с реальным миром.

Я это пишу не для того, чтобы раскритиковать деление симптомов на негативные и продуктивные. Естественно, что

исследователь в области медицины всегда видит либо наличие чего-то ненужного, либо отсутствие чего-то нужного. Для первичного феноменологического описания это и есть самый адекватный язык. Но при более глубоком изучении этих «наличий» и «отсутствий» приходится за ними видеть диалектику. Они вызывают друг друга и переходят одно в другое. Даже психологической причиной психологического продуктивного симптома может быть психологическая недостаточность, уже не говоря о том, что причиной продуктивного симптома может быть физиологическая недостаточность (иногда страх возникает как реакция на пониженный уровень глюкозы в крови, и очень часто — как реакция на недостаточность серотонина, насколько известно современной психофизиологии). И негативные симптомы вполне возможны как реакция на наличие чего-то лишнего, некоей помехи: например, человек может казаться рассеянным (а это негативный симптом, недостаток внимания), если у него внутри идет поток собственных мыслей, не связанных с реальностью, либо если имеются какие-то переживания, не знакомые здоровым людям. Все это очень возможные варианты при шизофрении. Подобным же рассуждениям, кстати, посвящена книга московского психиатра С.Ю. Циркина [Циркин, 2005].

Дальнейшая история шизофрении была менее нозологической, а более историей объяснений. Это особенно относится к Америке. Среди американских психиатров не так много обсуждений того, какие бы еще формы выделить, на какие бы еще разделить. Как уже говорилось выше, их нозологическая деятельность сейчас сосредоточена в рамках МКБ (в момент, когда я пишу эти строки, в 2011 году, последний МКБ-10). Что касается психиатрии в Германии, там подход к нозологии более творческий. Например, известный восточнонемецкий психиатр К. Леонгард выделяет три новые крупные формы шизофрении (системная, несистемная и циклоидная) и еще несколько новых мелких [Леонгард, 2010].

Объяснения шизофрении, разумеется, разделяются на физиологические и психологические. На физиологические исследования в 50-х годах было много надежд, но результаты оказались скорее разочаровывающими. Например, со-

гласно дофаминовой¹² гипотезе, при шизофрении нарушается функционирование дофаминергической системы, это одна из подкорковых систем мозга. Гипотеза основана на случайном наблюдении, что вещества, ослабляющие действие дофамина, приводят к улучшению состояния больных. Именно так были открыты нейролептики. В настоящее время дофаминовая гипотеза очень детально разработана. Как большинство психофизиологических гипотез, она разработана до состояния полной неясности. Полученные в ее рамках данные настолько противоречивы, хотя и очень интересны для нейрофизиологов, что даже никакой хорошей корреляции с симптомами шизофрении там нет, не говоря уже о том, чтобы считать связь между дофамином и шизофренией хоть сколько-то известной [Вартанян, Орловская, 2011].

Впрочем, как я уже писала выше, набралось достаточно материала, чтобы считать, что у шизофрении по крайней мере есть биологическое ядро. Где, какое — этот вопрос нас сейчас не так волнует. Может быть, со временем это будет важно для понимания человеческой природы, но, по моим оценкам, это дело далекого будущего.

Теперь мы перейдем к попыткам понять шизофрению, к психологическим теориям.

1.3. Нозология шизофрении. Психопатология

В течение долгого времени господствовала четырехформенная концепция шизофрении Блейлера: простая, кататоническая, гебефреническая и параноидная формы. Наша отечественная школа под руководством Снежневского добавляла к общепринятым четырем формам по типу симптоматики еще три формы по типу протекания: непрерывно-прогредиентная (делилась на прогредиентную и вялотекущую, о которой я упоминала выше), приступообразная и рекуррентная. Разница между второй и третьей заключалась в том, что при приступообразной каждый новый приступ приводил к ухудшению состояния. Состояния между приступами были ремиссиями со снижением функций. При рекуррентной между приступами снижения функций не было. Таким образом,

¹² Сейчас принято говорить «допаминовой», но я пока не смогла перестроиться. В мое время на биофаке все говорили «дофамин».

формально в нашей психиатрии получалось 12 форм шизофрении. В принципе к такой классификации формальных вопросов нет.

Кататония

Меньше всего материала для попыток понимания дает кататоническая форма. При ней преобладают двигательные явления. Больные либо находятся в ступоре, при котором может быть или восковая гибкость тела, или чрезвычайно сильное сопротивление. Они принимают эмбриональную позу, или какую-нибудь неожиданную, или обычную. Либо, помимо ступора, может быть двигательное возбуждение. Оно может быть совершенно бессмысленным, а может быть, например, агрессивным. Иногда больные молчат, иногда находятся в состоянии аутистической речи — например, что-нибудь декламируют или комментируют. Весьма часто происходит переход от ступора к возбуждению. Бывает также переход от кататонических проявлений к гебефреническим. Обе эти формы также определенно родственны простой форме (я постараюсь это обосновать дальше). Но что чувствует человек в кататонической форме шизофрении — это пока остается полной загадкой. Может быть, ступор можно трактовать как предельное выражение желания отгородиться от мира. Но возбуждение выглядит обычно бессмысленно и никак не трактуется. Потрясенные жители города Льежа 12 века трактовали поведение Кристины Удивительной в религиозных терминах, поскольку сами так мыслили, и с нашей точки зрения это характеризует их, а не ее.

Паранойя

Параноидная форма шизофрении представляет давнюю нозологическую задачу [Смулевич, Щирина, 1972]. Если три остальные формы определенно имеют нечто общее, и это тот круг признаков шизофрении, которым она обычно и обозначается: уход от мира, отказ взаимодействовать с реальностью, отказ от эмоционального человеческого общения, поражение воли, утрата цельности Я — то все это для паранойи очень часто совсем не характерно. Типичный признак паранойи — бред. Обычно это бред преследования, но может быть еще какой-нибудь. Бред при паранойе обычно систематизированный, разворачивается он на фоне ясного сознания,

может инкапсулироваться на какой-нибудь одной теме и не затрагивать всю жизнь больного и даже большую ее часть. Иногда незначительные аффективные моменты присутствуют, но странно было бы ожидать, если бы их совсем не было у человека, который имеет бред, ведь с точки зрения самого человека бредовая система — это область высочайшей уверенности и высочайшей значимости. Иметь такую область само по себе не патология. Бред обычно признается ложным посредством интерсубъективной оценки («Не может быть, чтобы тебя все преследовали, как ты говоришь»). При более близком знакомстве становятся также явными избирательные нарушения логики аргументации. Вся бредовая область является для больного областью повышенной, а не пониженной воли, например, бредовые идеи иногда подвигают больных на весьма сложные действия. Вне бредовой области волевого дефекта также может не быть.

Паранойя, если ее считать одной нозологической формой, представляется неким диапазоном, в котором происходит переход от некоего «чистого» бреда к некоему «шизофреническому» бреду. Для «чистого» бреда характерно все вышесказанное: ясное сознание, отсутствие дефекта воли, относительно нормальная аффективная сфера, сосредоточенность на бреде и отсутствие критики к нему, нормальное психическое функционирование вне бредовой области. Также не бывает галлюцинаций. Зачастую больные не теряют работоспособности и ведут образ жизни, мало отличающийся от обычного. В целом все это напоминает картину ужасающего упорствования в одной-единственной, но катастрофической ошибке.

Для «шизофренического» бреда прежде всего характерно то, что он развивается на фоне шизофренического поражения личности. Стало быть, у больного будет волевой дефект и не будет этой странной картины общего здоровья как фона для инкапсулированной бредовой области. У шизофренических больных вообще нет бредовой области: вся область мышления у них не такая, как у здоровых. Такой бред сплетен с галлюцинациями. Он может менять сюжеты. Он не подвигает больного к совершению каких-то сложных действий в реальности, так как шизофренический больной погружен в свой мир. Бредовые обоснования могут быть не просто тематическими нарушениями логики аргументации,

а глобальным изменением в понимании логики вообще, причем логика и мышление остаются странными и в том, что касается бреда, и во всем остальном. К шизофреническому бреду примыкают галлюцинации, обычно слуховые, но могут быть зрительные. Бывают развернутые состояния т. наз. онейроида, когда больной «бредит» в разговорном смысле слова — будто видит сон. Иногда форму с особо фантастическим бредом и онейроидом называют парафренией. В целом шизофренический бред — это состояние существенно более злокачественное и прогрессирующее, чем чистый бред. Мы видим также, что картина чистого бреда не вписывается в шизофрению, поскольку не демонстрирует обычных негативных симптомов, даже более того, зачастую противоположна им. А картина шизофренического бреда демонстрирует негативные симптомы и вписывается в шизофрению. Хотя между ними и есть переходы.

Наличие этих двух крайностей у паранойи приводило к большому количеству нозологических споров относительно того, включать ее в состав шизофрении или, наоборот, противопоставлять эти две болезни. Сейчас в МКБ-10 задача решена мудро: оставлена параноидная форма шизофрении и введена новая нозологическая форма «хроническое бредовое расстройство». Последнее выделено уже не как болезнь, а как синдром. Что касается переходных форм, то сама идеология МКБ заключается в том, что подсчитывать единичные симптомы следует статистически.

Гебефрения

Гебефреническую форму шизофрении многие авторы описывают по-разному, поскольку она и в клинике редко встречается в чистом виде. Обычно она протекает злокачественно. Самый характерный симптом, который был замечен уже Крепелином и с тех пор на него указывают все нозологи: притворная веселость, неестественность, кривляние. Также часто указывается на речевое возбуждение, преходящие эпизоды бредовых идей и галлюцинаций, импульсивные действия.

Гебефрения — это одна из тех психических форм, которые вызывают чувство недоумения, желание понять что-то, хотя часто остается не до конца ясно, что именно. Вдумаемся: вот шизофрения, тяжелая психическая болезнь, при ко-

торой поражается воля, теряется контакт с миром, разрываются социальные связи. Мы видели, что иногда возникает безумное необъяснимое двигательное возбуждение (кататония), иногда бред, в том числе с галлюцинациями (паранойя) или фантастический онейроид (парафрения) — все это довольно «понятным», ожидаемым образом вписывается в наше повседневное понимание безумия, в наше интуитивное представление о том, как должен вести себя пораженный мозг. С другой стороны, негативная симптоматика шизофрении, как мы увидим, тоже, в общем, довольно понятным образом затрагивает ресурсы разумного бытия и уничтожает их. Во всех этих смыслах шизофрению можно понимать как безумие и психическую болезнь в естественном смысле слова. Но вот в гебефрении мы встречаем такие симптомы, как кривляние, притворная веселость, манерность. И это повторяется с постоянством у большого числа больных. Почему именно кривляние? Почему именно неестественность? Было «понятно» (интуитивно ожидаемо), почему бессмысленное двигательное возбуждение или бред. Но кривляние? Что в нем такого глубинного, почему именно оно возникает при одной из самых злокачественных форм шизофрении? Ну, почему не что-нибудь другое — не рыдания, не бегание на четвереньках, не завывания, не какие-нибудь, я не знаю, хождения на руках?! Как нам понять смысл этого несчастного гебефренического кривляния?

Вот описание из одного учебника: «...нелепая дурашливость, грубое кривлянье, манерность, утрированные гримасы, нарочито карикатурное детское поведение — в последнем случае больной ведет себя как плохой актер, играющий роль ребенка. Характерна особая “холодная” эйфория. Гримасы заменяют улыбку. Неприятный смех, просто нелепое хихиканье или безобразный дикий хохот без всякой причины производят на окружающих тягостное и даже жуткое впечатление. Гебефренический смех, в отличие от маниакальной веселости, не заражает, не способен вызвать ответную улыбку. Речь больного отличается экзальтированно-патетическим тоном или нелепым сюсюканьем. Слова произносятся неестественным голосом. Высказывания часто полны изощренной нецензурной брани. Обнаруживается склонность коверкать слова. Иногда в речи слышится примитивное рифмование» [Жмуров, 1995].

Стопроцентного понимания гебефрении у меня, конечно, нет, однако мне кажется, в последнее время антропология дает к этому некоторый ключ. Понять гебефрению нельзя без понимания простой формы, потому что, я полагаю, гебефреническое поведение — это стратегия защиты ослабленного Я от социума. Когда мы будем обсуждать простую форму, мы увидим, что Я ослабляется, теряет силу бытия. Говоря на языке экзистенциализма, Я теряет свое присутствие. В простой форме мы будем видеть многообразные симптомы этой утраты присутствия и того, как Я борется с ней, и даже что оно из нее иногда извлекает. Но при простой форме нет специальной борьбы с социумом, больной только лишь уходит от него. Так вот, насколько я понимаю, гебефреническая стратегия поведения — это комплекс мер для защиты от социума, когда больной не уходит от него. Гебефрению имеет смысл определять именно как стратегию отсутствия, которое прикидывается присутствием. При этом происходит преувеличение, гипертрофирование (подобные мысли высказывает и Кемпинский [Кемпинский, 1998]).

Ниже я скажу несколько слов о гебефренической стратегии как о механизме защиты.

Простая форма

Выше я уже писала, что при простой форме бывают только негативные симптомы. Блейлер считал эту форму базовой, и до сих пор под самим понятием «шизофрения» понимается в основном она. Негативные симптомы при шизофрении сводятся в основном к волевым нарушениям, вплоть до катастрофического паралича воли. Поражение воли при шизофрении очень глубокое, это не просто что-то типа неспособности работать, но и неспособность управлять своими мыслями, а также, как увидим далее, неспособность удерживать интеграцию Я. Также снижается интерес к жизни, пропадают эмоциональные связи с близкими людьми. (Тут надо отметить, что имеются в виду близкие люди, но не самые близкие; обычно все близкие за исключением матери; связь с матерью может быть патологически глубокой). Иногда больные сами обозначают свое состояние как «распад личности», прекращение осмысленного бытия [Фрит, 2005]. Почти любой шизофреник не может работать, не может быть в коллективе, не может приспособливаться к новым условиям и т.п.

Иногда на фоне таких симптомов, которые можно назвать однозначно негативными, типа неспособности работать, появляются такие симптомы, которые можно счесть продуктивными — например, страх. Выше, в п. 1.1, я писала о том, что все такие продуктивные симптомы можно трактовать и как негативные.

Как рассматривать смысл этих симптомов? Если речь идет об однозначно негативных симптомах, таких как паралич воли, искать в них смысл было бы ошибкой: это не то, что совершает сам больной, это то, что происходит с ним независимо от него.

Однако то, что происходит далее, нам понятно лучше. В результате волевого дефекта и потери ощущения бытия внешний мир начинает казаться давящим. Он еще сильнее угрожает бытию. Субъект старается уменьшить контакт с ним, чтобы сохранить хотя бы то бытие, которое у него есть. Однако без контактов с людьми он лишен той «подпитки», которой обеспечены нормальные люди.

От чего уходит шизофреник и куда он попадает?

Вопрос «от чего» уже вставал, но ответ на него чрезвычайно многообразен. Согласно теории Г. Бейтсона [Бейтсон, 2000], есть такие, которые уходят от неблагоприятных условий в семье. Согласно многим социальным теориям, уходят от ответственности за отношения. Более простой вариант — от необходимости бороться за жизнь, за место под солнцем, встраиваться в конкурентные отношения и т.п. Все, что здоровому человеку кажется интересно, по причине доступности удачи, шизофренику кажется ужасно, по причине недоступности.

Очень часто подступиться к пониманию этого процесса можно с мелочей. Давайте спросим себя, что легче: смотреть в глаза или не смотреть? Сутулиться или держаться прямо? Здоровый человек может не чувствовать различий, потому что ему все легко. На самом деле держаться прямо гораздо труднее, чем сутулиться, так как прямо расположенная голова сигнализирует всем возможным окружающим соперникам (а шизофреника ведь окружают только соперники и враги) о твоём благополучии и конкурентоспособности, а значит, они могут обратить на тебя агрессию. Опущенная голова и сутулая шея сигнализируют о неблагополучии, о таком состоянии, когда человек неконкурентоспособен, а

значит, никто не вступит с ним в борьбу. То есть это простая защита.

Аналогично со взглядом в глаза. Здесь фактор, играющий роль агрессии, понятен: это суггестия. А именно, каждый, в глаза кому я случайно посмотрю, приобретает над мной суггестивную власть. (Опять же, масштаб этой власти может быть очень преувеличен в воображении шизофреника, но так он это чувствует.) Это не страшно мне в том случае, если я уверена в собственной суггестивной власти над Другим. Такая уверенность свойственна здоровым, но шизофреник в этом пункте очень слаб. Он не умеет осуществлять суггестивную власть и очень боится попасть под чужую. Потому он и не смотрит в глаза. Это опять простая защита.

1.3.1. Внутреннее и внешнее, дереализация и деперсонализация

Понимать внешний мир и внутренний мир как жестко противопоставленные — неверно, хотя в определенном смысле это помогает интуитивному пониманию шизофрении (больной холоден внешне, но очень раним внутренне). Мы на этом уровне можем охарактеризовать внутренний мир шизофреника как безэмоциональный, без интереса к реальности, погруженный в собственные мысли; мир на границе внешнего и внутреннего — как область защит, уходов, уклонений и т.п. Что касается внешнего, то, казалось бы, я писала, что он ощущается как угрожающий и давящий, но это нельзя понимать буквально. Часто, насколько я понимаю, прямой угрозы больной сознательно не ощущает. Угроза — например, та, на которую указывают Сартр и Лэйнг, угроза быть объективированным — ощущается бессознательно, и скорее в виде отвращения, чем страха. Больной уходит, но совсем не обязательно он ясно осознает тот факт, и что он чувствует угрозу и что уходит. Хотя, конечно, обычно в речи больных шизофренией так или иначе проскальзывает мотив угрозы, даже если напрямую они про это не говорят [Микиртумов, Ильичев, 2007].

Однако отношение между внешним и внутренним далеко не просто, и эту сложность нам показывает пример симптомов деперсонализации и дереализации. Деперсонализация — это, грубо говоря, ощущение нереальности самого себя. Дереализация — это, грубо говоря, ощущение нереаль-

ности окружающего мира. В терминах из предыдущего абзаца первая является патологическим переживанием «внутреннего», вторая — патологическим переживанием «внешнего». Исходя из того, что было сказано раньше, нас уже не должна удивлять деперсонализация, поскольку это ведь почти то же самое, что и чувство недостаточности собственного бытия. И казалось бы, в этом случае внешний мир должен был казаться особенно угнетающим, особенно пугающим, особенно реальным. Однако клинические наблюдения говорят, что эти синдромы чаще всего встречаются вместе. То есть чувство реальности внешнего мира пропадает вместе с чувством реальности Я. Лично я склонна полагать, что это, в общем-то, один и тот же симптом — просто утрата переживания реальности чего бы то ни было. Говоря упрощенно, потеря реальности Я приводит к потере реальности бытия, а потеря реальности бытия — к потере реальности того мира, в котором происходит это бытие. Если субъект не в состоянии, допустим, радоваться или бояться (а так он и чувствует при шизофрении), то и в мире пропадают всякие основания для радости и для страха. Если он не в состоянии быть, то пропадают основания и для бытия. В своем переживании субъект объединяет мир и себя.

Корреляция между дереализацией и деперсонализацией, мне кажется, открывает важную вещь. Реальностью, нереальностью, тождеством/измененностью и другими подобными характеристиками наделяет мир сам субъект. И ощущение реальности мира — это не некое, так сказать, корреспондентно истинное описание его свойств, не «Я ощущаю, что мир реален, потому что он и на самом деле реален, я правильно ощущаю и описываю присущее ему свойство». Ощущение реальности мира — это наделение его таким переживанием, которое коренится в переживании субъектом своего бытия. А это последнее может быть разное. Способность переживать свое бытие как реальное — это, возможно, особая способность, обеспеченная специальными ресурсами, о которой здоровые люди не задумываются, поскольку она работает как бы сама собой. Только когда она пропадает, делается ясно, что она была.

Сюда же относится синдром психического автоматизма (у нас его называют еще синдром Кандинского-Клерамбо). Он состоит в том, что человек приписывает собственные дей-

ствия внешним силам, собственное сознание кажется ему открытым для всех, он якобы слышит, как чужие голоса проговаривают вслух его мысли и т.п. Понятно, что современная физиологическая психиатрия ищет мозговые нарушения, коррелирующие с этим психологическим синдромом [Фрит, 2005]. Лэйнг же с полной убедительностью показывает, что психический автоматизм — это следствие онтологической незащищенности, он вытекает отсюда психологически понятным образом [Лэйнг, 1995]. При недостатке переживания чувства собственного бытия субъект полагает причины своих действий в Других, он ощущает себя внушаемым и подчиненным даже тогда, когда на самом деле никто ему ничего не внушает, и с точки зрения внешнего наблюдателя он действует свободно и самостоятельно. Однако он не может сам переживать свою свободу, он даже не пытается этого, так как уже это ему психологически слишком тяжело. В этом Лэйнг видит психологическую основу синдрома автоматизма.

1.3.2. Квази-продуктивные симптомы: интеллектуальные нарушения

В этом пункте я хочу рассмотреть довольно специфические интеллектуальные состояния при шизофрении.

Мы затронули вопрос, от чего уходит больной шизофренией (от суггестии), чем это сопровождается (дереализацией), теперь коснемся вопроса, куда он попадает в результате своего ухода. С вышесделанной оговоркой относительно неясности разделения внутреннего и внешнего, все же попадает он во «внутренний мир». Если не ограничиваться простой формой с исключительно негативными симптомами, а добавить сюда еще и, скажем, онейроидные состояния, то внутренний мир можно писать без всяких кавычек — внешнее пространство, как экран, служит здесь только целям проекции сноподобного, чисто внутреннего, состояния. Но даже если брать только простую форму, внешний мир субъекта оказывается совершенно подчинен внутреннему. Скажем, субъект мыслит сам с собой, беседует с собой и с порождениями своего ума, у него делается очень своеобразным язык, который явно утрачивает функцию коммуникации, у этого языка остается функция инструмента мысли. Фактически, мы можем наблюдать у больных что-то типа приватного языка и точно они находятся в приватных, несообщаемых менталь-

ных состояниях. Это может быть совершенно не так по теории Витгенштейна, но сошлюсь на Лэйнга, который является безусловно авторитетным психиатром. Лэйнг пишет: «В качестве целого поколения людей мы настолько отчуждены от внутреннего мира, что существует убеждение, что его нет». [Лэйнг, 1995, с. 251] Причем, не всегда в этом мире все понятно. Как говорит Лэйнг, карта от него утеряна.

Вот одна из самых ярких метафор Лэйнга относительно внутреннего мира и того отношения к нему, которое характерно для шизофрении: «С идеального наблюдательного пункта на земле можно следить за боевым порядком самолетов. Один самолет может оказаться вне этого порядка. Но и весь порядок может двигаться не по курсу. Самолет, находящийся “вне порядка”, может быть ненормальным — больным и «сумасшедшим» с точки зрения порядка. Но и сам порядок с точки зрения идеального наблюдателя может быть больным или сумасшедшим. Самолет, находящийся вне порядка, также может двигаться не по курсу — больше или меньше, чем сам порядок. Критерий “вне порядка” — клинический позитивистский критерий. Критерий “не по курсу” — онтологический. Необходимо высказать два суждения по поводу этих параметров. В частности, фундаментально важно не сбивать личность, которая может быть “вне порядка”, говоря ей, что она движется “не по курсу”, тогда как это не так. Фундаментально важно также не делать позитивистской ошибки, предполагая, что поскольку группа находится “в порядке”, то это означает, что она обязательно движется “по курсу”. И не обязательно, что личность, находящаяся “вне порядка”, движется более “по курсу”, чем порядок. Нет нужды идеализировать кого-либо просто потому, что к нему приклеен ярлык “вне порядка”. Также нет нужды убеждать личность, находящуюся “вне порядка”, в том, что лечение заключается в возвращении в порядок. Личность, находящаяся “вне порядка”, часто полна ненависти к порядку и боязни прослыть лишним человеком. Если сам порядок движется не по курсу, то человек, действительнодвигающийся “по курсу”, должен оставить порядок. И это можно сделать — если человек того хочет — без крика и шума, без пугания уже и так напуганного порядка тем, что тот должен уйти». [Лэйнг, 1995, с. 300]

«В таком особом путешествии направление, которое мы должны принять, — это назад и внутрь, поскольку, именно

возвращаясь назад, мы начинаем оказываться в беспомощном состоянии. Люди скажут, что мы двигаемся в обратном направлении, уходим и теряем контакт с ними. Достаточно верно — нам предстоит долгий-предолгий путь, чтобы вернуться к контакту с реальностью, с которой мы давным-давно потеряли контакт [внутренней реальностью — Е.К.]. А поскольку они человечны, заботливы и даже любят нас — и еще очень напуганы, — они попытаются нас вылечить. Они могут добиться успеха. Но по-прежнему есть надежда, что их постигнет неудача». [там же, с. 334].

Итак, шизофреник покидает ментальный мир нормальных людей, в который попадал посредством долгой аккумуляции, долгого обучения (и этот нормальный мир стоит того, чтобы его покинуть), и возвращается к некоторым истокам, которые были у него «внутри» до того, как он начал аккумуляцию. В другом месте Лэйнг пишет, что «Эго должно быть слугой божественного, а не его предателем» [там же, с. 319]. Он недвусмысленно считал, что архаические и мистические бредовые переживания представляют собой исток подлинного религиозного переживания. В современном мире религиозное переживание утрачено, ему не учат, «нет карты» этого мира. Шизофрения — это тоже, конечно, не карта к подлинному религиозному миру. Однако шизофреник прав хотя бы потому, что пытается вернуться к истокам, и не его вина, что он так же точно не знает, куда оттуда двигаться, как этого не знают и все остальные, которые считают себя здоровыми. Если вычьсть из эмоционального стиля Лэйнга антипсихиатрический пафос, идея тут останется такая, что шизофренику тяжело в нашем мире, легче во внутреннем. Религиозный пафос Лэйнга мне тоже с сожалением приходится вычьсть (он очень мне симпатичен, но слова о переживании божественного при шизофрении не достаточно доказательны). Останется то, что шизофреник уходит от реального мира, от его задач, как интеллектуальных, так и требующих только сил.

Далее тут может быть два случая. Либо, если повезет, субъект остается в некоторой связи с чем-то, далее мы увидим, с чем. Либо субъект теряет всякую связь с чем бы то ни было. Второй случай мы рассмотрим, к сожалению, не можем. Такой больной не сообщает о себе, это, выражаясь ана-

логиями, черная дыра (хотя в отличие от дыры, этот больной почти ничего извне и не получает). По-видимому, мы можем сказать, что таковы состояния дефекта.

Что касается первого случая, то в нем выделяются еще два варианта. Если больному совсем повезло, у него достаточная легкая форма болезни, у него есть интеллектуальные способности и ему удалось попасть в благоприятные социальные условия, то такого больного можно назвать адаптированным. Совсем повезло, если он сильный математик (шахматист и т.п.). Социум математиков принимает практически любых членов, не предъявляя никаких требований ни к чему, кроме способности получать математические результаты. Менее повезло, если больной шизофренией поэт, но и тут может сложиться некая востребованность его в социуме.

Второй вариант первого случая не такой благоприятный. Тут мы видим субъекта, который не имеет никакой востребованности в социуме, никаких коммуникативных связей с ним. Но этот субъект сохраняет, как мы сказали, интеллектуальную связь. С чем эта связь? В общем-то, с любым предметом мысли. Больной шизофренией может интересоваться философией, эзотерикой, религией, политикой. Если он думает хотя бы о чем-то, стало быть, у него есть интеллектуальная связь мысли с ее предметом. И тогда мы можем рассмотреть, что характерно для шизофренического состояния интеллекта.

Вообще говоря, в прямом смысле интеллектуальных нарушений при шизофрении (речь о простой форме) нет. Понятно, что в состоянии дефекта, когда больной не вступает в осмысленную коммуникацию, мы не видим и деятельности интеллекта, но это не специфически интеллектуальное поражение. Мы можем взять для обсуждения, в качестве модельного случая, довольно легкую форму простой формы (не вялотекущую, потому что тут часто вообще никаких признаков болезни не будет, а выраженную, но медленно прогрессирующую и без осложнений). Тогда картина, во многих случаях, будет такая. Прямые тесты на интеллект, например, IQ, будут показывать отсутствие снижения, а в особых случаях возможно и повышение интеллекта. В жизни этих людей характеризует уход от любых напряжений, поэтому они обычно не работают, так что никакого применения их несниженный IQ не находит. Вполне возможно, они ведут очень замкнутый образ жизни, вообще не выходят на улицу. Воз-

можно также, они почти ничего не читают и не смотрят телевизор. В других случаях, при активной реабилитационной работе с ними, они трудоустраиваются, но обычно на должности, требующие минимального напряжения, например, дворниками и т.п. Их мыслительный процесс, тем временем, занят тем, что их интересует. Например, пусть это будет эзотерическая философия. И мы увидим здесь некоторые типичные особенности.

Ну, во-первых, эзотерической философии не бывает. Бывает либо эзотерика, либо философия. Но для того, чтобы понять, что такое философия, необходима большая работа мысли. Эта работа требует критического отношения к себе (однако при этом требуется также некоторое доверие к собственному чутью на проблему, на предмет). Мыслительная работа в области философии является видом работы. Как любая работа, она требует усилий и дает продукт.

Чтобы понять, в чем состоят требования к мышлению, нужно сказать о некотором свойстве мышления, если можно так его назвать — его энергетической нелинейности. Скажем, физическая работа дает пример линейного коррелирования между усилием и результатом. Если некто силен, он может перенести тонну кирпичей, а если некто слаб, то он может перенести только десять кирпичей. Если же некто вообще лишен сил, например, у него паралич, кирпичей он вообще не перенесет.

В мышлении не так. Есть мысли, и это даже целый большой вид мышления, для которого не требуется почти никакая сила, никакая способность. Это те мысли, в которых мы и не свободны. Однако они есть. Они приходят как бы «сами собой». Тот, кто бессилен в физическом смысле, не производит движений вообще; но тот, кто бессилен в мыслительном смысле, производит множество мыслей. Они характеризуются тем, что приходят сами собой.

Что это за мысли? Наиболее убедительный ответ дает психоанализ: это фантазии. Я не буду здесь углубляться в тему психоаналитических концепций мышления, только скажу, что Фрейд считал, что такое мышление присуще младенцу (он называет его «принцип удовольствия», поскольку младенец фантазирует только об удовольствии), однако из его собственной теории фантазии [Лапланш, Понталис, 1996, с. 552] следует, что ее можно распространить на весьма широкий

круг ситуаций. Например, фантазия всегда работает, когда необходимы продуктивные идеи относительно удовлетворения потребности. Помимо Фрейда, тему фантазирования рассматривал Юнг и указывал, что фантазия играет большую роль в мышлении интравертированного типа, у вполне нормальных взрослых [Юнг, 2001]. Фактически Юнг развил идею Фрейда, хотя последний и был с ним не согласен. После обсуждения этой темы также многими другими представителями психоанализа, мы можем сказать, что фантазия играет существенную роль в нормальном мышлении, являясь, так сказать, поставщиком материала для дальнейшего отбора.

Кроме того, у взрослых здоровых людей работает и то, что Фрейд называет «принцип реальности». Фрейд считал, что достаточно одного его, однако тут, скорее всего, он ошибся, и мы будем считать, что у взрослых здоровых фантазия поставляет идеи об удовлетворении потребности, а «принцип реальности», который тут играет роль механизма самокритики, играет роль отбора из этих идей наилучших и, затем, их реализации.

Теперь нам становится понятно, что мышление при шизофрении будет страдать отсутствием принципа реальности, отсутствием самокритики. Что это так и есть, свидетельствуют все клинические описания шизофрении. Кроме того, его будет характеризовать особая непрактичность. В общем смысле последнее качество совершенно не является болезненным, так как нормальное философское мышление, а также мышление в рамках фундаментальных наук, тоже не практично. Однако нормальное мышление содержит множество связей. Если это связи не с практикой, то, по крайней мере, с теми идеями, благодаря которым оно до сих пор двигалось. Например, в случае математики, продуктивное математическое мышление — это решение задачи, причем весьма часто оно дает возможность проследить и историю метода, и многое другое. Оно непрактично в житейском смысле слова, но очень практично в рамках самого себя, т. е. в рамках математики. Оно делает себя по возможности оптимальным. Оно способно к выделению из себя своего метода, с тем, чтобы использовать его в других задачах. Мы не будем называть такое мышление непрактичным.

Что касается фантазийного мышления, то оно непрактично не в житейском (как раз житейские связи зачастую воз-

никают), а именно в мыслительном смысле. Оно не поддерживает никаких связей со своим прошлым. Мы позже увидим это его свойство в очень выраженном виде в случае брезового дискурса. Я писала про это и в главе «Отсутствие опыта психической болезни».

Характерным свойством шизофренического мышления является легкость установления поверхностных связей. Иногда в этом можно увидеть особенности функционирования языка при шизофрении. «Разорванность» речи при шизофрении считается классическим симптомом, но не всегда понятно, идет ли речь про особенность речи или про особенность мышления. Хотя за исключением Витшенштейна и Лакана люди считают эти вещи все же разными, при шизофрении речь и мысль очень близки друг другу, мы увидим это ниже.

Вот текст, который стал в русскоязычной психиатрии классическим примером разорванной шизофренической речи, или шизофазии:

Родился на улице Герцена. В гастрономе № 22. Известный экономист. По призванию своему библиотекарь. В народе — колхозник. В магазине — продавец. В экономике, так сказать, необходим. Это, так сказать, система... эээ... в составе 120-и единиц. Фотографируйте Мурманский полуостров — и получаете *te-le-fun-ken*. И бухгалтер работает по другой линии. По линии «Библиотека». Потому что не воздух будет, а академик будет! Ну вот можно сфотографировать Мурманский полуостров. Можно стать воздушным асом. Можно стать воздушной планетой. И будешь уверен, что эту планету примут по учебнику. Значит, на пользу физики пойдет одна планета. Величина — оторванная в область дипломатии — дает свои колебания на всю дипломатию. А Илья Муромец дает колебания только на семью на свою. Спичка в библиотеке работает. В кинохронику ходит и зажигает в кинохронике большой лист. В библиотеке маленький лист разжигает. Огонь будет... эээ... вырабатываться гораздо легче, чем учебник крепкий. А крепкий учебник будет весомей, чем гастромом на улице Герцена. А на улице Герцена будет расщепленный учебник. Тогда учебник будет проходить через улицу Герцена, через гастромом № 22, и замещаться там по формуле экономического единства. Вот в магазине 22 она может расщепиться, экономика! На экономистов, на диспетчеров, на продавцов, на

культуру торговли... Так что, в эту сторону движается вся экономика. Библиотека двинется в сторону 120-и единиц, которые будут... эээ... предмет укладывать на предмет. 120 единиц — предмет физика. Электрическая лампочка горит от 120-и кирпичей, потому что структура у нее, так сказать, похожа у нее на кирпич. Илья Муромец работает на стадионе «Динамо». Илья Муромец работает у себя дома. Вот конкретная дипломатия! «Открытая дипломатия» — то же самое. Ну, берем телевизор, вставляем в Мурманский полуостров, накручиваем, там... эээ... все время черный хлеб... Дак что же, будет Муромец, что ли, вырастать? Илья Муромец, что ли, будет вырастать, из этого?

Кстати, Лэйнг на примере нескольких случаев, столь же классических в англоязычной психиатрии, показал, что вдумчивая интерпретация превращает шизофазический текст в практически полностью осмысленный, разве только слегка сжатый. Мне тоже кажется, и даже без помощи Лэйнга, что в этом тексте видна, в общем, нормальная тема мысли (человек озабочен состоянием экономики и политики) и почти нормальное ее выражение. Правда, в нем очень не хватает обращения к аудитории, обратной связи с ней. И, конечно, говорящий очевидно отвлекается на побочные ассоциации. Но в целом это как раз тот случай, о котором я говорила выше: больной, находящийся в связи с предметом мысли. Ведь что такое побочные ассоциации? Это такие, которые не имеют отношения к теме. А что такое тема? Это то, о чем субъект говорит с Другими. Обычно с реальными Другими. Тогда тема не меняется (это и удобно для Других, для их понимания, и принято конвенционально).

Если он же говорит сам с собой (с воображаемыми Другими, с интенциональной средой) — а шизофреник так и говорит — то он вполне имеет право поменять тему или считать свою тему сколь угодно широкой. Тогда любые ассоциации окажутся нужными и непобочными.

И вот мы как раз близко подошли к тому, что я упоминала выше: легкость поверхностных смысловых связей. Понятно, что когда никакие ассоциативные связи не опускаются, а все являются равно ценными, каждое понятие связано в мышлении шизофреника с гораздо большим количеством

смыслов, чем это бывает в мышлении тех, чьи ассоциации управляются социумом, задаваемой им темой, задаваемым им порогом приемлемости и так далее. Так что еще вопрос, является ли мышление шизофреника «разорванным» или, наоборот, сверх-связанным. Хорошо известен факт, что больные шизофренией видят сходство в том, в чем здоровые сходства не находят [Фейгенберг, 2008]. Это еще одно из многочисленных выражений богатства ассоциативных связей при шизофрении.

И это пример такого богатства, которым можно обладать только в состоянии шизофренического аутизма, когда мысль более обращена к своему предмету, нежели к Другим.

Подытожу сказанное в пункте про интеллектуальные особенности шизофренического состояния. Они есть. Это не снижение и не повышение интеллекта, это бессилие контроля, бессилие «принципа реальности» и бессилие представительства слушающих Других в мышлении. Поскольку контроль отсутствует, больной говорит все, что приходит в голову, а это процесс самопроизвольный. Он поставляет большое количество ассоциаций, что иногда может являться продуктивным. Но, конечно, чаще это отсекает больного от практических последствий его мышления.

Кроме того, он сам не управляет своим мышлением. Про это я хочу сказать отдельно, на примере другого модельного случая: острого аффективного бреда. Конечно, можно возразить, что понятно, что в остром аффективном состоянии управление мышлением меньше, чем в состоянии простой, неаффективной формы. Тем не менее, я думаю, различия здесь количественные (это утверждение открыто для критики).

1.3.3. Бредовый дискурс

Бредовый дискурс бывает двух видов, сообразно двум видам бреда. В остром аффективном состоянии бред ярко выражен и дискурс тоже очень отличается от обычного. В случае систематизированного бреда при паранойе дискурс может казаться практически нормальным. Сначала я расскажу о дискурсе аффективного бреда по своим собственным наблюдениям, а потом — о дискурсе систематизированного бреда по Лакану.

Аффективный бред

Острый аффективный бред бывает не только при шизофрении. Это состояние может возникнуть даже как реакция на депривацию сна, а также при приеме веществ и при различных соматических состояниях. И при остром начале приступообразной шизофрении он тоже бывает достаточно часто. Я не буду брать в качестве примера онейроидные и кататонические состояния. Модельным случаем будет аффективный бред при почти ясном сознании, сопровождающийся непрерывной речью. Аффект — гнев и самовозвеличивание. Больной ориентируется в месте, времени и своей личности, хотя при этом дает себе неадекватные характеристики, сверхмогущество. Он не вступает ни в какую коммуникацию, только повествует о разворачивающемся у него мышлении. Основная тема бредового эпизода: победа над воображаемыми врагами при помощи особых способностей, которые ему присущи. Я ориентируюсь на конкретный знакомый мне случай, но полагаю, что психиатры подтвердят распространенность этого варианта.

Запись речи данного бредового эпизода (к сожалению, я не могу привести ее из соображений этики) дает следующие результаты анализа. Я буду называть речь при аффективном бреде бредовым дискурсом.

По теме дискурса. Бредовость идей про врагов и про особые способности я не буду специально разбирать, достаточно сказать, что это прекрасно объясняется теорией Фрейда-Блейлера о фантазийном, компенсаторном характере бреда и галлюцинаций. Я непременно хочу тут упомянуть, что этой теорией, мне кажется, объясняются далеко не все случаи бреда, но к простым случаям она, видимо, действительно подходит.

Обращает внимание огромное количество в тексте непристойностей и угроз. Чаще всего, собственно, непристойных угроз. Кроме того, они сочетаются с богохульствами и приписыванием себе статуса, близкого к божественному. В тексте очень много мата (вне приступа больной отличается исключительной интеллигентностью). Бредовый дискурс несколько напоминает дискурс при сильном опьянении, напоминает, собственно, впечатлением расторможенности, буквальным «отсутствием тормозов», когда «снесло крышу». Некоторые брутальные непристойности можно вполне счесть архетипи-

ческими по Юнгу. Некоторые, наоборот, производят впечатление чисто русско-языковых.

Затем, обращает на себя внимание, что речь больного несет признаки неудачного коммуникативного акта. Выше я писала, что больные говорят сами с собой. Это, конечно, не так. Они говорят с интериоризованными Другими. В случае же, когда приступ бреда наступает внезапно, весьма часто больной будет обращаться и к вполне конкретным Другим. Правда, отсутствующим в данный момент, не могущим его услышать. Это нас не очень удивляет, но я хочу обратить внимание, что сама речь как бы знает о том, что она не будет услышана и понята. Если больной пишет, он пользуется неадекватным количеством выделений, например, ставит две строки восклицательных знаков. Или набирает целые абзацы большими буквами. Это коммуникативный акт, в который буквально внутренне встроена его неудача. Нарастивание выразительных средств тут только подчеркивает их бессмысленность.

Наконец, что кажется мне важнее всего. *У бредового дискурса нет замысла.*

Что такое замысел? Это план сказать то, что еще не сказано, либо написать то, что еще не написано. Замысел предполагает текст, письменный или устный.

Текст с замыслом является связным. Он развивается. Обычно он начинается с того, что известно адресату (он может не иметь адресата, но это более редкий случай; тогда он начинается с того, что известно автору). Замысел никогда не бывает стопроцентным, поскольку мысль не может знать, к чему она придет, но замысел направляет мысль. Замысел — это примерное представление о том, что должно быть в конце. Работа мысли под руководством замысла заключается в том, чтобы подвести к этому.

Замысел включает не-сказанное в сказанном. Ведь к цели надо еще подвести. Иногда подведение занимает большую часть текста, цель замысла звучит только в конце и иногда даже вовсе теряется, но это не значит, что текст не получился. Замысел все равно свел его воедино, сделал из него какую-то единицу. Текст, охваченный единым замыслом — это единица мысли. После того, как мысль родила текст с замыслом (даже если в конце она пришла не туда, куда планировалось), она находится на другом мыслительном уровне и готова к новым замыслам. Один замысел — это одна ступень мысли.

Так вот, бредовый дискурс, и также многие другие виды девиантного дискурса, не управляются замыслами. Этот дискурс протоколирует поток сознания. Единица мысли там равна нулю. И поэтому он никуда не движется. Этот поток стоит на месте. Чтобы мысль двигалась, тексту нужен замысел. Мы и реально видим в текстах больных шизофренией, даже не обязательно при остром аффективном бреде, а и при обычной речи умеренной разорванности при простой форме, постоянные повторения. Если что-то меняется в речи, это означает, что изменилось состояние больного. Например, в эпизоде острого бреда он говорил про врагов, но после начала терапии нейролептиками он говорит про что-то другое. Это не мысль его двинулась, а это протокол сознания отразил изменение, происшедшее под воздействием внешних причин.

О каком состоянии сознания может свидетельствовать эта склонность говорить без замысла, протоколно? И о каком состоянии сознания свидетельствует способность здорового человека говорить почти всегда с замыслом? Мне кажется, тут лучше всего подходит идея Гуссерля о горизонте. Под горизонтом сознания понимается общая его способность существовать не только в «здесь и сейчас». Я напишу более подробно о горизонтах в главе про аутизм. Можно говорить о том, что сознание имеет горизонт во времени (об этом Гуссерль подробно пишет в произведении «Феноменология внутреннего сознания времени» [Гуссерль, 1994] на примере восприятия мелодии), можно говорить о том, что каждый предмет существует в горизонте своего смысла для данного сознания. В общем, сознание само строит свой горизонт исходя из того, что находится в фокусе интенционального акта и каковы связанные с этим проекты (о последнем пишет уже не Гуссерль, а Хайдеггер). Важно, что любой здоровый человек способен думать в значительном отвлечении от точки «здесь и сейчас». Что касается бредового дискурса, он не выходит за точку «здесь и сейчас».

Конечно, это более сложный вопрос. Выше я писала о фантазии: здоровый человек находится под контролем принципа реальности, а больной нет, он может уноситься в своей фантазии далеко от реальности. Поэтому, может показаться, что как раз отделяться от точки «здесь и сейчас» — это признак болезненной фантазии, а здоровый человек может держаться ее. Поэтому мы должны ввести какие-то два слоя

управления мысли, проще всего, наверное, сказать, бессознательный и сознательный. В бессознательном слое управления как раз и происходит это отсутствие принципа реальности и господство фантазии. Поэтому выше мы видели, что тема бредового дискурса — фантазийная (расправа с воображаемыми врагами). А на уровне сознательного управления отсутствует способность сознания строить и поддерживать горизонт. Поэтому речь больного протоколирует, а мысль его лишена замысла, она никуда не движется. Если мы примем это упомянутое «господство фантазии на нижнем слое управления», то у нас, стало быть, будет фантазийный дискурс, что само по себе еще не патология. Сказка, фэнтези, да и любая фикшн-литература тоже относятся к фантазийному дискурсу, ведь они описывают то, чего нет. Однако на верхнем слое управления у них есть замысел. Они обращены к Другим и строят свое повествование по плану, переходя от мысли к мысли, от начала к концу. Все сказанное удерживается и накапливается, эти повествования кумулятивны. А фантазийный дискурс без верхнего слоя управления просто протоколирует фантазии и тут же утрачивает их, он не кумулятивен. Правда, этот признак не является критерием бреда. Конечно, протокол сознания никогда не совместим с замыслом, но это не значит, что любой протокол сознания или любой текст без замысла — обязательно бред, тем более острый аффективный бред. Бывает даже такой жанр: литература потока сознания. Но для любого бредового дискурса распад замысла — очень характерный признак. Это, кстати, и один из аргументов против стремления некоторых идеологий восхищаться шизофреническим типом мышления. Мысль без замысла, занятая протоколированием фантазий, вопиюще лишена самой своей сути как мысли, она лишена способности построить единицу мысли, лишена мыслительного движения.

Поскольку помимо такой тонкой вещи, как отсутствие замысла в бредовом дискурсе, для шизофрении характерно гораздо более явное и более центральное нарушение, а именно поражение воли, я хочу предположить, что это вещи близкие. По-видимому шизофрения нам демонстрирует, что для того, чтобы поддерживать замысел, требуется волевое усилие.

Этого, правда, нельзя сказать о горизонте. Насколько могу судить, для поддержания горизонта сознания, будь то темпоральный горизонт временного сознания, или горизонт

смысловых связей предмета, никакого волевого усилия прилагать не нужно. Наоборот, насколько могу судить, без особых усилий этот горизонт иногда даже расширяется. Смысловые связи настолько обогащаются огромным количеством поверхностных ассоциаций, что это приводит к их перепутыванию, беспорядку, скольжению по ним. Сам предмет при этом очень часто не удерживается, или то пропадает, то возвращается, как это случается в примере шизофазии выше. Это, так сказать, горизонт в беспорядке. Волевое усилие мысли мы прикладываем, очевидно, чтобы приводить смысловой горизонт в порядок (конечно, что-то теряя при этом).

В философии обычно не проводится связи между интеллектом и волей. Традиционно считается, что это вещи разные. Шизофрения нам показывает, что при поражении воли интеллект поражается вполне определенным образом: теряет упорядоченность горизонта и способность к замыслу, к планированию мышления.

Систематизированный бред: Лакан

История Шребера, его бреда и анализа его бреда — это один из самых захватывающих сюжетов психоанализа. Вкратце говоря, в конце 19 века в Швейцарии в возрасте примерно 50 лет сошел с ума незаурядный, широко образованный, занимавший высокий государственный пост человек, именуемый судьей Шрёбер. У него был не типичный чистый систематизированный бред, поскольку присутствовали постоянные слуховые псевдогаллюцинации¹³. Поэтому диагноз тут скорее всего должен быть «параноидная шизофрения». Кажется, даже были элементы аффективного состояния. Как бы то ни было, Шребер покинул работу, какое-то время лечился у врачей, с ними у него складывались довольно типично бредовые отношения, потом перестал лечиться. Будучи очень интеллектуальным человеком, он постоянно вел дневник, где подробно описывал все, что с ним происходило. Этот днев-

¹³ Псевдогаллюцинации отличаются от настоящих галлюцинаций тем, что имеют признаки нереальности, «сделанности», звучат прямо в голове, кажутся вложенными прямо в мысли и т.п. Настоящие галлюцинации проецируются вовне и неотличимы от реальности. При шизофрении псевдогаллюцинации встречаются гораздо чаще настоящих галлюцинаций.

ник стал уникальным документом, поскольку Шребер никогда не терял ясности ума, описывал все очень точно (и галлюцинации, и бред) и, разумеется, рассуждал, что это может значить. По его мнению, с ним говорил Бог. Дневник написан захватывающе, видно, насколько умный человек это писал.

Возможно, дневник Шребера не стал бы знаменитым, если бы не попался Фрейду. Фрейд никогда не видел самого Шребера, он проанализировал только текст. Этот анализ в теории Фрейда занимает видное место, именно тогда у Фрейда стала складываться теория проекции и другие важные для него идеи. Поскольку одним из моментов довольно странного обращения Бога к Шреберу было требование превратиться в женщину, Фрейд пошел здесь по пути анализа бессознательных гомосексуальных влечений. Собственно идеи Фрейда я здесь излагать не буду, они типично психоаналитические [Лапланш, Понталис, 1996]. Нам важно, что все, что писал Фрейд, всегда попадало в круг вторичных интерпретаций. Сам дневник Шребера прославился уже после работы Фрейда.

Одна из работ, посвященных Шреберу — статья Ж. Лакана «О бессмыслице и структуре Бога» [Лакан, 2000], включенная в третий том его «Семинаров». Здесь Лакан рассматривает дискурс шреберовского бреда и галлюцинаций. Насколько удастся понять мысль Лакана, он рассматривает двух субъектов: сознательного и бессознательного.

Бессознательный субъект существует посредством дискурса. Под «дискурсом» Лакан понимает не то, что стали понимать позже, а скорее просто речь. Однако эта речь не носит коммуникативный характер. Я бы даже предположила, что это не речь, а язык (в смысле дихотомии Соссюра), однако это звучащий язык, это как бы саморазворачивание языка в бессознательном субъекта. Это саморазворачивание происходит из законов самого языка, посредством, так сказать, языковой причинности. Что такое языковая причинность? Говоря очень приблизительно, это как одни слова тянут за собой другие слова, цепочки слов, целые высказывания тянут за собой другие высказывания и так далее. По мысли Лакана, собственно, бессознательное и имеет такую языковую структуру.

Все это свойственно и здоровым людям. Чем отличается бредовое состояние, так это тем, что бессознательный дискурс выходит наружу. Лакан пишет: «Разве нам, психоаналитикам,

не известно, что нормальным субъектом является тот, кто не расположен большую часть своего внутреннего дискурса принимать всерьез? Обратите внимание, сколько в нормальных субъектах, а следовательно и в нас самих, происходит вещей, которые мы постоянно стараемся не принимать всерьез. Вполне возможно, что главная разница между нами и психически больными в этом и состоит». [Лакан, 2000]. Каким образом происходит такой выход наружу внутреннего дискурса, мы не знаем. Поскольку при этом утрачивается свойственное здоровым четкое разделение между бессознательным и сознательным субъектом, происходит, как говорит Лакан, фундаментальное нарушение отношения к языку как целому («бред Шребера как раз и представляет собой один из способов отношения субъекта к языку взятому как целое.»). По поводу этой фразы можно гадать, что она означает, лакановская теория субъекта очень сложна. По-видимому, мы можем сказать, что бессознательный субъект, как у больных, так и у здоровых, занят почти только проговариванием своего внутреннего дискурса. (Имеется еще беспредметное желание, но про это мы сейчас не будем говорить). Что касается сознательного субъекта, то в этом у больных и у здоровых есть разница. У здорового человека имеется по крайней мере некоторая внешняя инстанция субъектности, обращенная к реальности. Как бы мы ни зависели от языка, мы все же оперируем им, мы заставляем его служить нам, когда вступаем в коммуникацию, когда формулируем свои мысли. Но язык навязывает себя. Особенно это заметно, когда текст трудный (вот сейчас, когда я пишу про Лакана, я чувствую это очень хорошо!). Нам приходится тратить определенные усилия для подчинения языка себе, чтобы он служил как инструмент и передавал то, что его просит. Это активность внешнего субъекта, который может ставить цель, более-менее внешнюю по отношению к языку.

При бреде сознательный субъект как бы сдается бессознательному субъекту, совсем пропадает. Тогда он попадает в стихию языка и оказывается управляемым ею. У него пропадает отношение «к языку как целому», поскольку он в каждый момент находится только в данной точке. В связи с этим пропадает критика. Грубо говоря, субъект говорит то, что приходит ему в голову. В тяжелых случаях мы будем иметь шизофазию, а в менее тяжелых, как у Шребера — некую по-

строенную систему, построенную только внутри дискурса, не соотносящую этот дискурс и реальность.

Итак, от общепринятых теорий бреда теория Лакана отличается указанием на творящую роль языка. Естественная установка в отношении языка такова, что язык лишь описывает то, что происходит помимо него, в том числе в случае психической болезни. Когда мы слышим рассказ больного с систематическим бредом, как родственники хотят отравить его гипнотическими лучами, мы предполагаем, что больной неправильно чувствует (страх), неправильно думает (некритичен к своим гипотезам о родственниках), но говорит он правильно. Мы полагаем, что он описывает то, что думает. То есть сходят с ума, если можно так выразиться, мысли, а язык остается здоровым. В теории Лакана сходит с ума именно язык. Гипнотические лучи — это порождение дискурса, это означает, что так сложились слова в его бессознательном. Мысли же погружаются в язык, растворяются в нем. Да и бывают ли, по Лакану, мысли, которые были бы внешними в отношении языка? У его последователей довольно часто можно встретить утверждение, что внешних относительно языка мыслей вообще нет, что все есть дискурс, который сам себя творит посредством субъектов.

Впрочем, эта тема уже выходит за рамки данной работы.

1.3.4. Психологические гипотезы:

Бейтсон и Кляйн-Лэйнг

Здесь мы будем говорить в основном о простой шизофрении и о поражении воли. Все психологические гипотезы сходятся в том, что характерное для шизофрении поражение воли вызывается Другими или, по крайней мере, Другие в этом участвуют.

Что волю можно подавить и сломать, мы вряд ли будем сомневаться. Конечно, надо учитывать, как это было сказано выше, что речь идет не о простом поражении деятельности воли: воли к власти, например, или к построению своей жизни. При шизофрении пропадает та воля, которая является энергией душевного бытия, это даже не совсем верно называть волей. Термин Лэйнга «онтологическая защищенность, уверенность» (ontological security) — самый лучший из всех придуманных для этого, но и он не совершенен. Это как будто у каждого человека есть какая-то *доза бытия*, и у

всех примерно одна и та же. Лишь у некоторых она меньше. Понятно, что здесь нужно принять также и гипотезу о биологической предрасположенности.

Теперь мы должны задать уже другой вопрос: каким образом другие люди могут подавить не просто волю, но дозу бытия? Или, лучше сказать, что именно подавляют Другие?

Уже много лет беспокоит умы шизофреноведов гипотеза так называемой двойной связи (*double bind*), высказанная американским антропологом Г. Бейтсоном [Бейтсон, 2000]. Двойная связь — это такое отношение матери к ребенку, при котором ребенок получает от нее противоречивые, двусмысленные управляющие команды. Бейтсон указывает, что это должны быть команды на разных уровнях, один более конкретный, другой более абстрактно-рефлексивный. Ребенок не может выполнить ни одну из них без того, чтобы нарушить другую. За любое нарушение он получает от нее порицание. Итак, мир, в котором существует этот ребенок, противоречив. Однако ребенок не может осознать противоречивости мира и тем более неправоты матери, так как мать для ребенка права всегда, по определению. Кроме того, отношения построены так, что ребенка наказывают также за попытки дать комментарий к происходящему, вырваться из круга противоречий. Ребенок верит и полагает, что он неправ, однако у него нет возможности понять, в чем и что нужно делать. В этих условиях ему не остается ничего, кроме признания неспособности своего разума к принятию решений. То есть он берет на себя роль психически больного¹⁴. Мать в такой

¹⁴ Например, если мать испытывает враждебность (или привязанность) к ребенку и чувствует при этом одновременно потребность отдалиться от него, она может сказать: «Иди спать, ты устал. Я хочу, чтобы ты уснул». Это высказывание, выражающее внешне заботу, на самом деле направлено на то, чтобы отрицать чувство, которое можно было бы сформулировать так: «Убирайся с глаз моих долой! До чего же ты мне надоел!» Если ребенок правильно различает метакоммуникативные сигналы матери, то он оказывается перед тем фактом, что она одновременно не хочет его видеть и симулирует любовь, вводя его в заблуждение. Но ребенок будет «наказан», если научится различать уровни сообщений правильно. Поэтому он скорее примет идею, что он устал, нежели распознает обман матери. Это означает, что он должен

семье называется шизофреногенной. Отец обычно или отсутствует, или слаб, или сам плетет двойные связи.

Бейтсону в этой теории удалось хорошо показать, как появляются некоторые симптомы шизофренического мышления, например, отказ от эмоциональных отношений, уход в себя, неспособность к критической рефлексии. Но, к сожалению, его теория не всеобъемлюща. Далеко не все личные истории болезни несут следы взаимодействия с шизофреногенной матерью. Кроме того, не объяснены ни непонятные симптомы типа бреда и галлюцинаций, ни даже полупонятные, такие как шизофазия, дереализация, синдром автоматизма. И вообще как-то трудно представить себе, чтобы даже очень странная мать настолько подавила собственное бытие ребенка, что это сказывалось бы на протяжении всей его жизни полным отказом, по сути, от всякого бытия. С другой стороны, некоторый важный смысл шизофренического бытия в теории Бейтсона, безусловно, схвачен. Неспособность к установлению границ автономии и спонтанности своего Я, отказ субъекта от заявления на право быть в модусе своего Я, его преувеличенная зависимость от манипулятивных техник других, патологическая покорность по отношению к суггестии других и столь же преувеличенные попытки вырваться из этой суггестии любой ценой — ценой собственного безумия, например. Все это надо, мне кажется, описывать и толковать, возможно, даже, с использованием теории двойной связи, но в некотором расширенном варианте, без шизофреногенной матери и вообще без обязательного сведения всех причин к роли семьи и детства. Может быть, двойной связью для субъекта, больного слабостью бытия, может оказаться практически любое взаимодействие. А еще продуктивнее мне кажется свести в одну теорию бейтсоновскую идею двойной связи и поршневские рассуждения о суггестии.

Мелани Кляйн (крайне интересная представительница послефрейдовского психоанализа) показала, что некоторые симптомы, которые мы привыкли считать шизофренически-

обмануть самого себя относительно своего внутреннего состояния, чтобы поддержать мать в этом обмане. Таким образом, чтобы выжить, он должен неправильно различать как свои собственные внутренние сообщения, так и сообщения матери. [Бейтсон, 2000.]

ми, являются исходными характеристиками субъектности младенческого типа [Кляйн, 2000]. Ею придуманы для этого два термина: шизопараноидная позиция и депрессивная позиция. Полностью понять ее мысль, не будучи в контексте психоанализа, достаточно трудно, и я не буду излагать ее здесь в деталях. Однако в общих чертах это понимаемо.

Младенческая психика, согласно Кляйн, представляет собой арену фантастической борьбы сил добра и зла, и причина этого очень проста: ребенок не понимает, в силу каких причин, внутренних или внешних, он испытывает удовольствие и дискомфорт. Зрение и слух у него дифференцированы не так, как у взрослых, сосательный рефлекс осуществляется автоматически, поэтому даже такое собственное действие, как сосание, он не воспринимает, как, казалось бы, надо было его воспринимать: «я был голоден, приблизилась грудь матери, я стал сосать ее и насытился». Вместо этого комплекс его ощущений примерно можно передать так: «было все плохо, потом что-то такое было, мне стало хорошо, то есть это появлялась добрая сила и победила зло». Склонность приписывать свои состояния действию внешних сил Кляйн вслед за Фрейдом называет проекцией и указывает, что именно таков ход мысли при паранойе. Больной паранойей тоже испытывает страх из-за каких-то внутренних причин, но полагает, что страх вызван тем, что его, например, преследуют. Это болезненная проекция. А вот у младенца проекция — это нормальное состояние сознания. Для этого состояния нормально даже нечто типа галлюцинаций. Следовательно, нормальное развитие представляет собой отказ от младенческого применения проекции, а паранойя — это регресс, возврат к тому, как это было во младенчестве.

Шизофреническая позиция, по Кляйн — это тоже нормально для младенца состояние расщепленности его психики. Младенец не интегрирует свои переживания в единое целое. Мир тоже предстает ему расщеплено: он воспринимает не мать, а отдельно грудь, отдельно руки, отдельно голос, отдельно лицо. Переход к интегрированному восприятию мира, объектов мира, а также и себя — это важный шаг на пути преобразования младенческой субъектности. Он дается тяжело, а потом, уже когда он совершился, он требует ресурсов для поддержания интеграции. Фрейду принадлежит знаменитый термин «работа горя», не случайно и Кляйн

следующую за шизопараноидной позицию называет депрессивной. Поэтому мы не удивимся, что опять при болезни происходит регресс к младенческому состоянию субъектности, интеграция теряется, субъектность снова превращается в расщепленную, мир тоже теряет целостность и меняется.

Рональда Лэйнга я упоминала уже много раз. По моему убеждению, это один из самых выдающихся психиатров во всей истории психиатрии. Теоретически он базировался на разработках Кляйн и Д. Винникотта (ее ученика и своего учителя). Он сделал понятным то, что было непонятно ранее: как именно переживание «онтологической незащищенности» (я выше называла его слабостью бытия) приводит к тому, что происходит отказ от собственной интегрированности и переход к применениям проекций. В книге «Расщепленное Я» [Лэйнг, 1995] он показывает на реальных историях болезни своих пациентов, как это происходит. Они не могут выносить давление мира (часто это семья) и прибегают к стратегии ложного подчинения, подчинения как бы своим телом, но не сознанием. Мысленно они уходят в другой выдуманный мир. В настоящем мире их существование с неизбежностью впадает в дереализацию и автоматизм, а в фантазийном мире реальность заменяется проекциями. Но эти два мира не разделяются до конца, из-за чего происходит проникновение галлюцинаторного мира фантазий в реальный дереализованный мир их тела. Все это Лэйнгом описано с огромной убедительностью, так что книгу надо читать, пересказать ее нельзя. Итак, на вид мы имеем типичный шизофренический распад личности с продуктивной симптоматикой. Этот фасад в свое время даже сам Ясперс назвал непонимаемым! Но Лэйнг проникает за него и видит там онтологическую незащищенность и беспомощные попытки спастись в фантазиях и проекциях. (Неудивительно, что при таком уровне психологического понимания Лэйнг был против лечения больных электрошоком и даже лекарствами. Он же в 60-х годах встал во главе антипсихиатрического движения).

Закключение о симптомах шизофрении

Касательно психологических теорий шизофрении заключить я могу только то, что пока дело этих теорий впереди. Бейтсон, Лэйнг, Кемпинский — эти авторы очень хороши, но не дают пока ни возможности понять абсолютно все, свя-

занное с шизофренией, ни тем более какого-либо выхода в практику. До тех пор, пока нейролептики будут эффективнее «излечивать» (даже если они всего только снимают симптоматику), больше веры будет физиологам, а не психологам.

Что касается шизофрении вообще, то я бы сказала, что это случай, когда человек теряет ресурсы бытия и при этом не находит стратегии вписаться в социум. Когда человек теряет эти ресурсы, но может вписаться в социум, мы будем иметь случай отстраненного и пассивного, но не безумного человека. В нашей культуре я знаю один социум, прекрасно ассимилирующий даже сильно больных шизофренией людей: это социум математиков, при условии, что больной способен к математике¹⁵. В более простых культурах таких социумов намного больше. Тогда такой больной будет считаться чудачком, он будет избегать людей, но социум найдет способ приспособить его к какой-нибудь функции. Так обстоит дело в традиционных обществах или там, где социум прост и деятельность проста. Простая деятельность, не сопряженная с необходимостью общаться, тем более решать коммуникативные проблемы, обычно по силам больному шизофренией, и он может даже не подозревать, как трагически сложилась бы его судьба в других обстоятельствах. Если же он из-за паралича воли не в состоянии выполнять даже самую простую работу, то, скорее всего, будет считаться слабоумным, но не безумным. Слабоумные же («дурачки») в традиционных обществах обычно хорошо социально защищены, хотя вариантов, конечно, много.

Если человек не теряет ресурсы бытия, то обычно он может вписаться в социум, либо ему мешает какая-то специальная причина (например, проблемы происхождения или воспитания). Бывает и иначе, немного о случае антисоциальной субъектности при больших ресурсах бытия я напишу ниже в главе о психопатах.

Соответственно, насколько я понимаю, частично симптоматика шизофрении обусловлена недостатком психичес-

¹⁵ Случай из моей собственной практики: в одной группе на мехмате был такой талантливый больной, он вел себя достаточно неадекватно и всем мешал заниматься; другие учащиеся переходили из-за этого в другую группу (!), но ни один не сказал ему ни слова, не причинил никакого социального ущерба.

ких ресурсов, этой «сниженной дозой бытия». Со стороны бытия к таким людям предъявлены требования, которые превышают отпущенные им ресурсы. Все их бытие — это, так сказать, «испытание не по силам». Причем не следует трактовать требования бытия как-то замысловато, это самые обычные требования: быть ответственным за собственное Я, уметь строить проекты жизни, рефлексивно воспринимать свое мышление, различать реальность и фантазию, быть в курсе того, каким бытием существует мир¹⁶ и населяющие его люди, по крайней мере, строить на этот счет гипотезы и осознать их гипотетический статус. Все это довольно естественно для здоровых людей, но оказывается, что для всего этого нужны ресурсы, силы, нужна несниженная доза бытия.

Вторая составляющая шизофренической симптоматики обусловлена отсутствием вписанности в социум. В социуме субъект всегда встречается с чем-то, что можно условно называть *требование Других*¹⁷. Что такое требование Других? В здоровом состоянии субъект ощущает его как исходящий от Других естественный призыв к нему быть таким же субъектом, как они (исполнять общие обычаи, обязательства, быть предсказуемым и т.п.). В нормальном состоянии субъект отвечает на требование Других во-первых, тем, что исполняет его — ведет себя и даже переживает в соответствии с тем, что Другие ожидают от него, а, во-вторых, тем, что в свою очередь адресует к ним такое же требование. Поскольку здоровые субъекты в социуме обмениваются этими требованиями друг к другу с примерно одинаковой силой, приемлемой для всех, это проходит незамеченным. Но больной шизофренией, с его онтологической незащищенностью, ощущает требование Других как непосильное. Здесь возможны несколько вариантов, преимущественно два. При простой фор-

¹⁶ Требование «Знать, каким бытием существует мир» может опять показаться слишком сильным (кто знает об этом?!), но и здесь я говорю о простых вещах: например: что в мире действует принцип причинности. Большой аутизм, как правило, не способен конституировать причинность мира.

¹⁷ Я буду писать слово «Другие» с большой буквы, когда имеется в виду термин теории субъекта, то есть другие люди, с которыми у субъекта есть отношение — его к ним или их к нему, двустороннее или одностороннее.

ме на это мучительное состояние, требование Других, больной реагирует уходом в фантазии, особым отказом от логики и от своей субъектной целостности и ответственности. Второй вариант шизофренической реакции на требование Других — гебефрения. Анализ гебефренических приемов показывает, что их можно трактовать как попытку особым образом защититься от Других, при помощи навязывания им своей субъектности. В силу некоторых причин навязывание Другим гебефренической манеры бытия проще для самого гебефреника, чем исполнение требования быть как Другие. Его поведение служит ему защитой.

Отступление.

Теория Поршнева и проблема гебефренической защиты

Теория Поршнева

Б.Ф. Поршнев (1905–1972) — великий отечественный антрополог. Его теория происхождения человека спорна и контринтуитивна. Насколько я понимаю, она не принимается большинством ученых — ни биологического, ни гуманитарного направления антропологии. И, конечно же, в своих фактических аспектах она может оказаться неверной даже многократно¹⁸. Но мысли Поршнева относительно природы человеческого разума кажутся мне очень глубокими. Я бы предварительно сформулировала пафос человеческого разума по Поршневу таким образом: «Человек — это тормоз».

К сожалению, здесь, разумеется, нет места излагать поршневскую теорию во всех деталях. Я относительно подробно рассмотрела ее в другом месте¹⁹, но и там это сугубо моя реконструкция, а за подлинными мыслями автора нужно обращаться к его книге [Поршнев, 2007].

¹⁸ Скажем, для Поршнева было важно, что предки человека питались трупами, что миграция из Африки началась около 40 тысяч лет назад и т.п. — это я называю фактическими аспектами, и они нам не важны. Кроме того, имеются и теоретические аспекты, с которыми я не согласна, особенно в том, что касается происхождения речи. Однако этот вопрос здесь поднимать нет возможности.

¹⁹ Эта статья пока не опубликована и находится в интернете по адресу: http://vfc.org.ru/rus/personalsites/kosilova/scientia/Werke/reflexio_logic.php.

Итак, рассматриваемая теория — эволюционная. Первоначальный этап эволюции гоминид, с которого мы начнем рассмотрение, можно охарактеризовать как деятельность без речи. В принципе, то же самое, конечно, характерно и для обезьян, но деятельность гоминид была сложной. Она осуществлялась только в группах. В отсутствии речи необходимую функцию коммуникации несет так называемая суггестия. Давайте дадим определение суггестии. В узком смысле, как у Поршнева, это воздействие на партнера мимикой и жестами. В более широком смысле это такое воздействие, которое не задействует механизмы рефлексии. Важно заметить, что суггестивные механизмы коммуникации — на доречевом этапе они были единственными — работают в общении людей и сейчас. Скажем, двое любящих супругов вполне могут «понимать друг друга без слов», а это и есть суггестия, а в общении, скажем, матери и младенца этот механизм просто единственный.

Суггестивное воздействие сильное, по силе оно превосходит сигналы окружающей среды. Именно поэтому оно работает как механизм управления. Команды вожака определяют действия стаи: без этих команд она вела бы себя иначе.

Как правило, суггестивные механизмы требуют непосредственного контакта общающихся, и уж конечно в момент общения необходим взгляд друг на друга, в том числе в глаза. Однако, поскольку члены группы при некоторых видах сложной деятельности могут подолгу не видеть друг друга, возникает интериоризация суггестии, то есть удержание полученного воздействия, как приказа для действий, внутри себя, средствами собственного мышления. Интериоризация суггестии совершенно необходима для поддержания общей деятельности, в противном случае общая деятельность прерывалась бы всякий раз, когда члены стаи отворачивались друг от друга. И интериоризация суггестии — это тот механизм, благодаря которому полученные приказы становятся собственными целями.

Однако при сложной деятельности в изменяющихся условиях, а именно так обстояли дела у этих гоминид (поскольку они расселялись, изменяли территорию проживания) возникает необходимость также и на торможение суггестии. Ведь полученные приказы в изменяющихся условиях могут оказаться устаревшими, условия могут требовать нового решения,

и каждый член стаи может оказаться в этот момент в одиночестве. Тогда необходимо затормозить суггестию. В основном это касается интериоризированной суггестии, то есть происходит столкновение двух намерений, каждое из которых является собственным. Поршнев называет это *контр-суггестией*. Сначала торможение суггестии происходит в поисках другой суггестии, которая будет лучше обслуживать изменившиеся условия, однако затем много раз интериоризированные суггестивные воздействия дают толчок к тому, чтобы повторять их самому, уже без воздействия. Они различны, среди них можно выбирать. Так начинается мышление.

Однако чтобы самостоятельное мышление действовало эффективно, внешние суггестивные воздействия надо решительно затормозить, так как исходно они гораздо сильнее, чем собственные мысли. Возникают специфические тормозящие механизмы. Нередко антропологи-эволюционисты упоминают о тормозящих механизмах, рассуждая о необходимости торможения у человека остатков животных инстинктов. Поршнев указывает, что тормозить нужно в первую очередь суггестию. Заметим, что еще надо тормозить собственные программы поведения, поскольку они имеют тенденцию делаться ригидными.

Итак, чем более возрастала в коллективе роль индивидуального мышления, тем слабее была суггестия, поскольку тормозящие механизмы вытормаживали ее — иначе собственное мышление не могло работать. Этот процесс являлся даже самоусиливающимся: чем слабее суггестия, тем больше нагрузка на самостоятельное мышление, чем больше работает самостоятельное мышление, тем сильнее тормозится суггестия. Поэтому мы не должны удивляться, что Поршнев указывает на крайне, неправдоподобно короткие сроки, которые заняла эволюция гоминид в людей (порядка 30 тысяч лет).

Возникновение и развитие членораздельной речи мы тут не будем рассматривать. Следующее, что надо отметить — это *интериоризация Других*. Она не происходит, до тех пор пока деятельность осуществляется в коллективе при непосредственной суггестии. В коллективной деятельности ошибки корректируются тоже коллективно. Однако когда члены коллектива надолго остаются в одиночестве и пользуются собственным мышлением, интериоризация Других становит-

ся необходимым средством коррекции ошибок. Интериоризованное участие Других в деятельности отдельного члена дает начало тому, что мы знаем как рефлексию. С момента появления рефлексии член коллектива уже может называться субъектом, так как его мышление делается самостоятельным, свободным и ответственным, под контролем рефлексии. Рефлексия приводит к свободе от коллектива, она дополняет субъекта почти до самодостаточности, за счет того, что теперь он носит Других внутри себя. Заметим, что для этого не необходима речь.

Кроме того, появляется логика. Вот для ее появления речь необходима. К простым логическим умозаключениям способно любое мышление, однако во многих случаях логические рассуждения — не самый краткий и экономный путь к принятию решения. Особенно это так в случае традиционной деятельности, которую почти всегда экономнее производить традиционными способами, без обсуждения их. Однако с появлением речи складывается новая ситуация: оказывается возможна намеренная ложь, которая была невозможна на этапе суггестивного общения. Мы можем подкрепить это соображение идеями Поппера из работы «Эволюционная эпистемология» [Поппер, 2000]. В связи с появлением лжи формируется особый запрос на истину, и в ответ развиваются формы речи, которые Поппер называет аргументативными, то есть основанными на явно выраженной логике. В этом нам важно то, что, хотя логика возникает как ответ на запрос на истинность, в мышлении субъекта она играет роль такого инструмента, который освобождает от суггестии. Мышление, которое привыкло оперировать логическими умозаключениями, освобождается от суггестии, поскольку логика — это внутреннее орудие мышления, она делает его свободным и автономным.

*Толкование гебефренической защиты
с позиции Поршнева*

Давайте повторим, что характерно для гебефрении. Мы будем считать, что симптомы являются защитой. Симптом можно трактовать как защиту от некоторых внутренних событий. Но в данном случае я буду рассуждать более просто. Я буду трактовать гебефренические симптомы как защиту больного человека от угрожающего ему социума здоровых

людей. Причем я буду описывать не только клинических больных, но и полуждоровых людей, которые пользуются той же гебефренической стратегией защиты, что встречается не так редко.

Перечислим средства гебефренического арсенала:

1. Осанка и поза: сутулость, голова втянута в плечи, возможна неестественность, например, запрокидывание головы, иногда у мужчин трансгендерные жесты.

2. Выражение лица: застывшая улыбка с полуоткрытым ртом, сильно прищуренные глаза.

3. Мимика: гримасничество. Собственные гримасы шизофренику кажутся веселыми, но на самом деле они действуют угнетающе.

4. Движения: неуклюжие, скованные, сильно преувеличенные. Главное в каждом движении — не его практическая цель, а впечатление, которое оно производит. В лучшем случае это получается как у истериков, а в худшем — еще более неестественно.

5. Походка: то же, что п. 4, иногда еще подпрыгивание.

6. Жесты. То же, что п. 4. Неуклюжие и неестественные.

7. Интонации. Совершенную характерность гебефренической интонации трудно передать на бумаге, хотя ее сразу узнаешь на слух. Прежде всего — она слишком подчеркнутая. Речевые области мысли у такого человека всегда находятся в возбуждении, речь — его сильная сторона. Но какая-то другая сторона мысли у него закрыта или, вернее говоря, сужена. Закрыта готовность слушать и понимать, разумеется, от страха, что на каждом следующем шаге его уничтожат. Каждая его интонация одновременно и обращена к слушателю, как бы максимально выразительна — и одновременно нацелена на то, чтобы помешать слушателю ответить. Поэтому эта выразительность неестественна. Этот человек не может быть естественным, он все время ожидает уничтожения. Эта неестественная выразительность — его защита. В его интонациях присутствует слишком большая доза истины предмета, но там блокировано свободное обращение к Другому. Он говорит словно только о чем-то и совершенно не к кому-то.

Что мы можем сказать об этой защите с точки зрения поршне-невской теории?

Поскольку шизофреник боится суггестии (вследствие сниженного уровня собственной суггестивности, для кото-

рой нужна уверенность в собственном бытии), его состояние естественно считать напряженной контр-суггестией. Нормальный человек не пребывает в состоянии контр-суггестии. Нормальный человек полагается на то, что другие не уничтожат его, потому что оценивает их и свои силы как примерно равные. В этом состоянии мысль нормального человека равно обращена и к самой себе, и к другим мыслям. Нормальное состояние — это покой. А контр-суггестия — это торможение, но когда она перенапрягается, она допускает высвобождение каких-то древних механизмов. Эти древние механизмы дословесны. Grimасы, сутулость, сильное прищуривание глаз — так выглядит перенапряженная контр-суггестия, когда от усталости высвобождаются дословесные механизмы. Это, так сказать, палеолитическая экспрессивность. Она непривлекательна, как и вообще все, от чего уходит эволюция. И вот что приходится сказать: эти странные манеры и странные интонации — являются чем-то более древним и, соответственно, более «естественным», чем то, что кажется естественным нам сейчас. А, в свою очередь, то, что нам кажется естественным — это эволюционно новое. Быть естественным сложнее, чем быть неестественным! В этой связи невозможно не вспомнить один из антропологических законов Плеснера [Плеснер, 2004].

Давайте посмотрим для примера, как многообразна может быть привычная нам улыбка. Ведь кривляние при гебефрении обычно является как раз имитацией улыбки, только очень неестественной. Думаю, что не ошибусь, если скажу, что улыбка происходит от оскаливания зубов, то есть изначально это был жест угрозы или защиты. (Между прочим, у животных улыбка тоже многозначна. Собаки обычно напряженно скалят зубы в качестве угрозы, но средний оскал рта у гуляющей дворняжки — это аналог улыбки, он демонстрирует хорошее настроение и прекрасно сочетается с вилянием хвоста. Обезьяны детеныши очень любят широко улыбаться. Так что мы эти случаи можем рассматривать как предуготовление к тому, что произошло с улыбкой в дальнейшей истории.) Итак, улыбка, усмешка, гримаса, оскал, а также, заметим, выражение сильной боли на лице — это очень близкие жесты, и, вероятно, на первоначальном этапе эволюции это был один жест. Нет сомнения, что он был многозначен, раз это так уже у животных. Но компонента угро-

зы/защиты, думаю, превалировала. Открыть рот и показать зубы — что может быть эффективнее на уровне суггестии! Откуда постоянная бессмысленная улыбка гебефреников и идиотов? По-видимому, так выражается здесь слабость торможения, привычка вечно впадать в контр-суггестию и развитая стратегия уверток. То есть это регресс на уровень, когда улыбка совершала свою эволюцию от оскала к нейтральности.

Еще раз повторюсь, что я изложила собственную гипотезу о гебефренической стратегии защиты. Основываясь на теории Поршнева, я предполагаю, что улыбка при гебефрении происходит от растормаживания эволюционного древнего, дословесного механизма улыбки как угрозы-защиты-умиротворения. Главная загадка, которую мне хотелось разрешить — происхождение неестественности (кривляния лица, манерности речи). Мне кажется, что появление этого симптома, а он встречается достаточно часто, само по себе в высшей степени непонятно. Однако теория Поршнева показывает, как его можно объяснить достаточно понятным образом.

Как было сказано выше, гебефреническая стратегия может использоваться и относительно нормальным человеком. Это выражается, например, в подчеркнутых интонациях и особенно в кривлянии вместо обычной мимики. То есть человек мучительно не знает, что ему сказать. Он переживает ужасное стеснение, потому что ему кажется, что ему обязательно надо что-нибудь сказать. Молчать и просто быть он никак не может в присутствии других людей. И поскольку сказать ему нечего, ибо другие люди еще и тормозят его и без того несчастные мысли, он в конце каждой фразы добавляет что-нибудь типа «вот тааак» и делает какое-нибудь гиперзначительное лицо. Выглядит это обычно отталкивающе.

Что касается манерности гебефренической речи, то она тоже нацелена на снижение опасности суггестии путем заражения партнера необходимостью говорить так же манерно и сложно. Гебефреническая речь у таких полуждоровых людей отличается избыточной синтаксической сложностью, избыточной семантической нагрузкой и, главное, избыточно выразительной интонацией. Речь избыточна по всем направлениям. Такой человек употребляет сложное слово вместо простого, причастный оборот вместо придаточного предло-

жения, да еще делает такое сильное логическое ударение, что голос взлетает вверх едва ли не на октаву. При этом он непременно хотя бы немного несерьезен. В легких случаях это выражается только в интонации речи: она неестественна. Он за эту неестественность держится, явно видно, что он не согласен отказаться от нее. В тяжелых случаях в ход идут и ухмылки, и кривляние, и прищуривание-оскал, и подскакивающая походка, и прочий арсенал. Все это служит нескольким целям, близким между собой. Неестественность гебефренической речи позволяет по максимуму подавить собеседника, не дать ему возразить, не допустить эмпатического контакта с ним. Такие приемы, как прищуривание-оскал — это расторможение дословесных механизмов контр-суггестии. Неестественная речь и манерные жесты — это способ дистанцироваться от себя, чтобы вызвать реакцию в первую очередь на манерность, которая не очень важна, и отвлечь внимание от по-настоящему важного внутреннего содержания (похожая мысль была и у Лэйнга). Но центральный защитный аспект гебефренической речи, ее преувеличенность, сама служит суггестивным механизмом. Я много раз замечала, что умею говорить просто только наедине с собой или в сообществе людей, где все говорят просто. А усложненной и манерной речью гебефреников я неизбежно заражаюсь: говорить просто надо уметь, а говорить сложно получается как бы само собой. Поэтому их речь — это одно из немногих доступных им средств оказывать суггестию. В среде, где все заражаются их речью, они чувствуют свое превосходство (сложней гебефреника нормальный человек все равно не скажет).

Кстати, это очень интересный момент, который хотелось бы понять, но пока он остается не понятным до конца. По-видимому, мысль возникает в каком-то очень сложном виде. Сложный синтаксис гораздо быстрее приходит в голову, чем простой. Вероятно, прежде чем сказать, мы в значительной степени упрощаем свои мысли, делаем их более ясными. Даже на письменной речи часто доводится замечать, что первоначально предложения получаются сложными, поскольку так шла мысль, а потом, в процессе редактирования текста, их разбиваешь на короткие и простые.

Идея о том, что сложная речь как бы более исходна, более первоначальна и естественна, чем простая, кажется мне очень важной. Эта идея контринтуитивна. Она не соответ-

ствуется, конечно, и наблюдениям над детьми, которые быстрее овладевают простыми предложениями, чем сложными. Но все-таки, мне кажется, что сложность речи является какой-то важной антропологической чертой примитивного языка и примитивного мышления. Я сужу прежде всего по себе, что мне часто легче сказать сложно, чем просто. Пока я не знаю, как примирить между собой эти указанные противоречия.

Кроме того, видимо, в комплексе гебефренического поведения мы имеем еще один элемент защиты — имитация детского поведения. Причем имитация происходит, так сказать, от отчаяния, в качестве крайнего средства, то есть без всякого подлинного переживания чего бы то ни было детского. Это в чистом виде защита ослабленного Я, не имеющего никакого содержания для своего присутствия в мире, от опасностей, связанных с контактами с социумом. Демонстрация детскости — это естественный способ сигнализировать о своей слабости. Здесь есть два варианта. Крайне детское поведение напрямую тормозит любую агрессию и вызывает покровительство. Это возможно и при гебефрении, но это достаточно тяжелый случай, и он не характерен для того достаточно стабильного поведения полуждоровых людей, которые используют гебефренический арсенал, не будучи тяжело больными. Тогда имитация детскости не доходит до крайней степени и служит для умиротворения окружающих иным способом: не прямо, без очевидного унижения, а как бы косвенно, призывая собеседников заразиться той же детскостью, что, естественно, снимет исходящую от них угрозу.

Это не имеет отношения к теории Поршнева, и, видимо, проще всего это толковать с позиции психоанализа, но здесь я этого делать не буду.

Заключение по шизофрении

Шизофрения — не единственный известный в психиатрии психоз. Имеется маниакально-депрессивное расстройство, которое сейчас стали чаще называть биполярным, да и его монополярные формы; имеются психотические явления от интоксикаций, иногда при эпилепсии и т.д. Однако в некотором смысле именно шизофрения — центр психиатрического поля. Это болезнь, при которой больной утрачивает

силы сохранять разумность, и разумность заменяется чем-то другим. Чем именно — исследования этого дают ключ к какому-то исходному, доразумному, изначному, первоначальному состоянию человеческого существа. И это, прежде всего, отказ от работы с реальностью. Реальность, которая для больного тяжела, заменяется сначала внутренним миром с его фантазиями, затем распадением цельности Я и безразличием ко всем остальным цельностям. Пропадает возможность построения проектов, замыслов.

Отказ от взаимодействия с Другими, насколько можно судить, при шизофрении вторичен, он объясняется тем, что Другие — это сильнейший патогенный фактор мира. Шизофреник очень сильно боится суггестии и избегает ее, либо полностью прекращая контакты с миром, либо используя гебефренический арсенал защиты. Последний является отсылкой к эволюционно древним суггестивно-контрсуггестивным механизмам.

2. Аутизм*

В отличие от шизофрении, которая и встречается чаще, и описана была раньше, об аутизме известно не так много. В МКБ-10 он сейчас находится в рубрике F 84.0. И физиологические, и психологические исследования его только начинаются. Поскольку их мало, ниже я попытаюсь сделать общий обзор того, что известно. Для случая шизофрении, как мы видели выше, в общем-то, имеются довольно убедительные психологические описания и довольно убедительные предложения на роль основного нарушения. Для аутизма этого пока нет. Поэтому здесь мне придется многое реконструировать и предлагать от себя.

2.1. История понятия. Два вида аутизма

Вообще любой аутизм, как бы это слово ни употреблялось, подразумевает, что речь идет об обращенности субъекта к самому себе, а не к чему-то «другому». Под «другим» понимается или реальность предметов, или другие люди.

История этого термина, к сожалению, претерпела одну неувязку, поэтому получилось так, что теперь оно употреб-

* Данная глава написана при поддержке гранта РГНФ № 10-03-00619.

ляется в двух разных смыслах [Башина, 1999]. Эти смыслы нужно очень строго разграничить, поскольку в смысле феноменологии синдрома между ними нет почти ничего общего! Первый из них я буду называть блейлеровский (шизофренический) аутизм. Второй — ранний детский аутизм (РДА), каннеровский аутизм или, обычно, просто аутизм.

Блейлеровский (шизофренический) аутизм

Понятие «аутизм» ввел тот самый Блейлер, который ввел понятие шизофрении и пытался психологически описать особенности мышления больных шизофренией. Вот для этого-то описания он и пользовался словом «аутизм», имея в виду, что больные уходят в себя, отказываются от контактов с реальностью.

В нашем контексте сейчас важно специально сказать, что шизофрения начинается почти всегда в молодом (15–20), а некоторые формы в зрелом возрасте, но не в раннем детстве. Существует, правда, понятие «детская шизофрения», но это либо экзотика, либо тот самый РДА, о котором речь ниже. Существует много работ, посвященных тому, какими психологическими особенностями отличались в детстве те люди, которые в будущем заболели шизофренией, и довольно часто доводится встречаться со свидетельствами, что этим детям свойственны в небольшой мере апатико-абулические черты. Но социализация этих детей проходит нормально, они не имеют в детстве никаких признаков аутизма. Они в срок овладевают речью, игрой, общением, их когнитивное развитие не отличается от нормальных показателей.

Вполне естественно, что аутистическое мышление взрослых больных шизофренией формируется как видоизменение — может быть, распад, а может быть, и с чертами определенного выигрыша — уже существующего к моменту заболевания когнитивного развития. Блейлер указывает, главным образом, на то, что эти больные существуют в мире своих фантазий, но главное даже не это, а то, что они не могут адекватно различить, где фантазия, а где реальность. Он связывает это с уменьшением их психических сил, утверждая, что фантазия в некотором смысле первична, но у здорового человека имеются силы на действенное решение тех задач, которые стоят перед ним в реальности, а у больного этих сил нет. Эта идея напрямую восходит к идее Фрейда о принципе удоволь-

ствия и принципе реальности (Фрейд формулировал ее в применении к развитию ребенка) и в дальнейшем являлась неизменной во всех известных мне психологических теориях шизофрении, в том числе принадлежащих Кляйн, Лэйngu и Кемпинскому.

Кроме того, в связь с аутизмом, но не вполне психологически убедительно, он пытается поставить другие обнаруженные им симптомы шизофрении, такие как разорванность мышления. Когда какой-то комплекс симптомов составляет единый синдром и эти симптомы постоянно повторяются в одном и том же комплексе (или, по меньшей мере, значимо чаще, чем друг без друга), естественно предположить, что все они имеют одну причину. В данном случае это будет причина всего синдрома. Я писала об этом в разделе о патогенезе. Эти симптомы не обязательно связаны понятной связью, но, конечно, лучше, если связаны. Если исследователь найдет такую связь, тогда ему откроется поле для эвристик, где еще можно искать подобные отклонения и их причины.

В заключение я хотела бы резюмировать, что блейлеровский аутизм — это психологически описанное Блейлером состояние внутреннего мира и мышления больных шизофренией, и это состояние не имеет никакого отношения к РДА, который, как мы скоро увидим, имеет совершенно другие причины и другой характер.

*РДА или каннеровский аутизм:
именно он сегодня понимается под аутизмом*

Ранний детский аутизм, сокращенно РДА, был предварительно описан Л. Каннером в 1943 году. Ранее Каннера то же слово в применении к детям употребил Х. Аспергер, но историки не сообщают, есть ли свидетельства, что Каннер знал о работе Аспергера (я полагаю, вероятно, знал; о термине Блейлера он тоже, конечно, не мог не знать). В любом случае, по видимому, можно сказать, что не только идея, но и сам этот термин в те годы носился в воздухе. Однако трудно понять, зачем квалифицированный врач и исследователь стал употреблять термин, уже зарезервированный за расстройством одного типа, для описания расстройства другого типа. Что касается Аспергера, то в его случае отличий от блейлеровского аутизма было меньше, но у Каннера был явно совсем другой случай. Это говорит о том, что, скорее всего, в привычной

ему традиции (медицине он учился в Берлине в 1913–21 гг.) в блейлеровском смысле термин «аутизм» не употреблялся.

Не останавливаясь на том, как именно описывали аутичных детей Аспергер и Каннер, я расскажу, каково сегодняшнее представление о РДА.

Прежде всего, как ясно и из названия, РДА является нарушением развития у детей и всегда появляется в возрасте до 5 лет, как правило — приблизительно в два года. Довольно часто приходится видеть, что центральными симптомами при аутизме считается триада: нарушение социализации (дети не общаются ни с родителями, ни со сверстниками), нарушение коммуникации (дети не говорят, хотя физических нарушений речи нет; иногда возможны бессмысленные повторения слов), стереотипии (раскачивания тела, махание руками перед глазами). Этот набор кажется мне неуклюжим, потому что неясна принципиальная разница между нарушением социализации и коммуникации, мне кажется, по сути второе сводится к первому. Это не так у взрослых: у них можно представить и нормальную способность к коммуникации с нарушенной социализацией (например, социопат с хорошей речью), и нормальную социализацию с нарушенной способностью коммуникации (например, глухонемой, являющийся полноценным членом общества). Но у детей это гораздо более тесно связанные вещи, поскольку дети учатся коммуникации в процессе социализации. Мне кажется, у ребенка такой вариант, что социализация нарушена, а коммуникация нормальна, невозможен. Попросту говоря, если он ни с кем не общается, то как он сможет научиться говорить? Хотя, и тут не все так просто. Имеются рассказы про аутистов, которые до определенного возраста не общались, а затем вдруг оказывалось, что они каким-то образом успели неплохо овладеть речью, иногда даже самостоятельно учились читать [О.С. Никольская, устное сообщение; устное сообщение матери ребенка-аутиста²⁰]²¹.

²⁰ Стихи неговорящей девочки-аутистки Сони Штаталовой можно прочитать здесь: http://www.rainchild.ru/authors/S_Shatalova/Poetry. Согласно сообщениям матери Сони и педагогов, работавших с ней, она самостоятельно научилась читать и писать, но никогда не говорила вслух.

²¹ Здесь я должна заметить, что в главе про аутизм у меня будет много ссылок на «устные сообщения», а иногда я и не буду ставить этих ссылок. Как я выше говорила, исследования аутизма в нашей стране

Тут же нужно заметить, что нарушение коммуникации не означает отсутствия речи. Иногда такие дети говорят много, но совершенно бессмысленно. Вот что пишет в своих воспоминаниях бывшая аутистка: «Из моего рта струился непрекращающийся поток слов. Это была не осмысленная речь, а масса слов, чаще всего совершенно беспорядочная, с которыми я играла, выставляла их в ряд и ловко складывала...» [Юханссон, 2001]. А иногда они даже произносят осмысленные речи, однако это мало похоже на коммуникацию. Например, один ребенок любил в течение многих часов перечислять известные ему сорта моркови [Аппе, 2006]. Это обычно характерно для легкой формы аутизма и, кстати, не может не напомнить довольно характерные симптомы взрослой шизофрении.

Итак, можно считать, что основное, самое главное нарушение при аутизме — отсутствие контакта с окружающими. Насколько удастся понять, уже в младенческом возрасте у ребенка отсутствует взгляд в глаза, реакция на лицо матери, голосовое взаимодействие. Очень важно, что дети не прослеживают взгляд взрослого: как принято говорить, у них нет совместного внимания, *shared attention* (видимо, проследивание взгляда и не может появиться, если предварительно не было взгляда в глаза) [Сергиенко, 2009].

Во-вторых, для РДА характерны симптомы ригидности. Сюда относятся, во-первых, у большинства детей постоянные стереотипные движения. Во-вторых, сильное сопротивление изменениям распорядка дня. В-третьих, у детей с РДА повышен риск эпилептических припадков.

только начинаются, и хорошая литература почти отсутствует, за исключением работ О.С. Никольской, о которых я буду писать дальше. Собирая материал, я общалась с родителями детей аутистов, с педагогами, работающими с аутистами, и с психологами, изучающими аутизм; в центрах «Наш солнечный мир» (некоммерческий центр реабилитации инвалидов, в основном работает с аутистами, применяется методика иппотерапии (работа с лошадьми); сайт <http://solnechnymir.ru/>) и «Солнечный пес» (то же, только методика канистерапии (работа с собаками)). Впрочем, основной источник живого общения с аутистами — интернет. Там имеются и страницы творчества аутистов-савантов, и группы родителей детей аутистов, и сообщества самих аутистов, из числа тех, что могут писать (пример: <http://asperger-ru.livejournal.com>).

В-третьих, специальными психологическими исследованиями выявляются особенности мышления аутистов: отсутствие у них способности к воображению, к символической игре, отсутствие представления о сознании другого человека. Мышлению аутистов присуще внимание к деталям и отсутствие схватывания общей схемы, общего образа [Богдашина, 2011, Аппе, 2006].

Общие интеллектуальные способности при аутизме обычно понижены (скорее всего, потому что дети не общаются), но бывает, что невербальный интеллект в норме или высокий, а также бывают случаи аутистов с феноменальными способностями (аутисты-саванты), о них см. ниже.

Аутизм может быть разной степени тяжести, так что сейчас в основном говорят о «расстройствах аутистического спектра». К проблеме этого спектра существуют два основных подхода: континуальный и дискретный. Согласно общепринятому континуальному подходу, тяжесть симптомов нарастает постепенно. Дискретный подход развивает наш отечественный исследователь, один из наиболее глубоких известных мне психологов О.С. Никольская. Согласно этому подходу, стадии аутизма различаются принципиально, поскольку на каждой задействуется разный набор способностей и разные связанные с этим стратегии [Никольская, 2008].

2.2. Проблема основного нарушения

Есть много симптомов аутизма, и все они группируются в три основные группы, названные выше (отсутствие социального взаимодействия; ригидность; отсутствие воображения). Однако заметно, что три указанные группы на первый взгляд не имеют между собой ничего общего. Хотя они все время встречаются вместе, исходно мы не можем найти между ними понятную смысловую связь. Почему, скажем, при отсутствии взаимодействия с матерью движения становятся стереотипными? Или, скажем: каким образом отсутствие взгляда в глаза ведет к тому, что у ребенка нет воображения? Или это отсутствие воображения ведет к тому, что ребенок не смотрит в глаза, или есть какая-то общая причина, почему этот ребенок и не смотрит в глаза, и лишен воображения?

Подобные вопросы естественным образом привели к тому, что была поставлена проблема *основного нарушения* при аутизме. Поставила эту проблему английская школа иссле-

дований аутизма, наиболее известные представители которой — Ута Фрит, Франческа Аппе и Саймон Барон-Коэн. В качестве основных симптомов аутизма Аппе в своей работе [Аппе, 2006] выделяет следующие:

1. Эти дети, как сказано выше, практически не имеют речи и не общаются.

2. У этих детей отсутствует символическая игра.

3. У этих детей нет так называемой *theory of mind*.

Можно считать достаточно общепризнанным, что наиболее ранее, постоянное и сущностное нарушение при аутизме — первое: отсутствие либо нарушение коммуникации.

Второй и третий пункт нужно пояснить.

Символическая игра — это игра, в которой один предмет (игрушка) служит репрезентантом другого предмета (реального). Например, ребенок берет карандаш и говорит: «Вот это мальчик». Берет ручку и говорит: «Вот это девочка». Имитирует шаги по столу и говорит: «Они пошли гулять». Здесь игрушки являются репрезентантами людей.

Из того, что у аутистов нет символической игры, некоторые авторы заключают, что у них нет функции воображения, хотя это под вопросом. И вообще, какую когнитивную способность задействует символическая игра? Перемещение роли с одного объекта на другой, улавливание сущностных свойств объекта, способность мыслить одновременно в разных плоскостях? Это отдельный вопрос, который сейчас разбирать сложно, но как бы то ни было, у аутистов символической игры нет. Они обычно любой предмет просто крутят в руках.

Theory of mind — это **что** ребенок думает о том, **что** думают другие люди. Важным является прежде всего то, что ребенок **думает**, что другие тоже думают. Впервые формирование способности встать на точку зрения другого человека, да и просто понять, что другая точка зрения есть, описал Пиаже, в творчестве которого вообще важное место занимала тема аутизма как одной из стадий развития нормального интеллекта. В многочисленных исследованиях на детях-аутистах было показано, что у них нет способности представлять себе точку зрения другого человека. Более того, тяжелые аутисты не подают никаких признаков того, что вообще отличают живое от неживого. Даже на уровне физических движений заметно, что аутисты не замечают других людей, обращаются с ними как с физическими предметами (не со-

блюдают дистанции, например, могут карабкаться по ним и опираться ногой на лицо, никогда не смотрят в глаза).

Поскольку с отдельными группами аутистов можно наладить некий контакт, их (в основном это были дети) тестировали тестами на *theory of mind*. Тестирование проводится так: ребенку показывают две фигуры, Салли и Энн, обе фигуры видят некий предмет — шарик. Затем фигура Салли убирается, она ушла. А фигура Энн перекладывает шарик из одного места в другое. Ребенка спрашивают: Салли сейчас вернется, где она будет искать шарик? Правильный ответ: там, где он был раньше, потому что Салли ведь не видела, как Энн его переложила. А ребенок видел, как Энн переложила и знает, где на самом деле шарик. Обычные дети 6–8 лет решают эту задачу легко, аутисты с большим трудом. На вопрос, где Салли будет искать шарик, они показывают туда, где он лежит сейчас. Им все время кажется, что если они знают, что шарик тут, то и Салли это знает. Им не приходит в голову, что она не могла это узнать. То есть у них нет модели сознания другого человека: как тот видит, как думает и почему.

Вообще, проблема *theory of mind* очень широко разрабатывается сейчас и в психологии, и в философии. У меня здесь нет возможности писать про это подробно, из отечественных обзоров на 2011 год можно порекомендовать книгу Сергиенко «Модель психического в онтогенезе человека» [Сергиенко, 2009]. Там подробно анализируется и появление *theory of mind* в случае нормального развития ребенка, и при аутизме, и как *theory of mind* связана со способностью обманывать, понимать переносные смыслы и т.д.

Итак, каково же основное нарушение при аутизме, если оно проявляется отсутствием коммуникации, отсутствием *theory of mind* и отсутствием символической игры? Кроме того, мы обязательно должны добавить и стереотипность поведения и деятельности, которую Аппе не указывает, но выделяют почти все другие авторы.

Давайте предварительно скажем, что аутистическое сознание не оперирует смыслами внешней реальности.

Сейчас у психофизиологов стало складываться представление, что в основе аутизма лежат особенности развития мозга; по-видимому, чаще всего — гиперсензитивность [Бог-

дашина, 2011; Baron-Cohen, 2009; Gomes, 2008 и др]. Мы можем и по самоотчетам бывших аутистов [Юханссон, 2010] сделать вывод, что их сознание находится в состоянии *перцептивной вовлеченности*. Дать определение этому состоянию можно так: перцептивная вовлеченность есть захваченность всего сознания потоком внешних впечатлений, из которого сознание не выходит, в котором оно не производит никакого опознавания, никакого означивания и не создает никаких проектов собственного бытия. Не осуществляется и никакого осмысления. Это тотальное «здесь-и-сейчас». Понятно, что человек в таком состоянии ни о чем не думает. Однако при глубокой перцептивной вовлеченности отсутствие субъектности еще глубже, чем просто «ни о чем не думать». Здоровый человек может иногда ни о чем не думать, но опознавание, означивание и некоторые рудиментарные проекты он строит бессознательно, автоматически. При перцептивной вовлеченности отсутствуют в том числе и бессознательные акты сознания, полностью отсутствуют акты смыслополагания. Самые рудиментарные проекты, правда, возможны, в основном на основе двигательных действий (что-то схватить, куда-то залезть), но остается вопрос, не являются ли эти действия просто рефлексорными.

На некоторое время состояние перцептивной вовлеченности может возникать в том числе у совершенно здоровых людей. Это состояние, когда смотришь и ни о чем не думаешь. Однако, насколько я понимаю, у здоровых людей это состояние всегда сопровождается ощущением как бы предмысли, то есть того, что мысль может возникнуть в любой момент. Первая мысль, которая возникает «вслед» за чистой перцепцией — это понимание того, что именно ты видишь. В современной когнитивной науке довольно много свидетельств того, что никогда не бывает видения без понимания того, что видишь, без некоторого предвосхищения того, что это будет. Однако я полагаю, что в редких состояниях перцептивной вовлеченности состояние созерцания без понимания возможно. Но у здоровых людей оно в любом случае быстро проходит. При глубоком аутизме оно является постоянным состоянием сознания.

Небольшое отступление: о понимании отрицания

Сказанное выше об отсутствии каких бы то ни было проектов может напомнить то, что я писала в главе о шизофрении относительно отсутствия замысла в бредовом дискурсе. Однако сходство тут слабое, оно заключается больше всего в том, что я применяю в том и другом случае один и тот же ход мысли. Уже одно то, что при шизофрении, в любом болезненном дискурсе, будь он бредовый или шизофазический, больной пользуется словами, принципиально отличает шизофренический случай от аутизма. Владение словом уже заключает в себе огромную последовательность актов опознавания, означивания и осмысления. Ничего этого нет при аутизме.

Правда, иногда происходят удивительные случаи, когда субъект языком обозначает как бы отказ от языка, или он каким-то понятием осуществляет отказ от этого понятия. Хотя с точки зрения логики это можно покритиковать как парадокс, в жизни это возможно. Например, один ребенок-аутист на вопрос психолога, не похож ли предмет А на предмет Б, с возмущением ответил: «Ничто ни на что никогда не может быть похоже!» (конечно, это не глубокий аутизм, поскольку субъект владеет осмысленной речью, но это, по сообщению психолога, все же достаточно выраженный случай) [Никольская, устное сообщение]. Тут субъект тотально отрицает любую возможность применить понятие схожести, однако он пользуется этим понятием, следовательно, как-то понимает, что оно означает. А ведь это не здоровый человек, который может жонглировать чисто языковыми утверждениями. Речь аутиста, если уж она есть, максимально конкретно обозначает его мысли. Получается, что тут человек искал какую-то возможность применить понятие схожести хотя бы к чему-нибудь, но никакой возможности не нашел. Может ли такое утверждение свидетельствовать, что аутистам не свойственно видеть сходство? Если бы совсем не было свойственно, то субъект просто не смог бы понять, что означает это слово. Если же понятие есть, значит, какое-то представление о сходстве должно быть. Это сложная проблема, и сейчас я не буду в нее углубляться.

По крайней мере, по поводу сходства здесь-и-сейчас шизофреника и здесь-и-сейчас аутиста нужно сказать, что во втором случае здесь-и-сейчас несравненно более глубокое.

2.3. Горизонты сознания

Вопрос «что мы называем сознанием» катастрофически непросто, и входить в его решение мы здесь, разумеется, не будем. Однако нам понадобится рабочее представление о чем-то, что имеет непосредственную связь с сознанием, что характеризует нормальное сознание и отсутствие чего мы предполагаем в сознании аутистов. В качестве этого представления я предлагаю понятие Гуссерля о горизонте.

Рассуждения Гуссерля очень глубоки. Но нам для предварительного понимания будет достаточно общих соображений. Я предлагаю взять два типа горизонтов: темпоральный горизонт сознания относительно «точки теперь» и смысловой горизонт предмета относительно его непосредственной данности.

Темпоральный горизонт — в узком смысле это свойство сознания удерживать как единое целое объект, протяженный во времени. В качестве примера Гуссерль называет мелодию. В каждый отдельный момент звучит лишь один тон, однако один тон без всей мелодии не имеет никакого смысла. На этом примере ясно, что мелодия удерживается как единое целое. Однако при более пристальном рассмотрении ясно, что мы вообще всегда удерживаем в актуальном настоящем то, что только что прошло. Даже чтобы обменяться парой фраз, мы должны удерживать смысл беседы именно в актуальном настоящем, а не просто помнить его. Поэтому можно говорить о темпоральном горизонте и в более широком смысле: это свойство сознания удерживать в актуальном настоящем некоторый отрезок только что прошедшего времени. Это прошлое-в-настоящем в сознании Гуссерль называет ретенцией. Несколько меньше внимания он уделяет протенции, которая есть аналог ретенции в будущем. Однако протенция не менее важна, чем ретенция. Это показал Хайдеггер, когда характеризовал бытие человека как забегание вперед себя, выступание в будущее. Для нормального здорового сознания свойственно больше думать о том, что будет, а не о том, что происходит в точке сейчас. Мы можем всецело сосредоточиться на каком-то предстоящем событии и совершенно перестать воспринимать то, что нас окружает. Нормальный человек живет в мире своих проектов.

Понятно из описания перцептивной вовлеченности аутистов, что темпоральный горизонт их сознания, особенно в

сторону будущего, сильно сужен. Насколько он вообще есть, я не могу судить, и мне даже не приходит в голову, как это вообще можно узнать. С другой стороны, существуют аутисты, талантливые к музыке. Музыка есть темпоральное искусство, и ее никак нельзя понимать, не обладая механизмом темпорального горизонта. Так что, очевидно, тут нельзя выносить однозначных и поспешных суждений.

Теперь о смысловом горизонте (это мой термин, Гуссерль описывает гораздо более глубоко и детально) [Гуссерль, 1998]. Если в фокус сознания мы поместим какой-нибудь предмет, то, грубо говоря, мы будем знать о нем гораздо больше, чем видим непосредственно. Гуссерль иллюстрирует это примером игрального кубика: мы можем видеть только одну его грань, однако при этом очень хорошо знаем, что нарисовано на остальных гранях, настолько, что позже, вспоминая этот кубик, мы можем забыть, какую именно грань мы видели. Мы всегда видим часть, а воспринимаем целое. Целое необходимо нам для того, чтобы опознать этот предмет («Что это такое? — это кубик»). Целое всегда достраивается самим сознанием исходя из тех частей, которые мы видим.

Но ведь каждое целое — часть еще более общего целого (кубик — часть игры). И что бы мы ни видели, о чем бы ни думали, что бы ни вспоминали, мы всегда имеем вокруг этого непосредственного предмета мысли (Гуссерль называет его интенциональным предметом) горизонт того, что мы еще знаем, что мы готовы вот-вот подумать, что мы ожидаем и вспоминаем, каким образом ранее этот предмет был дан нам в опыте и так далее. Горизонт как бы окружает предмет, он связан с предметом, однако понятно, что горизонт выстраивается в воспринимающем сознании. Оно строит его в актах узнавания, ожидания, соотнесения с опытом. У каждого человека свой смысловой горизонт для каждого предмета, для каждой ситуации. Это можно назвать потенциальным миром сознания, и этот потенциальный мир присущ сознанию так же неотъемлемо, как реальный мир точки здесь-и-сейчас.

Опять же, мы можем довольно уверенно сказать, что сознание аутистов выстраивает смысловой горизонт далеко не так интенсивно, как это делает сознание здоровых людей. Вовлеченность в восприятие просто не оставляет места для узнавания и выстраивания горизонтов потенциальности. Однако в то же время мы не имеем оснований отрицать на-

личие смыслового горизонта вообще. Практически любой аутист узнает знакомые предметы, а акт опознания может происходить только в горизонте опыта. А вот отсутствие воображения у аутистов довольно хорошо соответствует недостаточности смыслового горизонта, так как интуитивно понятно, что воображение, конституируя новые смыслы, задействует область потенциальности.

2.4. Сознание и смысл при аутизме

Теперь мы должны сказать несколько слов о смысле.

В гипотетической ситуации полного отсутствия смыслового горизонта, когда предмет только дан в точке здесь-и-сейчас, он дан сознанию абсолютно бессмысленно. Точнее говоря, сознание, которое не выстраивает и не удерживает смысловой горизонт — это сознание без смыслов, сознание, не конституирующее смыслы. Как тут понимается смысл?

Выше, в главе об осмысленных действиях, я определяла смысл как связь, там речь шла о связи действия с чем-то еще, что субъект знает об этом действии (его цель, его причина, как его выполнять и т.п.). Чтобы не углубляться в формальности семантики, будем допускать, что возможны как бы разные степени смысла. Сознание, которое имеет перед собой, в фокусе, некий интенциональный предмет и создает вокруг него богатый смысловой горизонт, плотно заполненный ассоциациями, отсылками к прошлому, проектами и т.п. — это, так сказать, максимальная степень смысла.

Минимальная степень смысла — это ровно одна связь. Например, так может быть со смыслом слова, если это какое-то очень редкое слово, оно имеет ровно одно значение и абсолютно ни с чем больше не ассоциируется. По большей части так, конечно, не бывает. У каждого слова, помимо того, что оно связано далеко не с одним значением, есть еще и огромное семантическое поле ассоциаций, поэтому тут даже не надо долго конституировать — смыслы как бы стягиваются сами к центру интенциональности. Вообще, для здорового сознания смысл — вещь довольно навязчивая и уж во всяком случае достаточно автономная от произвола сознания (но, конечно же, далеко не полностью автономная). Поэтому, когда Гуссерль говорит о конституировании смысла, не следует понимать это так, что сознание произвольно понимает что угодно и как угодно. Конституирование смыс-

ла — это принудительный для сознания, и при том все же активно совершаемый им акт. Это акт установления связи. Между чем и чем эта связь?

Опять же, вопрос этот слишком обширен, чтобы разобрать его детально, однако следует сказать в общих словах. Что находится на концах связи, зависит от того, о смысле чего именно мы говорим. К сожалению, не всегда это однозначно понятно. Вообще, в классической семантике смысл может быть только у знака или у совокупности знаков. Тогда, скажем, человек, который не говорит, и уж тем более животное, никакими смыслами не оперирует и не обладает, что сомнительно. Зато некий знак или некий текст в такой теории несет смысл независимо от того, кто его читает. Понятно, что это еще более сомнительно.

Гуссерль понимает смысл не так узко. Смысл может быть у предмета. Ниже я более подробно разберу гуссерлевский пример ножниц, а сейчас мы просто скажем, что ножницы — это такой предмет, который явным образом имеет смысл. Это означает, что этот предмет связан с чем-то для конституирующего смысла сознания. Ножницы, очевидно, связаны с их функцией, со способностью резать.

На этом примере хорошо видно, что смыслы бывают общезначимые и личные. Их конституирование взаимозависимо: с одной стороны смыслы формируются как интериоризация интересубъективных (ребенок изучает слова исходя из того, как их употребляют другие), с другой стороны, интересубъективность смысла основана на его личном характере. Есть смыслы, которые являются чисто личными, без всякой сообщаемости, например, для ребенка его игрушки наполнены смыслами, известными только ему, это не просто личные, это, как говорят в психологии, личные смыслы.

Действия тоже могут иметь смысл, о чем я немного писала выше. Здесь я хочу кстати добавить, что осмысленное действие — это, обычно, действие в связи с проектом.

Проекты могут быть разные, от глобальных (например, найти новую работу, что подразумевает множество отдельных подпроектов) до рудиментарных (встать со стула). Промежуточный проект — совершить некоторое отдельное действие (позвонить на фирму). Вопрос о единице действия очень сложен, и я его оставляю на интуитивное понимание. Действие, связанное с рудиментарным проектом (вставание

со стула), осмыслено в меньшей степени, чем действие, связанное с промежуточным проектом (позвонить на фирму). А относительно глобальных проектов (найти работу), насколько я понимаю, того же сказать нельзя, с ними могут быть связаны разные действия, и очень осмысленные, и не очень. В любом случае, действие без проекта, скорее всего, не осмысленно, а действие в связи с проектом осмысленно всегда.

Итак, смысл может быть у знака (текста), у предмета, у действия. Еще смысл может нести ситуация. Ситуация — само по себе очень сложное понятие, и структура ситуации неясна даже в принципе, хотя в начале книги я и пыталась написать несколько слов на примере психиатрической ситуации. Примерно понятно, что в ситуации находится человек, который, собственно, и понимает ее смысл, и этот человек находится в некотором расположении с предметами и, возможно, другими людьми. У ситуации также всегда есть прошлое и будущее. Обычно также есть ее значение для тех, кто в ней находится. Понятно также, что смысл ситуации конституируется сознанием в связи с прошлым данного сознания и его проектами, но есть и некое отдельное от сознаний содержание ситуации — то, что происходит чисто объективно. И вот, многие свидетельства о сознании аутистов говорят о том, что у аутистов другое восприятие ситуаций и, стало быть, другое восприятие смыслов ситуаций, чем у обычных людей. «В восприятии девочки мир состоял из отдельных кусочков, в которых она жила и которые потом исчезали» [Юханссон, с. 64]. Другими словами, кусочки мира она не складывала в осмысленные ситуации. Однако сейчас предварительное рассмотрение этого вопроса мне придется завершить, потому что построение онтологии ситуаций никоим образом не входит в задачу философии психиатрии.

Наконец, смысл имеет событие. Событие и смысл — это два онтологические явления, которые и теснейшим образом связаны, и в некотором смысле противоположны друг другу, и оба одинаково туманны. Что такое событие? С этим так же мало ясности, как и с ситуацией. По-видимому, даже примерного определения события мы пока не имеем. Как отличить событие от не-события? Понятно, что событие — это нечто важное для наблюдающего сознания, нечто, что оно точно выделяет из простой смены ситуаций. Если нечто выделено, то, стало быть, встает вопрос о его опознании и

осмыслении. Гиренок [Гиренок, 1999] в этой связи указывает, что выделить и воспринять событие — это далеко не то же, что конституировать ранее известный смысл. Наоборот, любое событие представляет собой разрыв в константном бытии смыслов. «События обесмысливают смыслы. Смыслы лишают события состава событийности» [Гиренок, там же, с. 69]. Событие заставляет переконституировать смыслы, или, говоря обычным языком, по-новому взглянуть на все. И это так у нормального человека. Чего мы можем ожидать у аутиста? Какой реакции на события, если смысл даже обычного течения ситуаций аутистами во многих случаях не конституируется?

Предположение достаточно очевидно: аутисты не будут замечать событий. Или, точнее сказать, они не будут различать события и не-события, поскольку каждое мгновение перцептивной вовлеченности есть событие, по сути, их время — это сплошное непрерывное событие. Поскольку событие есть разрыв в константности смыслов, трудно понять, что есть событие, если смыслов нет.

Более того, отсутствие понимания смысла ситуаций и предметов и связи ситуаций с предметами точно так же должно приводить к отсутствию выделения чего-то особенного в таких обстоятельствах, которые нормальному человеку представляются особыми. И в воспоминаниях бывших аутистов, и в наблюдениях за ними встречаются подобные упоминания. Например, Ирис Юханссон [Юханссон, с. 64] вспоминает о том, что она не испытывала страха, переходя опасное место по узкому переходу. Здесь мы должны проанализировать реакцию нормального человека. Допустим, имеется доска длиной x метров, лежащая на полу, по которой нормальный человек проходит без затруднений. Однако если такая же доска представляет собой мост над пропастью, даже если длина будет меньше x метров, тот же человек не сможет пройти по ней, потому что он будет испытывать над пропастью страх и даже иррациональное желание спрыгнуть. Всего этого у аутистов нет, и если можно пройти, они проходят спокойно, не испытывая никаких страхов и иррациональных желаний. Почему так происходит? По-видимому, нормальный человек здесь страдает от некоторого сверх-конституирования: смысл доски для него связан со смыслом пропасти, а уж смысл пропасти связан со смыслом падения в нее про-

сто однозначно! Это, так сказать, феномен лишних смыслов. Об этом феномене в жизни более-менее нормальных людей можно было бы написать еще немало (когнитивисты по-своему раскрывают эту тему на примере иллюзий и когнитивных ошибок). Понятно, что отсутствие конституирования смыслов вообще приведет и к отсутствию конституирования лишних смыслов, поэтому не удивительно, что аутисты тут имеют преимущество перед нормальными людьми.

(Вообще говоря, здесь можно спросить: как это происходит, что глубокий аутист, если его сознание не оперирует никакими смыслами, вообще что-то делает? Обычно они ничего и не делают, они погружены в стереотипии. Присущие им также полевое поведение: лишенное проектов и смыслов, состоящее в реакциях на стимулы; стимулы поступают из среды, в которую аутист перцептивно вовлечен. Кроме того, в некоторых случаях, как у процитированной И. Юханссон, с ребенком активно работают родители, заставляя его производить действия. Встречаются, и даже достаточно часто, и совсем удивительные вещи, например, особые способности. Некоторые дети-аутисты рисуют все, что видят, и часто делают это с удивительным мастерством, об этом я напишу ниже).

Из не-горизонтной структуры сознания следует абсолютный эгоцентризм познавательной позиции, то есть вышеописанное отсутствие *theory of mind*. Это понятная связь, поскольку когда находишься в состоянии перцептивной вовлеченности, невозможно встать на точку зрения другого субъекта, все сознание занято собственным восприятием. Сложнее понять, следует ли из перцептивной вовлеченности вообще невозможно понять, что у других есть сознание. В восприятии любого человека, в том числе и аутиста, присутствуют не только вещи, но и люди. Почему-то аутисты, по-видимому, не различают живое и неживое, людей и не людей. Об этом свидетельствуют наблюдения за аутичными детьми очень раннего возраста, много материала о чем приведено в вышеупомянутой книге Сергиенко. Пока, если не ошибаюсь, мы не видим здесь понятной связи. Нам приходится считать перцептивную вовлеченность и игнорирование Других независимыми переменными аутизма, что очень плохо. Ниже я попытаюсь провести тут связь.

Никольская: степени аутизма

Когда мы говорим о почти полном отсутствии горизонтов смысла, речь идет только о глубоком аутизме. Здесь мы должны остановиться на теории О.С. Никольской о степенях аутизма [Никольская, 2008].

Никольская ведет отсчет от самых тяжелых случаев аутизма: первая степень — это дети абсолютно без речи, без каких бы то ни было попыток коммуникации, без осмысленной деятельности. Им свойственно полевое поведение с пассивно-пластичным вписыванием в ситуацию или стереотипии. Как она подчеркивает, то и другое является результатом попытки полностью устранить от воздействия среды, поскольку для таких детей вследствие крайней гиперсензитивности любое взаимодействие со средой невыносимо. Она рассматривает каждую степень как преобладание одной стратегии адаптации. В данном случае можно наблюдать стратегию адаптации, которая в чистом виде у здоровых людей не встречается: оценка количественных характеристик интенсивности воздействия, расчет траектории с минимальной интенсивностью воздействия. Однако Никольская подчеркивает, что это базовая стратегия, которая всегда работает и при нормальном функционировании психики, мы только не замечаем ее работу, поскольку в норме над ней надстраиваются другие стратегии.

Вторая группа — это дети, которые приспосабливаются к суточному ритму. Причем заведенный распорядок должен поддерживаться без малейших отклонений, тогда субъект находит возможность вписаться в него. В этом случае, наоборот, реакция субъекта на событие оказывается катастрофической. Его собственное конституирование смысла слабо, но он оказывается способен уловить ограниченное количество внешне заданных смыслов (они завязаны на витально важные потребности: сон, еда и т.п.) — это и составляет смысловой мир его сознания. Событие, разрывающее цепь понятных смыслов, вызывает, как правило, возмущение и страх.

Никольская указывает, что здесь мы видим стратегию, которая изредка может встречаться в чистом виде в нормальном случае, но обычно тоже, как и первая, работает в фоновом режиме: стратегия адаптации к известным условиям. Этот уровень «создает фонд привычек, индивидуальный жизненный стереотип, определяющий полноту, своеобразие чув-

ственной жизни человека, его вооруженность надежными средствами защиты и достижения желаемого».

Когда аутизм еще менее глубокий, в третьей группе, то появляются уже и собственные проекты действий. Никольская называет эту стадию «уровень аффективной экспансии». Это способность адаптации к неизвестным условиям, иными словами, как раз способность к проектам. Никольская пишет: «Часть помех, сбоев, нарушений стабильности перестают быть однозначно неприятными, более того, новизна вызывает интерес и сосредоточение. Этим уровнем неожиданное нарушение аффективного стереотипа может рассматриваться как проблема», другими словами, с этого момента субъект начинает узнавать события как события. Начинается настоящее конституирование смыслов.

Четвертый уровень — это, в описании Никольской, уже вообще не аутизм, потому что на нем основная стратегия — организация отношений с Другими. Имеется в виду, что четвертая группа аутистов страдает недостатком этой организации. Это так называемые высокофункциональные аутисты. Часто приходится слышать, что легкий аутизм — то же самое, что и так называемый синдром Аспергера. Для последнего характерна только недостаточность социальной компетенции, больше никаких нарушений нет. По всем признакам структура сознания человека с синдромом Аспергера такая же, как у здоровых людей. Некоторые нозологии выделяют синдром Аспергера в отдельный синдром, а легкий аутизм считают «аутистическим расстройством личности». В любом случае нас это сейчас не очень интересует, потому что ситуация сниженного коммуникативного уровня у легких аутистов не демонстрирует ничего особенного, кроме собственного этого сниженного коммуникативного уровня, все связи там психологически понятны (например, эти люди не любят общаться, не улавливают контексты шуток, не понимают тонких намеков: у них нет интереса к прослеживанию сложных смысловых связей).

Подытоживая учение Никольской о группах аутизма, мы видим, что отсутствие социальных контактов у нее не является причиной нарушений при глубоком аутизме. Причиной нарушений является крайняя гиперчувствительность, из-за чего субъект находится в постоянном избегании напряжения. Избегает он как людей, так и любые другие напряжения. Это

очень хорошо работающая модель. Но она не совпадает с той, которую пытаюсь построить я. Мне хочется найти глубокие внутренние связи между отсутствием социальности и аутистическими нарушениями, увидеть в социальных нарушениях причину, по крайней мере, причину особого состояния сознания при аутизме.

2.5. Абстрагирование, символизация, означивание, речь и воображение

Давайте теперь скажем, что вследствие перцептивной вовлеченности сознание аутиста не может отвлекаться на построение некоего внутреннего плана, который требует наличия горизонтной структуры сознания. Соответственно, в этом сознании отсутствуют проекты будущих действий, оно не выходит за точку здесь-и-сейчас, о чем было сказано только что. Каким образом с этим может быть связано отсутствие символизации, означивания? С этим же вопросом связан еще один: возможно ли при таких условиях абстрагирование?

Со второго вопроса здесь следует начать. Под абстрагированием я понимаю самую простую вещь, как это понимал Локк: увидеть в опыте несколько похожих предметов и обозначить их как похожие, пометить их если не словом, то хотя бы в уме. Абстрагирование требует механизма рефлексии, тоже в простом понимании Локка: нужно отслеживать, что некий предмет попался в поле восприятия несколько раз, то есть к механизму восприятия предметов нужно добавить механизм восприятия состояний ума. Понятно, что при перцептивной вовлеченности этого механизма в уме нет. Я не хочу сказать, что у аутистов его совсем нет, но либо перцептивная вовлеченность, либо рефлексия, это вещи не совместимые. Рефлексия и абстрагирование — все это работает в таком сознании, которое имеет горизонтную структуру, которое позволяет выходить из точки здесь-и-сейчас.

Если невозможно абстрагирование, то не может быть и означивания. Даже самый распространенный и вроде бы простой вид означивания, речь, требует умения оперировать общими понятиями. Почти любое слово речи — общее понятие. Не общими понятиями являются собственные имена да служебные части речи. Общим понятием является даже слово «я»! В мире есть множество объектов слова «я», каждый человек для себя является «я». Именно поэтому аутисты, как

маленькие дети, не овладевают словом «я». В случае, когда ребенок-аутист говорит, он часто говорит о себе «ты», поскольку считает своим обозначением то, как к нему обращаются. Научиться обозначать объект одним определенным именем, хотя это тоже трудная работа означивания, все же несравненно проще, чем называть объект по-разному в зависимости от точек зрения на него. Последнее при отсутствии рефлексии практически невозможно.

В общем случае означивание — это присвоение одной сущности такого статуса, когда она может репрезентировать другую сущность. То есть означивание есть случай осмысления, возможно, самого простого осмысления: проведения единичной связи. Означивание может происходить в определенных границах или безусловно. Безусловным означиванием является, например, повседневная речь на родном языке. Словам речи придан такой статус, когда они указывают на свои означаемые, они не существуют сами по себе (как, например, красивые фонетические сочетания; не случайно красивым или некрасивым может казаться только чужой язык). Ограниченным означиванием является, например, игра ребенка в куклы. Кукла в момент игры репрезентировывает какую-то другую сущность, некоего воображаемого живого человека, но в то же время она существует и как кукла, в таком качестве она тоже воспринимается (например, как красивое изделие). На этих примерах мы видим, что ограниченное означивание в общем-то труднее, чем безусловное, оно требует одновременного наличия двух планов сознания, в то время как безусловное практически этого не требует. Однако любое означивание требует абстрагирования. Чтобы знать, что лампа называется лампой, нужно уметь абстрагировать множество ламп и удерживать связь между этим абстрагированным представлением и его означивающим словом «лампа». Чтобы вообразить, что кукла является живым человеком, нужно владеть и абстрагированным понятием куклы, чтобы опознать данную вещь как куклу, и абстрактным понятием живого человека, чтобы знать, что именно воображается в этой кукле, и опять же, проводить между ними связь. Причем в игре эта связь проводится активно и как бы все время заново. В словах активное и новое проведение связи тоже имеется, но не как постоянное явление. И опять ограниченное означивание оказывается сложнее безусловного.

Есть и более хитрые случаи означивания, например, в игре по сложным правилам одна ситуация может оказаться знаком другой ситуации, в ритуализированном общении некая видимость может оказаться знаком некоего скрытого смысла и тому подобное. Все это хотелось бы разобрать, но сейчас это невозможно.

Думаю, что мы, я и читатель, убедили себя в том, что означивание невозможно при перцептивной вовлеченности, потому что даже в легком случае требует какого-то второго плана сознания. Теперь мы сделали понятным, почему у аутистов отсутствует речь и символическая игра в куклы.

2.6. Горизонт и Другие

Присутствие Других в жизни субъекта начиная с младенчества можно трактовать двумя способами: на отвлеченно-философском языке и с точки зрения психофизиологии. В философии про это было сказано немало. Резюмируя, Другие создают субъекта из младенческого материала (который вообще-то чистой доской, конечно, не является, но в смысле субъектной идентификации это чистая доска), навязывая ему язык, культуру, идентификации, нарратив о самом себе, социальные отношения, орудия и знаки и многое другое.

Что касается психофизиологии, то мы должны сразу постулировать, что социальный механизм является встроенным в мозг, и социум тут ничего не смог бы навязать, если бы у младенца заранее не было врожденного, рефлекторно срабатывающего социального механизма. Именно этот врожденный механизм заставляет младенцев в возрасте всего лишь нескольких недель узнавать лицо, а особенно глаза, реагировать на голос, а чуть позже — различать живое и неживое, активно стремиться к общению с матерью и т.п. У аутистов этот механизм явно не работает, однако маловероятно, что он у них отсутствует на мозговом уровне. Вероятнее будет предположить, что гиперсензитивность, свойственная их мозгу, тормозит его срабатывание и развитие. Вообще-то может показаться, что все еще проще: гиперсензитивность сама по себе заставляет младенцев избегать слишком сильных воздействий, поэтому они и уклоняются от социальных контактов. Однако это может быть справедливо только для совсем первоначального периода развития. Когда аутичный ребенок достигает возраста самостоятельных движений, то

часто нет никаких признаков, что он уклоняется от социальных контактов так же, как вообще от любых стимулов. Нет, с предметами мира он вполне охотно контактирует. Уклоняется он только именно от социальных контактов. Поэтому мы и должны сразу принять, что особый социальный механизм у него, может быть, и был, но оказался гиперсензитивностью (или еще чем-то) заторможен. Ну и, конечно, имеются разные степени его недостаточности, см. выше о теории Никольской.

Какова роль Других в формировании внутреннего плана? Или горизонта? Она центральная. Скорее всего, нужно полагать, что именно Другие его и формируют. Правда, не всегда понятно, как именно. Есть такие варианты, что Другие снабжают ребенка речью, а внутренний план формируется затем этой речью, когда она интериоризируется, начинает действовать как механизм мышления, создает возможность мыслить внутри себя, без связи с реальностью — так создается внутренний план мысли. В основном, если я правильно понимаю, так полагал Выготский. Эта модель хороша тем, что она минималистская, в ней требуется только речь, а сложная структура внутреннего мира появляется сама собой. Плохо в ней то, что она не совсем соответствует экспериментальным данным: по Выготскому, внутренний план и горизонт должен появляться только после интериоризации речи, а это возраст примерно 5 лет. Но на самом деле способность осмысления и означивания, для которой, как мы видели, необходим этот внутренний план, появляется вместе с самой речью, задолго до ее интериоризации, в возрасте около 2 лет.

Есть другая модель: внутренний план появляется в результате интериоризации самих Других, как бы их потенциального взгляда. Интериоризированные Другие превращаются в рефлексию. К этому примыкает даже фрейдовская схема с Супер-Эго, уже не говоря о теориях субъектности в пост-модерне. Эта модель хороша тем, что соответствует интуитивному ощущению.

Справедливости ради нужно сказать, что имеются и модели, в которых внутренний мир появляется в результате некоторых особенностей деятельности, тут непременно участие Других не подразумевается. Такова, например, модель Гелена [Гелен, 1988], в которой внутренний мир появляется как результат сбой деятельности. Прибавлю, что к этой

же модели можно свести построения Д. Деннетта [Деннетт, 2004], о которых я здесь не буду говорить специально.

Давайте разберем учредительный акт конституирования смысла. Так Гуссерль называет тот момент в жизни субъекта, когда он впервые понял некоторый смысл. Выше я уже упоминала гуссерлевский пример с ножницами. В какой-то момент ребенок знакомится с ножницами. Он понимает, что это такое, для чего они нужны, как они режут. Происходит акт самого первого конституирования смысла предмета «ножницы». Гуссерль далее рассуждает о том, что в течение всей жизни субъекта он будет узнавать ножницы, и это узнавание будет отсылкой к этому самому первому акту, который он называет учредительным. О роли Других Гуссерль тут напрямую не пишет.

Однако что мы можем сказать о том, как ребенок знакомится с ножницами? То, что он в этот момент не один. Скорее всего, мама учит его, как резать ножницами, объясняет в словах и показывает на примере. Подавляющее большинство учредительных актов конституирования смысла имеют триадическую структуру: Другие показывают субъекту на смысл предмета. Конечно, выше мы говорили, что существуют и несообщаемые личностные смыслы, которые конституируются только самостоятельно, но они нарастают ведь далеко не на все предметы, а только на те, которые именно что личностно важны: у ребенка это могут быть игрушки, у взрослого это может быть любимый диван, у девушки — любимый человек. Подавляющее большинство известных смыслов не личностны, они интересобъективны. И они имели учредительный конституирующий акт, и почти всегда этот акт имел триадическую структуру. Другие показывали субъекту, который был тогда еще ребенком, на смысл предмета.

Позже, в рамках, например, самостоятельной исследовательской работы, возможно, появятся предметы, смысл которых вроде бы впервые понимается субъектом самостоятельно. Каждый знает случаи, когда он что-то «открывал для себя». Тут несколько сложнее показать триадическую структуру, однако при некотором анализе становится ясно, что структура тут в большинстве случаев тоже триадическая: «Субъект показывает Другим на смысл предмета». Хотя, конечно, я не говорю, что это абсолютно. Возможны учреди-

тельные акты смысла один на один с предметом (или с ситуацией). Но думается, что это бывает не часто, далеко не как правило.

Сейчас нам стало понятно, каким образом из отсутствия социального контакта следует отсутствие смысла. Просто некому его конституировать, ребенок не может этого сам, смыслы ему надо показывать. Но пока мы не достигли желанной цели сделать понятной связь между отсутствием социальности и отсутствием смыслополагания, потому что сейчас у нас пока получается двойная причина у отсутствия смыслополагания: с одной стороны, оно отсутствует, потому что нет Других, с другой стороны, оно отсутствует, потому что ему мешает перцептивная вовлеченность.

Однако я предполагаю, что тут есть еще одна связь, которая пока не учтена. Дело в том, что Другие (при условии, что социальный механизм не полностью выключен) активно вытягивают субъекта из перцептивного состояния. Другие навязывают ему — может быть, речью, а может быть, не только речью — необходимость отвлечься от момента здесь-сейчас. Ему показывают игрушки и научают его словам. Его учат вспоминать свой опыт, планировать свои действия. Ему напоминают прошлое и подсказывают будущее («А сейчас Петенька будет кушать»). Другие постоянно напоминают субъекту о том, что *есть еще что-то, кроме того, что есть здесь и сейчас*, даже если это напрямую не говорится: Другие свидетельствуют об этом массой способов. И таким образом Другие навязывают субъекту горизонтную структуру сознания. И конечно же, речь играет в этом важнейшую роль, причем не только интериоризированная, но и обычная внешняя социальная речь, которую все время навязывают ребенку Другие. Она учит означиванию, а это может быть первым шагом к смыслополаганию.

Я не хочу тут сказать, что у здорового ребенка только благодаря общению с Другими появляется горизонтная структура сознания и особенно то, что с ней связано, прежде всего воображение. Способность воображения настолько свойственна детям, что очень трудно представить, что без обучения под руководством Других ее бы не было. А она требует горизонта, внутреннего мира, потенциальности. Скорее всего, была бы. Поэтому мы должны предполагать, что у здоровых детей есть исходная предрасположенность к

этой горизонтной структуре, и эту предрасположенность Другие только проявляют, развивают.

Хотя и это не факт! Дети, долгое время остающиеся без общения с Другими, а это бывает в случаях так называемого госпитализма (например, оставленные матерями в роддоме: полностью ухоженные физически, но при отсутствии воспитателей), достаточно быстро регрессируют в развитии, зачастую страдают необратимым слабоумием. Так что, не исключено, даже здоровый ребенок тотально не в состоянии конституировать свое сознание без поддержки этого процесса Другими.

Но уж если мы имеем мозг, природно страдающий предрасположенностью к перцептивной вовлеченности (и, возможно, благодаря этой предрасположенности к вовлеченности страдающий также вторично ослабленным социальным механизмом), как это, видимо, свойственно аутичным детям, то роль Других становится критической. Или они вырвут субъекта из этого состояния, навяжут ему речь, навяжут означивание, затем смыслополагание, и вместе со всем этим потенциальный внутренний мир, или нет. Эти действия Других в данном случае являются глубоко враждебными исходной структуре субъектности. Исходная структура здесь стремится остаться в состоянии вовлеченности, ей не нужны никакие смыслы, тем более навязанные триадическими учредительными актами. В крайнем случае такой субъект обойдется личностными смыслами, и то если сочтет возможным настолько отвлечься от вовлеченности, чтобы обратиться к своему опыту. Если и этого нет, то он будет существовать в полной вовлеченности. Это для него вовсе не ущербное состояние. В книге [Cohen, 2006, с. 28] подобрано несколько цитат из бывших аутистов, как они в детстве ненавидели родителей и всех тех, кто пытался вытащить их из «их мира». Хотя под «миром» здесь понимается вовсе не тот мир, который является естественным миром любого нормального человека (скорее всего, эти люди целыми днями раскачивались, трясли руками, вертели предметы или монотонно лизали свои игрушки), для них это и был их мир.

Вообще, лечить аутистов, вытаскивать их на уровень речи, на уровень социализации, на уровень нормальной жизни — это то, что здоровые люди рассматривают как благо для них. Но с точки зрения самих аутичных субъектов в

этом может не быть никакого блага. Это совсем не так в случае больных шизофренией, для которых почти с любой точки зрения излечение является благом. Но для настоящих аутистов, возможно, благом было бы, если бы их оставили в покое. Они бы раскачивались, вертели предметы, трясли руками. И так много часов и дней и лет подряд. Понятно, что родители не в восторге от такой жизни у их детей. Но здесь очень сложно решить, что тут благо, а что нет, и даже найти основания для суждения.

Автономная речь и сознание

В этой же связи мне хотелось бы сказать два слова про *автономную речь*. Это понятие ввела в 30-х годах замечательный детский психолог, ученица Выготского, Р.Е. Левина [Левина, 1936].

Нормальной автономной речью Левина называет речь ребенка от самого начала, то есть где-то от полутора лет до примерно трех лет, до начала настоящей социальной речи. Для автономной речи прежде всего характерно, что у ребенка много собственных слов, не совпадающих с речью взрослых. Эти слова он придумал сам (то есть это не слова типа «бобо» и «бибика», потому что так с ним говорят взрослые, а это личные слова ребенка). Обычно их понимает только мать, потому что она знает историю каждого такого слова. Например, какой-нибудь ребенок начал называть кошку «тика», и далее примерно в течение года называл ее так, а потом перестроился на взрослое слова «кошка». Стало быть, в автономной речи автономны корни слов. Есть ли в ней еще что-нибудь, кроме корней, на примере двухлетних детей понять обычно не удается.

Левина работала с группой детей (9 человек), у которых речь такого типа задержалась до семи-десяти лет. Многие дети по описаниям показались мне легкими аутистами, которым она просто не могла поставить этот диагноз, потому что в 1936 году он еще не существовал. Она, естественно, называет этих детей алаликами или афазиками (то есть имеющими нарушения речи). Некоторые из них умственно отсталые, некоторые — не обязательно. Поскольку эти дети к описываемому моменту уже не двухлетки, и жили со своей автономной речью уже не один год, она у них развилась гораздо больше, чем у двухлеток. У каждого из них очень мно-

го слов, некоторые определенно автономные, другие — искаженные обычные, третьи, у тех кому удается — обычные.

Левина приводит потрясающие факты. Например, все 9 детей, независимо друг от друга, одинаково искажали названия цветов: белый — бенин, красный — красин, синий — синин. Это у них получались примитивные прилагательные, образованные, видимо, аналогично прилагательным «папин, мамин».

В работе много материала с тестами на обобщения. Например, как сгруппировать карточки с такими изображениями: две утки, гусь, лодка, человек? Нормальные дети в таком возрасте уже группируют вполне по смыслу: утки и гусь — это животные, лодка отдельно, человек отдельно. (В этом опыте карточек около 30, так что там собираются довольно большие группы). Дети лет трех группируют по ситуациям: человек сидит в лодке, за ними плывет, скажем, утка (это прекрасно согласуется с известной теорией Выготского о понятиях-синкретах). Дети-автономики 8–10 лет группировали как младшие, по ситуациям. Можно, судя по этому тесту, прийти к выводу, что они просто умственно отсталые. Но Левина правильно так не делает. Она считает, что функция слова у них не работает на обобщение, с чем и связано отсутствие группировки. «Автономная речь возникает благодаря отсутствию внутренней необходимости к овладению нормальной речью вследствие недоступности ее смысловой стороны» (с. 53).

Вот что пишет Левина про психологию этих детей: «Внешний мир ... не имеет постоянной картины. Акты восприятия и осмысления воспринимаемого почти не связаны. ... Разумеется, при этом необычайно велика связанность зрительным полем, которая всецело определяет основные черты поведения “автономика”, всю его деятельность. *Свобода от зрительной ситуации возникает и развивается вместе с развитием смыслового восприятия* (курсив мой — Е.К.). Здесь мы имеем поведение, в полной мере подчиненное впечатлениям, мотивы деятельности всецело даны ситуацией. ... [Каково понимание своего внутреннего мира:] В автономной речи с ее связанностью внешним, наглядным названием своих переживаний ничтожно. Вот почему ребенок-автономик весь во власти своего переживания. Он не владеет своим внутренним миром. Если во внешнем мире он связан ситуацией,

то здесь он подчинен своим переживаниям, которые не выделяются, не осмысляются им как таковые. Разумеется, внутренняя активность при этом сведена к нулю. ... Дети-автономики по своей сущности спонтанны... Основной дефект речевого развития ребенка-автономика — невозможность овладения нормальной речью — восходит к основному дефекту всей структуры личности — недостаточной внутренней активности, т.е. недостаточностью овладения своими собственными психологическими процессами» (с. 67).

Что мы можем сказать о сравнительной роли автономной и социальной речи? Мы не знаем, какова роль социальной речи. Мы знаем, что у всех нас она социальная и одновременно что все мы умеем думать (что бы под этим не понималось). Как это связано, можно только гадать. Автономные дети — это эксперимент, который поставила природа, как и дети-аутисты. Это дети с речью, но не социальной речью. И мы видим, чем эти дети отличаются от нормальных: у них та же перцептивная вовлеченность, что и у аутистов, та же неспособность отстраниться от мира. «Свобода от зрительной ситуации возникает и развивается вместе с развитием смыслового восприятия», — пишет Левина, и это в точности то же, что я писала об аутистах. Смыслы, которые конституируются в социальной (но не в автономной) речи, отстраняют субъекта от мира! Левина пишет о том, что у этих детей недостаточная внутренняя активность и связывает это с отсутствием в автономной речи функции обобщения. Я связываю с другим: автономная речь явно не-социальна. Другими словами, сам ребенок сниженно социален. Левина ничего об этом не пишет, но это очевидно по особенностям речи. Был бы нормально социален, говорил бы так же, как говорят вокруг него! Поэтому мы можем рассматривать автономную речь как симптом снижения социальности.

Следовательно, мы видим, что сниженно социальные дети имеют неотстранение от мира, имеют недостаточность внутреннего плана сознания, не обладают свободой, находятся в перцептивной вовлеченности. Социальное воздействие — это основа отстранения субъекта от мира и основа его свободы. Потом от социума тоже приходится освобождаться, но это уже вторично, а самая первая несвобода субъекта — это несвобода от мира. Свободным от мира субъекта делают Другие.

2.7. Феномен савантов

Саванты — это люди, обладающими необычными способностями. Например, это может быть уникальная память, способность совершать в уме сложные арифметические операции и некоторые другие способности. Есть статистика [Treffert, 2009], что каждый десятый аутист в той или иной мере обладает необычными способностями. Это огромное число. Среди нормальных людей доля савантов ничтожна. Причем, следует учесть, что статистика аутистов может касаться только случаев не самого глубокого аутизма, когда субъект каким-то образом проявляет свои способности перед Другими. О савантах среди глубоких аутистов мы просто ничего не можем знать.

Какие это способности? Необычно обширная, детальная или эйдетическая память встречается при аутизме настолько часто [Snyder, 2009], что мы даже не будем про нее говорить. Назовем, во-первых, арифметические способности, во-вторых, савантов-художников. Среди арифметических способностей на первом месте назовем так называемые календарные: почему-то они особенно часто обращают на себя внимание при аутизме, по-английски уже сложился термин *calendrical savants*. В этом случае субъект способен сказать, на какой день недели придется некоторое более или менее отдаленное календарное число (ну, например, что-нибудь в трехтысячном году). Говорит он это быстро, так что сразу ясно, что даже необходимые раскладки чисел по неделям он не проводит одну за другой, а видит весь календарь как бы сразу. Учитывает такой савант обычно и правила вычисления високосных лет. На вопрос, как он это делает, обычно ответа нет. «Я это делаю хорошо», «Я это видел», «Ну это так и есть» и т.п. [устное сообщение отца сына-саванта].

Также нередко встречаются саванты-счетчики, которые, например, могут вычислять в уме произведения трехзначных чисел. Некоторое количество таких савантов встречается и среди не-аутичных людей, хотя остается открытым вопрос, насколько такие люди в целом нейротипичны. Потрясающий случай такого рода приводит в своей книге «Человек, который принял жену за шляпу» знаменитый невролог О. Сакс [Сакс, 2011]. Двое близнецов, оба страдающие аутизмом и не посещавшие школу, оба календарные саванты, научились

вычислять простые числа среди пятизначных, затем шестизначных чисел! Никто не объяснял им понятие простого числа, более того, по идее, они не должны были знать и умножения с делением, раз они не ходили в школу. Однако для феномена савантов характерно именно то, что человек умеет делать то, что вроде бы он не может уметь, чему его никто не учил. Что касается пятизначных простых чисел, то уж точно никто не может проделать это в уме.

Здесь интересно отвлечься от феноменальных аутистов и сказать два слова про работы австралийского ученого Алана Снайдера [Snyder, 2009], который на здоровых испытуемых проводил опыты по временному отключению речевых зон. Достаточно значимый процент этих людей обретали неожиданные способности, среди них и способности к быстрому счету. Этот ученый делает вывод, что способности такого рода (он называет их «низкоуровневые») есть у всех людей, однако затем, после их срабатывания, речевая функция берет на себя управление информацией и представляет картину в некотором абстрактном виде, причем данные счета элиминируются. Грубо говоря, речь подавляет счетные способности. Кроме того, она подавляет способности к рисованию.

Способности к рисованию — это второй вид феноменальных способностей, которые отмечаются у аутистов.

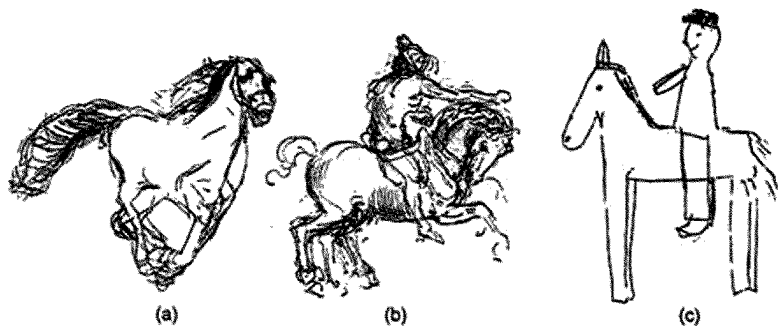


Рисунок слева (a) принадлежит пятилетней аутистке Наде [Ramachandran, 2011; Humphrey, 1998]. Рисунок справа (c) — здоровому восьмилетнему ребенку. Между ними (b) для внушения помещен рисунок Леонардо да Винчи.

Сравнивать рисунки аутистов с Леонардо — это, конечно, дело искусствоведов. Хотя и обычному человеку нельзя не заметить а) передачу движения б) передачу объема в) чрезвычайный реализм и детальность. К сожалению, первый рисунок не содержит всадника, а то интересно было бы сравнить, закрывает ли нога всадника линию спины лошади. Впрочем, у Нади есть рисунок с всадником:



На нем ясно видно, что нога всадника нарисована сразу сверху спины лошади, то есть так, как видит человек. Но заметим, что этого нет не только на рисунке нормального ребенка, где нога и спина перекрещиваются, но даже у Леонардо! Даже великий художник нарисовал сначала лошадь вместе со спиной, только потом посадил на нее человека! (Хотя и у Нади перекрещиваются ноги у лошади, то есть ногу она выделяет как единое целое и так и рисует, а затем рисует другую ногу).

Что касается рисунка нормального ребенка, с ним все ясно. Видел ли этот ребенок в жизни лошадь, знать, конечно, трудно. Но думаю, что рисунки детей, которые видели лошадь, и тех, которые не видели, не будут различаться прин-

ципиально. Солнце точно видели все дети, а рисуют его в виде кружочка с лучиками. Так же и с лошадьми. Дети (и плохие художники) рисуют не то что, видят, а то, что знают. Это символическое, я бы даже сказала, пиктографическое, иероглифическое рисование. Над изображением полностью довлеет символизация. Это передача не лошади, как она есть, а идеи лошади, знака: «Это лошадь». Это сродни довлению дискурса над свободной описательной речью: хочешь сказать, что думаешь и чувствуешь, а говоришь, как принято. К изображению и в том, и в другом случае приходится прорываться с боями. И это бои со знаниями и умениями, усвоенными задолго до того, как встает задача сказать или нарисовать что-то как оно есть. Эти знания и умения коммуникативны, они нацелены на воздействие на Другого. Плохой рисунок лошади зато очень экономно передает идею лошади. Плохой дискурс не отражает подлинного богатства мысли и чувства, но с помощью него легко передать сообщение, и есть гарантия понимания. Или *как есть*, или *кому-нибудь*, вот как тут стоит вопрос. И мы видим, что аутисты, которые рисуют никому, рисуют как есть.

И теперь нас совершенно не удивит тот факт, что когда Надю стали «вытаскивать» из аутизма и учить говорить, она утратила способность рисовать.

2.8. Гиренок: самовоздействие

Теория Ф. Гиренка относительно аутизма [Гиренок, 2010] небанальна и, к сожалению, не вполне поддается однозначному пониманию, как, впрочем, и другие его теории. Тем не менее, это один из самых глубоких авторов, не только среди отечественных философов, но и в мире. Приходится стараться реконструировать его рассуждения. В первой половине его «Аутографии» встречаются такие выражения, как «гебефренический смех аутиста», он вперемешку ссылается на Блейлера и Ризолатти-Рамачандрана, и приходится только с уверенностью обвинить автора в том, что он не учитывает разницу между блейлеровским аутизмом и РДА. В результате этого смешения ему приходится разрешать множество парадоксов, для которых нет оснований. Например, как возможно, что аутизм одновременно есть уход в мир галлюцинаций и пребывание в покое? Гиренок, конечно, не затрудняется это объяснить, тем более, что книга начинается с описания

абсурда, так что абсурд — это не то, чем можно смутить автора. Однако все эти интересные рассуждения не имеют ценности, если учесть, что уход в мир галлюцинаций — это свойство шизофренического аутизма, а уход к покою — свойство РДА, вместе они не встречаются.

Ко второй половине книги появляются отчетливые следы внимательного знакомства автора с книгой Никольской про 4 стадии аутизма (Гиренок называет это «Четыре уровня падения сознания в “магическое”»). Разбор у Гиренка очень глубокий. Однако он не отказывается от идеи совместить разговор об аутизме с разговором о галлюцинациях, в этом вообще цель всей его книги. Ему бы лучше ограничиться шизофреническим аутизмом, поскольку тот очень даже совместим с галлюцинациями, а вот у детей-аутистов чаще всего никаких признаков галлюцинаций не бывает, как и вообще воображения. С другой стороны, искать воображение у детей-аутистов надо, это продуктивное направление. Ведь не оставляет ощущение, что оно должно у них быть, только проявляется как-то иначе, чем у нормальных детей. Но, конечно, путаница терминологии мешает этому, а не помогает, поэтому мы будем по возможности пытаться ее избегать.

Насколько мне удалось понять общий контур основной идеи Гиренка, эволюция человеческих предков в человека состоит в том, что по каким-то причинам (недостаточность инстинктов?) возникают и начинают доминировать некие «внутренние» состояния ума. Прежде всего, это дипластия. Дипластия — это термин Поршнева, означающий одновременное столкновение несовместимого. Кстати, это и вправду существенный момент сознания, которое начинает обретать горизонт: ведь как минимум это сознание должно удерживать в себе одновременно понятия о прошлом и будущем; о возникновении того, чего не было; об исчезновении того, что было; об изменении; о чем-то другом, нежели здесь-и-сейчас. Мы вряд ли назовем это абсурдом, но по Поршневу это дипластия, совмещение несовместимого, а это тоже в некотором смысле абсурд. Таким образом, субъект принужден находиться в состоянии абсурда, даже если пытается закрыть его при помощи отвлечения на какие-то понятные смыслы.

Затем, воображение, грезы и галлюцинации. Почему-то Гиренок твердо уверен, что это было важнейшее предковое состояние. Все это имеет место до появления языка, поэтому

галлюцинациям трудно выразиться, они как бы все время ищут выход. Одним из выходов можно рассматривать палеолитическое искусство. Тут Гиренок замечает, что оно было не только и не столько, как принято думать, реалистическим, что, на самом деле, там большое место занимали орнаментальные элементы и простые геометрические фигуры — это, по его мнению, говорит о том, что человек пытался постигать элементарные акты собственного воображения и восприятия.

Наконец, появляется язык. Язык Гиренок рассматривает как важнейший фактор насилия социума над субъектом. При помощи языка обуздываются галлюцинации, начинаются знаковые операции, которые, во-первых, навязаны социумом, во-вторых, навязывают собственную логику. Какие-то субъекты, видимо, выпадали из социализации, отказывались, в том числе, от языка. Они становились художниками, если, конечно, получалось. Если нет, то пропадали, не оставив следа. Сейчас тоже есть выпадающие из социализации субъекты. Для Гиренка, к сожалению, безразлично, каким термином их называть, и он говорит то «аутисты», то «шизофреники», то даже «психопаты». С психиатрической точки зрения в большинстве случаев это будет шизофрения. Понятно, что тот, кто овладел языком, уже не может от него отказаться, но по мысли Гиренка нужно к этому стремиться.

Проблема самовоздействия, ярко показанная Фуко в книге «Герменевтика субъекта», Гиренком многократно ставится в самое основание человеческой субъектности. Уже в период дипластии-абсурда, по сути говоря, субъект находится в состоянии непрерывного и довольно мучительного самовоздействия: одна сторона дипластии действует на другую, и это происходит внутри субъекта. Абсурд уводит субъекта от мира природных стимулов, становится рождением его свободного бытия. Это не какая-то экстравагантная идея Гиренка, это очень легко понять: ведь если субъекта раздирает на части нечто несовместимое, то он, грубо говоря, погружен в себя и только внутри себя выбирает, каким именно образом действовать²². Поэтому дипластия, абсурд, озадачен-

²² Кстати, Поршневу описывает, как у собак в ситуации дипластии (одновременно две команды) возникали не только колебания между двумя вариантами, но и появление новых, третьих действий. Тем более это возможно у человека.

ность, недоумение — все это начало свободы субъекта от господства внешних стимулов.

Затем возникают галлюцинации и грезы, здесь, так сказать, свобода субъекта воздействует на его восприятие, хотя вообще-то состояние галлюцинации, в случае, если она объективирована в рисунке, представляется неким относительным отдыхом. Появление языка — это ограничительное воздействие на грезы. Тут-то в основе воздействия находится социум, однако субъект интериоризирует это воздействие и после уже воздействует языком сам на себя. Самовоздействием являются проекты, особенно долговременные, которые заставляют субъекта мобилизовать себя на выполнение задачи с сильно отсроченным подкреплением (и даже у вполне нормальных людей часты отказы от таких проектов в пользу реакции на сиюминутные стимулы). Жестоким самовоздействием является рефлексия. Самым жестоким — вообще сознание. Блаженство без самовоздействия видится Гиренку только у животных, у которых рефлексy работают сами по себе.

Насколько мне удалось понять, аутистов в этой связи Гиренок трактует как тех, кто самовоздействует более всех других, причем таким образом, который замещает всякое другое воздействие, как мира, так и особенно Других. «Опыт отношения к самому себе, воздействия на себя предшествует всякому другому опыту. Этот опыт невыразим в словах. О нем невозможна память» (с. 129), «аутист — это человек, который освобождает свое существование от существования, которое его ограничивает. Для того, чтобы освободить себя от реальности, человеку потребовался предел наличного, в опыте преодоления которого создается мир человеческой реальности. Пределом наличного является Бог или, что одно то же, первичное самоограничение человека» (с. 131).

Эта мысль кажется мне очень существенной, хотя в данной формулировке (чтобы уйти от реальности, аутисту требуется Бог — неверной). Относительно того, что Бог — это то же, что первичное самоограничение, обсуждать сложно (откуда берется это первичное самоограничение, оно априорно, произвольно, обусловлено чем-то?..). Но какое место в структуре аутичного сознания может занимать трансценденция? Интуитивно кажется, что никакого. Она ведь, кажется, несовместима с перцептивной вовлеченностью, с отсутствием слов и с отказом от Других. Почему несовместима с отка-

зом от Других? Я не могу этого объяснить, это мое интуитивное ощущение: что находиться в каком-то отношении к Богу можно только находясь в каком-то отношении с Другими. Впрочем, возможно, это так только для неаутичного сознания, оно ведь и вообще едва ли не ко всему приходит через посредство Других.

Практика показывает, что по большей части аутичные дети, конечно, не религиозны. Впрочем, обычные дети тоже, если их не воспитывать. Самостоятельная внутренняя религиозность обычно бывает у взрослых людей. Взрослым аутистам, насколько могу судить по общению с ними (понятно, речь может идти только о высокофункциональных, то есть неглубоких, аутистах, остальные на эти темы не общаются), религиозные рассуждения совершенно не интересны. Заметим, что это совсем не так в случае шизофрении, где сверхъестественная тематика весьма часто встречается в структуре бреда. Но при РДА это так.

Однако среди аутистов есть очень примечательные исключения. Например, одна савант в 8-9 лет написала: «Душа — это пустота в человеке, которую он заполняет Богом или дьяволом». Само по себе высказывание для аутиста, тем более ребенка, совершенно не типичное, и, конечно, здесь заметно сказывается влияние сильно верующей матери, но все же простые выводы тут сделать не получается.

Имеется и мнение, противоположное моему. Английский автор Стиллмэн [Стиллмэн, 2010] пишет, что дети-аутисты находятся в ближайшем контакте с Богом. Сам автор настроен достаточно мистически, и насколько ему нужно верить — вопрос открытый.

Выводы по аутизму

Почему некоторые дети в какой-то момент отказываются от общения с Другими, в настоящее время можно считать неизвестным. Как это происходит на уровне мозга, неизвестно тоже.

Я предполагаю, что существует какой-то особый социальный механизм, который обычно задействован буквально с первых недель жизни младенца, но иногда почему-то дает сбой: или сразу не включается, или выключается внезапно. В этом, я полагаю, можно видеть основное нарушение при аутизме.

Затем все когнитивное развитие направляется в другую сторону.

У нормальных детей постоянное присутствие Других вызывает отрыв от наличного момента и постепенное формирование горизонтной структуры сознания (а. темпоральный горизонт сознания, то есть способность мысленно выходить из настоящего момента в прошлое, к опыту, и в будущее, к проектам; б. смысловой горизонт предмета, дающий возможность опознавания этого предмета в его принадлежности к общему виду, конституирование ожиданий и смыслов, связанных с этим предметом). Такая горизонтная структура приводит к тому, что появляется «внутренний мир», внутреннее пространство потенциальности, которое дает возможность воображать, означивать, проводить связи, осмыслять, планировать и т.п. Важным фактором воздействия является речь, в которой, при ее осмысленном использовании, происходит овладение структурой общего понятия (то, что много предметов могут называться одним словом). Применение общего слова к единичному предмету вкладывает в конституирование его смысла отсылку ко всем другим предметам, называемым этим словом. Все это приводит к отрыву от «связанности зрительным полем» (Левина), даже при простом назывании предмета субъект попадает в мир смыслов, существующих в его сознании, а не в видимом мире. Речь также неотъемлемо связана с Другими, поэтому учредительные акты смысла — первые знакомства с предметами — имеют триадический характер, они совместны с Другими.

При аутистическом развитии не происходит ни овладения речью, ни формирования горизонтной структуры сознания. Не происходит осмысления видимого, субъект находится в состоянии перцептивной вовлеченности. У него не формируется воображение, означивание, овладение общим понятием, осмысленная коммуникативная речь. Внутренний мир погружен в наличное здесь-и-сейчас. Отсутствие давления языковых механизмов на остальные когнитивные способности приводит к тому, что среди аутистов велика доля савантов, способных к феноменальному счету, рисованию и др.

Все сказанное характеризует состояние глубокого аутизма. Согласно учению Никольской, на этом этапе задействуется стратегия оценки и минимизации воздействия среды. При уменьшении степени аутизма второй включается стратегия

адаптации к предсказуемым условиям и осмысления базовых потребностей. Третьей включается стратегия адаптации к неизвестным условиям, которая требует проектирования своих действий; возможно осмысление не-непосредственных потребностей. На четвертой стадии включаются стратегия коммуникации.

Аутизм очень интересен для философа. Он дает возможность видеть, чем является субъект без формирования Другими.

3. Психопатия Хаэра

В этом параграфе путаница с терминологией будет еще хуже, чем в случае аутизма. Давайте, не вдаваясь в подробности относительно того, какова история термина «психопатия» в русском и английском языке, как она соотносится с историей самой данной группы феноменов и ее изучения в России и Америке, и также в то, как принято называть данные состояния по МКБ, скажем только то, что американский психолог Р. Хаэр в 1995 году описал некоторый синдром и дал ему название «психопатия» [Хаэр, 2007]. И надо иметь в виду, что у этого слова еще очень много значений, поэтому чтобы избежать путаницы, всегда лучше с самого начала указывать, что речь идет о психопатии по Хаэру, «*психопатии Хаэра*».

В настоящее время у Хаэра появляются последователи, но синдром, о котором речь, пока практически не осмыслен. Единственным хорошим его описанием является собственно книга Хаэра. Это типичный для американской психологической литературы свободный, без плана, рассказ с примерами, несколько поверхностный, но очень яркий. Сейчас я скажу два слова о том, что пишет Хаэр (хотя в любом случае рекомендуется читать его книгу).

Базовый «клинический» признак, по которому узнаются такие психопаты, выглядит очень специфический: они совершают преступления. Более того, обычно они сидят в тюрьме. Хотя Хаэр специально указывает, что не все психопаты попадают в тюрьмы, поскольку в относительно доброкачественном случае сфера их преступлений экономическая. Там у них есть реальная возможность не попасть в поле зрения закона либо отделаться штрафом. Возможны сочетания денежных

афер с элементами физического насилия. Однако в ядерном, глубоком случае все гораздо хуже. Тогда их сфера преступлений — это настоящие суровые уголовные статьи: убийство, издевательство и тому подобное.

Следующая характеристика такая: эти люди патологически импульсивны, у них выраженная слабость торможения. Они могут убить в состоянии аффекта. Если они испытывают влечение к женщине, то почти наверняка сразу же перейдут к ее изнасилованию. Когда они видят деньги, они, разумеется, их украдут. Если они видят не сами деньги, а более-менее легкую возможность их получить, они предпримут все необходимое, что требуется, чтобы получить их. Законный это способ или афера, неважно, но чаще всего, конечно, афера, потому что аферы короче и проще. Что аферисты могут быть раскрыты и понести наказание, их обычно волнует меньше, чем нормальных людей, у них малая тревожность, малая способность учитывать потенциальные будущие угрозы. Они живут здесь и сейчас. Им вполне можно дать характеристику «отчаянный, сорви-голова».

Следующие две важнейшие характеристики — способность вызывать доверие и отсутствие совести.

Во-первых, эти люди — суггесторы. Обычно у них хорошо развита речь. Возможно также, что у такого человека особый «пустой» взгляд (хоть и «пустой», но сильно воздействующий, практически парализующий). При помощи слов они виртуозно манипулируют окружающими, почти все окружающие им верят. В книге приведено много примеров, как они вызывают доверие у одиноких женщин; затем, разумеется, они обкрадывают их и бросают. В тюрьме они всегда дают обещания исправиться и начать новую жизнь, хотя никогда им не следуют, им неведомо понятие «сдержать слово». Слово для них — инструмент достижения цели в настоящем времени. Исключительная суггестивная способность некоторых из них приводит к тому, что даже профессиональный психолог не может построить нужный ему диалог. Вообще, рассказы такого рода заставляют, что называется, по-новому прочувствовать, насколько велика роль суггестии в обыденной жизни и насколько мы остаемся податливы к суггестивному воздействию. То, что обычно люди общаются не на суггестивном уровне, следует объяснить чем-то типа особенностей нашей культуры, в которой действует что-то типа кон-

венционального соглашения о неиспользовании суггестии, или, вернее говоря, о низком уровне использования суггестии в общении. Кроме того, тут важна вторая составляющая субъектности, а именно совесть. Она завязана на способность рефлексии и поэтому она вытормаживает механизм суггестивного воздействия, см. выше о теории Поршнева.

Кстати, рассказы о других культурах, например, некоторых арабских, иногда вызывают предположение, что там принятый уровень суггестии выше, а, соответственно, уровень совести ниже. В некотором смысле можно сказать, что для них психопатия Хаэра — это нечто более нормальное, чем у нас. Разумеется, такое может быть только в культуре с жесткими рамками морали, что и свойственно странам ислама. В этих рамках допустимы такие проявления суггестии, как обман и ложь, но, разумеется, недопустимы преступления. Соблазнить ложью женщину и потом бросить ее можно ведь только в культуре, где женщина свободно решает, что ей делать; исламские порядки, рассмотренные с этой точки зрения, надежно страхуют женщину от того множества жаждущих ее обмануть, которое набросилось бы на нее, если бы она была свободна. Так что тут культура вполне органично согласует психологические особенности своих субъектов и внешние инстанции управления их поведением. Хотя я должна признаться, что сама с арабскими культурами не знакома и сужу только по рассказам.

В культуре современной России также явно возрос уровень хаэровской психопатии. В этом нет ничего удивительного, учитывая низкий, в целом, уровень рефлексии у большинства населения.

О структуре совести

Давайте скажем теперь несколько слов про совесть.

Книга Хаэра про психопатов называется «Лишенные совести». Отсутствие совести он считает главной, базовой характеристикой их личности. Он понимает совесть достаточно просто: они не испытывают угрызений совести. Они считают, что врать, манипулировать, совершать преступления — это их вариант жизни. Либо они считают, что все остальные тоже живут так же, либо, наоборот, считают, что они умнее других. Тогда неспособность совершить убийство рассматривается как слабость, а неспособность обмануть — как глу-

пость. Это, конечно, внешне несколько напоминает нищепанство, однако психопатия вещь существенно более поверхностная, нежели нищепанская переоценка ценностей. Здесь мы имеем сугубо неререфлексивную, практически природную предрасположенность к жестокости и обману. Хаэр приводит много примеров появления этих черт в раннем детстве.

Хаэр показывает отсутствие у них не только совести, как регулятора внутреннего, но даже стыда, как регулятора внешнего. Например, нормальный человек, если его поймают на лжи, сильно смущается. Психопат несколько не смущается и продолжает выдвигать версии, как будто находится в ситуации игры. По-видимому, он не понимает даже того, что отсутствие смущения в такой ситуации, когда нормальный человек «обязан» смутиться, вызывает удивление и отвращение у окружающих, мгновенное пропадание у них доверия, то есть оно не выгодно ему самому. По-видимому, субъекту без инстанции рефлексии-Сверх-Я и в голову не приходит, что у других эта инстанция есть! По-видимому, с их точки зрения, любой человек точно так же врет и как бы всегда играет, как и они.

Во время чтения книги не пропадает ощущение, что из такого человека, как лишенный совести психопат, мог бы получиться властелин мира. Однако большинство психопатов проводят почти всю жизнь в местах заключения. Единственное, что мешает им стать такими властелинами, что вообще портит все их мошеннические затеи — слишком высокая импульсивность. Их ложь часто бывает легко разоблачить, так как они плетут ее недостаточно искусно. Грубо говоря, они недостаточно хитры на длительных интервалах времени. Что, по всей видимости, говорит нам о том, что в планировании на долгий срок инстанция рефлексии должна быть задействована обязательно.

Что мы можем сказать о том, что такое совесть?

Как и в случае «сознания», «события», «смысла» и других слов, над которыми свойственно задумываться русским философам, это слово содержит приставку, обозначающую совместное наличие чего-то с чем-то (или кого-то с кем-то). Причем я даже думаю, что, в отличие от «события», здесь эта приставка не совсем случайна. Еще можно заметить, что это слово практически совпадает со словом «сознание», толь-

ко корень в одном случае более старый славянский, «ведать», в другом — более новый, «знать». Более того, похожим образом дело обстоит в английском, где эти слова образованы из тех же двух составляющих и так же похожи между собой: *conscience* и *consciousness*. В немецком, правда, не так, там нет указания на «что-то с чем-то», зато в обоих случаях в корне наблюдается этимология «знать»: *Gewissen* и *Bewußtsein*.

Это хорошо, потому что совместное знание — это, в общем-то, почти классическое фрейдовское понимание совести. Супер-Эго представляет собой интериоризированную инстанцию Других, причем не просто Других, а строгих Других, в основном отца. Реальность не совсем укладывается во фрейдовские схемы, например, очень склонны к угрызениям совести девочки, воспитанные одной матерью, но и у них можно трактовать совесть как интериоризованный родительский взгляд. Помимо фрейдовского понимания, можно привести и религиозное: совесть — это голос Бога в душе. В любом случае голос совести ощущается как довольно внешний по отношению к субъекту. Это как глаз, который смотрит на тебя вроде бы изнутри тебя, однако это не ты. В терминах Гиренка совесть есть типичное самовоздействие. Механизм совести, то есть способность судить себя с какой-то отдельной точки зрения, я полагаю, внутренне присущ субъекту. Он очень родственен механизму рефлексии. Но в отличие от рефлексии, совесть обычно содержит отсылки к довольно конкретным Другим. Совесть воспитывается и наполняется содержанием в зависимости от культуры, ценностей, ментальности в семье и тому подобного.

В то же время есть внутренние для совести «триггеры», на которые она срабатывает всегда, независимо от своего внешнего содержательного наполнения. Главным таким триггером является ложь. Ложь есть действие субъекта по отношению к самому себе. Обычно, конечно, это также и действие по отношению к Другому (лгут обычно кому-то), но тут как раз важно не это. Ложь по отношению к Другому в ряде случаев может быть культурно допустима — это и «ложь во спасение», и санкционированная ложь в культуре рыночной торговли. Однако любая ложь является в то же время действием субъекта в отношении самого себя, и это действие носит характер неотъемлемого искажения, самоповреждения субъектности. Поэтому совесть всегда срабаты-

вает на ложь, даже когда она была внешне разрешена. Это срабатывание может привести к тому, что субъект будет специально себя успокаивать, или к тому, что он постарается выйти из ситуации, где необходимо лгать, или он будет испытывать угрызения совести, или что-то еще.

Еще один триггер, на который срабатывает совесть: нарушение обещания. Оно, конечно, сродни обману, но тут возможны разные варианты. Обещание можно дать искренно, а не выполнить его в силу причин, появившихся позже. Или рассмотрим обещание, данное самому себе. В принципе, мы можем даже не проводить специального различия между таким обещанием и тем, что выше называлось проектами. Совесть наблюдает за нами всякий раз, когда мы создаем себе проект. Мы можем сказать, что создавая проект, тем самым мы даем себе и обещание его выполнить, это одно и то же действие. И если не выполняем, совесть реагирует так же, как в случае обмана: она срабатывает. Ну и субъект, соответственно, реагирует на нее так же: уклоняется, что-то объясняет, перестает себя уважать и т.п.

Степень, в которой субъект подвергает себя суду совести, может быть очень различна. Все вышеизложенные рассуждения относительно неперемennого срабатывания совести в случае лжи и нарушения обещания часто вызывают к себе довольно насмешливое отношение. Они кажутся идеалистическими. Чтобы так не казалось, следует оговориться: срабатывает совесть только в том случае, когда она есть. Это совсем не обязательное условие, и степень развитости совести тоже различна и в разных культурах, и у разных субъектов. Поскольку совесть является двойственной инстанцией, одновременно и присущей самому субъекту, и ощущаемой им как нечто внешнее, мы будем иметь, в зависимости от развития совести, различную структуру субъектности. Субъектность, с внедренной в нее в различной степени двойственной инстанцией.

И мы можем сказать, что нормальному субъекту европейской культуры в среднем свойственно достаточно высокое развитие совести. С этим, кстати, как мы видим, связана и его автономия в смысле личных проектов. То есть, как это ни странно прозвучит, совесть — это полезное явление в свободном демократическом обществе. Полезное самому субъекту, а не только обществу. Она является стержнем субъектности

вообще. Без нее будут постоянно рушиться все личные более-менее долговременные проекты, человек впадет в сиюминутность. Он впадет в вовлеченность в поток. Что, между прочим, мы наблюдаем и у психопатов Хаэра, которые могли бы быть выдающимися властителями мира, но, вот беда, тут же забывают это вследствие своей крайней импульсивности.

Вообще, указанная неременная связь между совестью и способностью к автономному проектированию ставит под большой вопрос ницшеанскую теорию сверхчеловека. Человек с совестью — это гораздо более христианский вариант, чем нужно для воли к власти. А человек без совести — это хаэровский психопат, почти всегда по глупости сидящий в тюрьме.

«Лишенные эмпатии»

Следующий вопрос, который надо тут рассмотреть, это связь совести и эмпатии. Сам Хаэр, когда пишет о психопатах, указывает, что у них полностью отсутствует эмпатия, они не способны разделить страдания других людей. Более того, очень многие из них патологически жестоки, страдания других доставляют им удовольствие, то есть у них есть что-то типа обратной эмпатии.

Насколько я поняла, Хаэр напрямую связывает совесть с эмпатией, для него совесть — это сочувствие, сострадание. Лично я так не считаю, однако то, что совесть непременно связана с эмпатией — это частая точка зрения, и, конечно, в ней есть своя правота.

Выше, говоря о появлении в структуре субъектности инстанций рефлексии (в пункте о Поршневце), я сказала, что рефлексия появляется как интериоризация Других в ситуации одинокой деятельности, когда некому исправлять ошибки. Тогда субъект стремится нести в себе память о Других и сами их образы, чтобы как бы смотреть на себя их глазами. И я специально заметила, что это может происходить еще на доречевой стадии, главное тут — сложная деятельность. Но это значит, что и сама рефлексия есть суггестивное, а не речевое участие Других. Мы и субъективно воспринимаем ее часто как взгляд на нас, может быть даже как удары, а не как речь к нам. Тем более неречевым участием Других является совесть. Ребенка вполне можно воспитывать жестами, напол-

нение совести у него создастся так же, как и речью. (Хотя речью внутренний потенциальный мир создается эффективнее, чем суггестией, об этом я писала в главе об аутизме).

Поэтому ничего удивительного, что нормальной составляющей совести является эмпатия. Эмпатия — это естественное следствие суггестивного общения. Суггестивная передача информации остается гораздо менее тонкой и детальной, нежели вербальная (насколько точнее можно объяснить путь словами, чем жестами), хотя в то же время она во многом эффективнее по обработке (насколько легче и показать жестом, и понять жест, чем зашифровывать и расшифровывать слова!). Вполне понятно, что для эффективности суггестивному общению требуются дополнительные условия. Одним из важнейших дополнительных условий и является эмпатия. Чтобы использовать верные жесты, надо чувствовать состояние собеседника. Для слов эта зависимость гораздо меньше, это очевидно.

Из всего сказанного следует, что нормальным людям свойственны и рефлексия, и совесть, и эмпатия. В принципе совесть без эмпатии возможна. Можно действовать весьма благородно без всякого сочувствия к жертвам этого благородного поведения (и иногда такое бесчувственно-благородное поведение воспринимается жертвами как род насилия). Повидимому, нечто подобное имел в виду Кант, говоря о категорическом императиве. Недаром же в известной эпиграмме его идею сформулировали «С отвращением в душе делай, что требует долг». Хорошо это или плохо, я сейчас не буду размышлять. Я хочу сказать только, что эмпатия в структуре совести не обязательна, но, скорее всего, следует сказать, что бесчувственная совесть — это идея позднего времени, и еще сейчас она продолжает оставаться контринтуитивной. В основном нормальные люди интерпретируют совесть как то, что основано на сострадании, милосердии, на желании помочь.

Когда мы вернемся к хаэровским психопатам, перед нами встанет еще один вопрос: о соотношении эмпатии и суггестии. Выше я говорила, что Хаэр описывает этих людей как начисто лишенных эмпатии, но при этом обладающих высокой способностью к суггестии. А я только что написала, что эмпатия необходима для того, чтобы суггестия была успешной. Каким образом может существовать суггестия без эмпатии?

Должна сказать, что именно этот пункт мне представляется какой-то центральной загадкой структуры субъектности психопата. Как можно понять присущую им суггестивность без эмпатии? Да еще в сочетании с жестокостью.

Всегда, когда мы говорим о суггестии в том значении, какое в нее вкладывал Поршнев, то есть как о способности передавать информацию без слов, мы подразумеваем, что суггестия — процесс двусторонний. Невозможно передать что-либо жестами без взгляда на собеседника. Более того, чаще всего используется и взгляд в глаза. Почему это так, нужно разбирать отдельно, я пишу, исходя из интуитивного опыта. Во всяком случае, нужно смотреть. (Это гораздо более необходимо, чем говоря слушать. Речь менее требует взаимодействия, чем суггестия, речь является гораздо более личным достоянием. Я полагаю, почти любому человеку доводилось мысленно говорить, реально находясь в одиночестве, но я думаю, что мало кому доводилось мысленно жестикулировать. Впрочем, возможно я не права.)

С другой стороны, есть тот, кто внушает, и тот, кому внушают. Понятно, что стороны взаимодействия тут не равны. В доречевой суггестии у протолюдей распределение сторон обычно хорошо понятно: внушает вождь, то есть тот, кто наделен силой и пользуется авторитетом. Обосновано ли его превосходство в смысле наилучшего решения любых встающих перед коллективом задач — это вопрос, который в данном случае не встает. Понятно, что не обосновано. Но если коллектив начнет задумываться, кто из его членов способен лучше всего решить каждую отдельную задачу, то такой коллектив не решит ни одной задачи, потому что все надо делать быстро и эффективно (в отсутствие речи!). Демократическая процедура — это общественный аналог рефлексии. Это то, чем можно заниматься только в особых благоприятных обстоятельствах. В обычных, то есть неблагоприятных, обстоятельствах гораздо эффективнее быстро подчиняться вожаку. Он, конечно, должен периодически как-то обосновывать свое превосходство в общем и целом.

Итак, в ситуации, когда имеются а) неблагоприятные обстоятельства, б) признанный вождь и окружающий коллектив, суггестия естественным образом включает в себя источник и приемник. Источник должен иметь обратную связь с приемником, но главным образом содержание суггестии

определено не этим. Главным образом, оно определено неблагоприятными обстоятельствами.

Всего этого совершенно нет в ситуации хазровских психопатов. Их суггестия сугубо односторонняя. Это не суггестия общения, не суггестия совместной деятельности, а суггестия обмана, манипуляции. По всей видимости, механизмы, которые тут задействуются, особенно у приемников — это те же механизмы, что и у деятельностной суггестии. То есть понятно, что пока обманываемая женщина не понимает, что ее обманывают, она воспринимает ухаживания за ней как очень приятную ей совместную деятельность. Суггестор же должен, видимо, понимать, что он обманывает, но при этом действовать убедительно. И конечно ему даже приходится тут задействовать какую-то эмпатию, обманные ухаживания ведь не то же, что изнасилование, тут обязательна обратная связь. Ясно, что обычного человека останавливает от такого обмана именно совесть. Но я не могу представить себе, как, даже в отсутствие мешающей совести, можно выстроить одновременно два плана сознания, один из них суггестивный, а второй внутренний, на котором строится проект обмана. Это мне представляется довольно загадочной способностью. Возможно, эффективные суггесторы пользуются чем-то типа вымышленного образа их объекта, и с этим вымышленным образом вступают в эмпатию? Причем вымышленному образу должно нравиться быть манипулируемым, этот вымышленный образ, по сути, представляет собой проекцию цели суггестора. Грубо говоря, это вымышленный образ женщины, которая только и мечтает, чтобы психопат обманул ее и бросил. Такой вымышленный образ объекта есть, вероятно, в большинстве случаев и у обычных людей. Он служит как бы моделью для познания другого человека. Разница заключается в том, что нормальный человек соотносит свою модель с реальностью и корректирует ее. Психопат же удовлетворяется моделью и быстро действует. Реальный же объект, то есть женщина, оказывается заторможенным, он не может дать отпор суггестору, по простой причине — суггестия очень сильное воздействие.

Самая большая загадка во всем этом — это почему нормальные люди не пользуются суггестией так широко, как могли бы. Или, другими словами, почему у нормальных людей есть совесть, почему не все психопаты. Вот о чем должна была быть теория общественного договора! О том, как про-

изошло, что все договорились не пользоваться сильнейшим оружием суггестии, которое у каждого было, и как все вместе стали слабыми и стали учиться воздействовать только словами. Помимо теории общественного договора определенно должен был быть какой-то механизм, делающий суггестию невыгодной, а несуггестивное существование выгодным. Может быть, настолько большие выгоды дает нормальному человеку рефлексия? Или эмпатия?

Пока я не могу продвинуться тут дальше.

Вербализм

Хаэр отдельно подчеркивает высокую способность психопатов к речи. Вообще он не обсуждает проблему их уровня интеллекта, хотя это было интересно. По-видимому, интеллект там средний. Судя по некоторым упоминаниям, некоторые из них неплохо учились в школе, хотя когда он говорит об их детстве, он всегда подчеркивает, что с самого раннего детства им были свойственны психопатические черты: склонность к жестокости (издевательства над животными или младшими детьми) и обману. Понятно, что в сферу интересов такого ребенка редко входит процесс учения сам по себе. Однако очень хорошо развитая речь специально обращает на себя внимание.

С другой стороны, если речь психопата записать, то в ней выявятся логические несоответствия, самопротиворечия, рассуждения не на тему и т.п. Другими словами, у них хороша речь, но не мысль. Мысль их прагматична (что нужно сказать здесь и сейчас, чтобы произвести нужное впечатление) и совершенно не озабочена даже видимостью истины. Это выявляется именно при записи, потому что в момент самой речи, благодаря высоким суггестивным способностям психопата, слушатели не замечают противоречий, они ему как бы вынуждены верить.

Когда мы говорили об аутизме, мы видели, что речь, вполне возможно, участвует в формировании внутреннего мира, и еще мы видели, что могут быть личностные смыслы, которые не выражаются в речи (или по нежеланию о них говорить, или даже принципиально не могут быть выражены).

Сейчас мы увидим, что может быть речь, которая функционирует без всякой связи со смыслом. И это совсем не эхо-

лалия. Это очень хорошая речь, свойственная психопатам Хазра. И не только им. Еще она свойственна вербалистам.

Определим вербализм как склонность говорить без понимания. Если непонятно, как можно говорить без понимания, то мы можем привести в пример школьника, который отвечает урок, заучив его наизусть. Может показаться, что довольно легко отличить такое зазубренное ответичание от настоящего понимания, однако это совсем не так, и существует масса промежуточных случаев. Будучи преподавателем философии, я нередко сталкиваюсь на экзаменах с настоящим вербализмом, который по формальным признакам практически нельзя отличить от осмысленной речи. Интуитивно обычно совершенно ясно, осмысленно говорит человек или он просто знает, какие слова надо произнести в каком случае. Но нет способа формально различить наличие смысла и его отсутствие. Поэтому в учебе такие студенты часто бывают успешны, даже несмотря на то, что преподаватели знают цену их ответам.

Однако на практике наличие внутреннего понимания улавливается (скорее всего благодаря каким-то внеречевым признакам), хотя и неотчетливо. На этой неотчетливости, на невозможности формально различить наличие понимания и его отсутствие, построена добрая половина современной аналитической философии, включая тест Тьюринга, теории зомби, китайской комнаты, слепой Мери, двухуровневой семантики и онтологической относительности.

Если вербалист умен, то от его речи на первых порах создается ощущение мысли. Эту мысль конституирует, исходя из слышимого, сам слушатель. Но настоящей мысли за этим нет.

Поэтому **что** именно говорить, такой человек всегда решает по ситуации. Он говорит не почему, а зачем; у его слов нет причины, но есть цель. Чаще всего цели бывают всего лишь двух типов: сказать приятное и сказать гадость. Если цель первая, то она достигается путем очень мастерской лести, богатой приемами. Если цель вторая, то используются тонкие колкости. Совесть таким людям также совершенно не знакома, потому что у них вообще проблемы со смыслом, как с семантическим, так и с моральным. Косвенно это свидетельствует о том, что семантический и моральный смысл имеют родственную природу.

Можно ли изменить установку человека с вербалистской на смысловую? Если вербализм не очень тяжелый (в тяжелых случаях, например, при синдроме Уильямса, конечно, ничего сделать нельзя), то принципиально установка может измениться. Даже убежденный вербалист, даже такой человек, которому очень легко говорить и очень трудно думать, все же способен связывать слова со смыслом. Но такое изменение может произойти, видимо, только изнутри человека, и я не знаю, можно ли как-то способствовать ему.

Теперь я скажу, что то, что первоначально казалось мне двумя полюсами, а именно аутизм и вербализм, являются на самом деле двумя выражениями одного и того же. Даже можно сказать в некотором смысле, что вербализм — это вид аутизма.

На первый взгляд они кажутся противоположными по главному и стержневому признаку: для аутистов типично то, что они не говорят, а для вербалистов — что они говорят все время. Правда, и то и другое — некие идеализированные полюса. Есть аутисты, которые говорят, но плохо; есть такие, которые говорят, но невпопад. Некоторые говорят вообще замечательно, но никого не слушая и ни к кому не обращаясь, их речь не служит коммуникации. Вербалисты тоже разные. Некоторые говорят не все время, а почти тогда же, когда и нормальные люди, разве лишь используют чуть больше слов, чем надо, и видно, что думают при этом чуть меньше.

Еще одно важное отличие. Типичный аутист не социализирован. Он не понимает других людей (мы видели, что это называется «не иметь theory of mind»). Он не умеет врать, не хитер. Типичный вербалист очень хорошо социализирован. Он хитер. Он прекрасно понимает людей и когда чего сказать, чтобы вышло то, что нужно.

Это было о том, почему эти люди мне казались разными полюсами, а теперь почему они мне теперь кажутся едиными в основном. И те, и другие избегают смысла. Конечно, по степени избегания смысла аутисты убегают дальше. Они не улавливают ни смысла речи, ни смысла ситуации, ни смысла символов. Зачем они избегают смысла — это другой вопрос. Что-то их от него отталкивает. Смысл тяжелая штука.

Вербалисты не так радикально отвергают смысл, они хорошо улавливают смысл ситуаций и символов. Но они его не

любят. Если можно сложить высказывание по чисто внешним законам, синтаксически, то им так легче. Их не интересует, как оно на самом деле, потому что словами можно поговорить, понятия не имея о том, что на самом деле, только зная, какие слова принято говорить в какой ситуации. Соотнесение смысла как употребления и смысла как денотата, как выводящего к чему-то жизненному — этого они избегают.

Поэтому в жизни вербалисты часто так же беспомощны, как и аутисты. Те и другие, избегая смысла, избегают реальности. Беспомощны даже психопаты Хаэра, несмотря на то, что вдобавок к вербализму оснащены бессовестностью и жестокостью. Безразличие к истине, неумение думать самостоятельно невозможно компенсировать даже прекрасной речью и отсутствием совести.

А самостоятельная мысль требует переживания смыслов. Она — всегда насилие над самим собой.

Правда, Кант напоминает нам, что она дает нам самоуважение, а кроме того, еще и свободу.

*Заключение к части 2:
шизофрения, аутизм, психопатия Хаэра*

Я выбрала для подробного рассказа три нозологические единицы из огромного, насчитывающего более 550 пунктов, списка МКБ-10. Понятно, что задним числом всегда можно умно обосновать, почему сделано то или другое, и, мне кажется, понятно даже, что эти три формы действительно очень интересны. Однако при желании нашлось бы что интересного рассказать и про гомосексуализм, уже не говоря о садомазохизме (Ж. Делез, «Представление Захер-Мазоха»), и про олигофрению (Д. Киз, «Цветы для Эдджернона»), и про синдром Туретта (О. Сакс, «Тикозный остроумец»), и вообще про все болезни, какие только известны. А, напомним, известны — это означает выделены, описаны как единицы. Вообще, из всех пишущих на эту тему хочется порекомендовать книги Оливера Сакса, который рассказывает интереснейшие вещи о десятках болезней (и хочется его порекомендовать не только поэтому, но и потому, что он пишет необыкновенно глубоко и умно). Я же не скрываю свою естественную субъективность: эти три формы более других интересны мне, поэтому я о них написала. Но тут хочется спросить: а почему вообще может быть интересно рассказывать о психических болезнях? Тем

более это вопрос с точки зрения философии. Понятно ведь, что рассказ о шизофрении, психопатии, садомазохизме не добавит прозрений относительно категорий и субстанций. А, что бы ни говорили современники, философию мы все-таки любим за категории и субстанции, а не за тексты о садомазохизме.

Я бы сказала, что психиатрия — это область границ. Мы там находим границы разумной (= свободной) мысли. В обычных обстоятельствах всевозможные несвободы разума скрыты от нас. И начинается умозрительный спор о свободе воли, с приведением в пример очевидно свободных и очевидно несвободных действий. Но изучая субъекта и его разум в разных обстоятельствах, мы видим границы свободы и несвободы более отчетливо.

Шизофрения, например, обнажает одну из несвобод разума — его несвободу от суггестии, его потребность в онтологической защищенности. Оказывается, только обладая онтологической защищенностью, можно быть разумным. Можно сказать, что это граница неразумности и разумности, а можно сказать — граница принципиальной свободы и принципиальной несвободы. Я выше писала, конечно, что свобода градуальна, но мы видим на примере психической болезни, что свобода может и наступить вдруг, при преодолении фактора, делавшего несвободным (допустим, при преодолении онтологической незащищенности). Такая же пограничная область — область аутизма, где мы видим условия отрыва разума от несвободы от вовлеченности в перцепцию. И психопатия также представляет собой пограничную область, где мы видим условие, необходимое чтобы человек стал свободным и разумным: совесть.

Область психиатрии — это не некая округлая замкнутая область, выделенная из общего универсума других областей. Наоборот, с точки зрения разумности, именно разумность является замкнутой областью. Область психиатрии окружает область разумности, выйдешь за границу разумного — и попадаешь в психиатрию. Однако с точки зрения свободы маленькая замкнутая область разумности гораздо обширнее, чем большая обнимающая ее область психиатрии, поскольку разум — это свобода.

В этой связи, как обычно, возникает множество вопросов, которым уже не место в этой книге.

Приложение 1. ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ПСИХИАТРИЯ ОТ 1975 ДО 2010 ГОДА

Изменяется ли психиатрия?

На первый взгляд, ответ на этот вопрос положительный. Уж если мы можем говорить о смене парадигм в математике и физике, то тем более есть основания говорить о смене парадигм в психиатрии, где, как кажется, они видны невооруженным глазом. В самом деле, за один только 20 век психиатрия меняла свой облик несколько раз: господство физиологического подхода в начале века, появление психоанализа и экзистенциального анализа в первой половине века, появление лоботомии и химических препаратов в середине века, взрыв антипсихиатрии в 60-х годах, сложнейшие нейропсихологические исследования конца века — все это, казалось бы, должно менять парадигму науки, то есть постановку задач, множество используемых понятий, тонкую исследовательскую оптику и даже хорошо различимые терапевтические подходы. Меняет или не меняет? В нижеследующей работе сравниваются диссертации, то есть стандартизованные научные труды, которые выполнялись в рамках отечественной психиатрии с 1975 по 2010 год. Делается попытка проследить, какие изменения имели место в действительности.

Методика и материал

Материал

Были проанализированы названия (только названия) кандидатских и докторских диссертаций по психиатрии за годы: 1975, 1980, 1985, 1990, 1995, 2000, 2005, 2010. Условно годы 1975, 1980, 1985 можно отнести к периоду советской психиатрии, 1990, 1995 и 2000 — период «тяжелого времени», 2005 и 2010 — современный период. Конечно, следует учитывать, что между началом исследования и защитой диссертации

может пройти достаточно долгий срок: от 2 до 10 лет, надо думать, но в среднем, думаю, 3 года.

Названия за годы 1975, 1980, 1985 были выписаны из ежемесячной росписи диссертаций, выпускаемой книжной палатой, находящейся в справочном зале РГБ. В этой росписи диссертации по психиатрии, невропатологии и нейрохирургии идут одним пунктом, выбор из них психиатрических был сделан мной.

Названия за годы с 1990 по 2010 были получены автоматически из базы АЛЕФ Российской государственной библиотеки по запросу «каталог авторефератов, тема психиатрия». В этой связи надо отметить, что первые три года и последние пять лет несколько различаются типом выборки: в росписи книжной палаты участвуют защищенные диссертации, в базе РГБ — опубликованные авторефераты. Теоретически какая-то часть диссертаций второй группы могла быть не защищена, не утверждена и т.п. Но вряд ли это значительная часть. В будущем, впрочем, следует сделать источники одинаковыми.

Таблица 1. Количество названий диссертаций по годам:

| | |
|-------|-----|
| 1975 | 120 |
| 1980 | 43 |
| 1985 | 88 |
| 1990 | 72 |
| 1995 | 59 |
| 2000 | 60 |
| 2005 | 188 |
| 2010 | 140 |
| ВСЕГО | 770 |

Кривая количества диссертации имеет предсказуемый провал в 1990–2000 годах, в связи с тяжелым положением науки в нашей стране в те годы. Не может не радовать, что в последнее время она пошла резко вверх. Минимум в 1980 году — видимо, флуктуация.

Методика

Типичное название кандидатской диссертации по психиатрии выглядит так: «Сенильные психозы у детей: судебно-психиатрическая экспертиза». Еще варианты: «Эффективность танцевальной терапии в реабилитации престарелых больных хроническим алкоголизмом», «Альфа-антитела к модифицированному бета-ацетальдегидом сывороточному гамма-альбумину человека при навязчивых идеях изобретательства у чукчей» (примеры-оксюмороны составлены мной, но, ручаясь, недалеко от оригиналов). Мы видим, что названия диссертаций достаточно подробные. Из названия нельзя угадать выводы, но из него достаточно очевиден материал диссертации и ее проблематика. В частности, почти всегда выделяются: а) заболевание, о котором речь в диссертации; б) характер контингента больных; в) основной тематический подход, это может быть клиническое описание, вопросы реабилитации, физиологические корреляты, какой-то вид терапии и т.п.

В данной статье я взяла для обработки два параметра: болезни и тематические подходы.

Выделение болезней

Таблица 2. Болезни

| | |
|---|-----|
| Шизофрения | 150 |
| Алкоголизм | 90 |
| Неврозы + расстройства личности + пограничные состояния | 81 |
| Соматические заболевания | 51 |
| Депрессия | 50 |
| Эпилепсия | 47 |
| Наркомании | 42 |
| Органические заболевания | 28 |
| Аддикции | 11 |
| Слабоумие | 10 |
| Психопатии | 8 |
| Все болезни | 51 |
| Несколько болезней | 36 |
| Другое | 115 |
| ВСЕГО | 770 |

В группу «Шизофрения» включались все формы шизофрении, а кроме того, хроническое параноидное расстройство и шизотипические расстройства, если они по теме не подходили больше под рубрику «Пограничные состояния».

Группа «Неврозы» собрана, увы, достаточно грубо из неврозов, расстройств личности, пограничных расстройств и более редких форм, подобных по смыслу. Здесь в будущем нужно будет уточнять. Однако нужно будет избегать ложного эффекта, который здесь появится: дело в том, что раньше (в 70–80 годы) диагнозы «Невроз» и «Психопатия» ставили достаточно часто, а диагноз «Расстройство личности» — редко. Сейчас те же состояния диагностируются по-другому. Если их не собирать в одну группу, то, конечно, выявится заметный тренд, но он будет отражать только разницу в принятой терминологии, но не в тех болезнях, которые по существу являлись предметом изучения в диссертации.

Два пункта: «Органические заболевания» и «Соматические заболевания» нуждаются в пояснении. Органические заболевания — это заболевания ЦНС, они изучались в диссертациях в основном в контексте связанных с ними «причинной связью» психопатологических состояний, типа «Расстройства личности при прогрессивном параличе». В этом случае я помещала болезнь в рубрику «Органическое заболевание». Темой в таком случае могла быть, например, психопатология. Соматические заболевания — это заболевания других органов, они были связаны с психиатрическими нарушениями более косвенной связью, изучались либо в психосоматическом аспекте, либо с целью учитывать их в клинике основного заболевания: «Аффективные расстройства при синдроме хронической диареи». Тогда я помещала болезнь в рубрику «Соматическое заболевание», а тематический подход в этом случае был «Общая психиатрия».

Рубрики «Несколько болезней», «Все болезни», «Другое» — технические, в обработке не участвовали. «Несколько болезней» соответствует чаще всего диссертациям компаративистского плана («Суицидальное поведение при органических заболеваниях и шизофрении»). «Все болезни» характерны для докторских или высокоабстрактных диссертаций, в которых изучается только какой-то подход, например, «Эффективность терапии творческим самовыражением», «Стигматизация лиц, перенесших госпитализацию, в аспекте реабилитации» и т.п.

Может удивить отсутствие в списке болезней маниакально-депрессивного психоза. Как ни странно, ему — с учетом того, что теперь он называется «биполярное расстройство» — была посвящена одна диссертация из 770! Естественно, эта работа попала в раздел «Другое». Зато было достаточное количество диссертаций, посвященных депрессии, которая выделена в отдельную единицу, включая сюда и периодические депрессии.

Тематические подходы

Таблица 3. Тематические подходы

| | |
|--|-----|
| Общая психиатрия | 296 |
| Физиология, биология | 126 |
| Патопсихология | 101 |
| Реабилитация, профилактика | 72 |
| Терапия физиологическая: лекарственная, оперативная, ЭСТ и т.п. | 69 |
| Психотерапия | 41 |
| Другое | 65 |
| Всего | 770 |

Большинство диссертаций было посвящено комплексу тем, который я объединила в раздел «Общая психиатрия». Сюда относятся, во-первых, все описательные работы, касающиеся клиники, прогноза, преморбида, коморбида, эпидемиологии и т.п. Во-вторых, проблемы диагностики. В-третьих, тонкости нозологии. Таких работ было большинство во все годы. В будущем эту рубрику можно было бы разобрать по более тонким рубрикам, например, клиника и диагностика, но это не удастся сделать убедительно, потому что большинство общепсихиатрических диссертаций посвящены и клинике, и диагностике, и даже часто вместе с этим и терапии. Если по смыслу диссертации терапия там была не главной темой, то я включала работу в раздел «Общая психиатрия», но если терапия выделялась особо, то работа включалась в одну из двух терапевтических рубрик.

Рубрики «Физиология» и «Патопсихология» — описательные, многие диссертации из первой рубрики защище-

ны по специальности «Биологические науки», из второй рубрики — «Психологические науки».

Две предпоследние рубрики — терапевтические. К сожалению, замысел четко разделить терапевтические приемы на «физиологические» и «психотерапевтические» не удался, потому что многие диссертации содержат в названии только слово «терапия». Такие работы я включала в первую рубрику, хотя теоретически возможно, что автор имел в виду и психотерапию (но, по моему опыту, вряд ли).

В рубрику «Другое» попало много интересных культурологических тем, которые в будущем нужно будет выделить в отдельную рубрику.

Немного удивило полное отсутствие исследований по психоанализу, даже хотя бы с упоминанием психоаналитических концепций. По-видимому, это вопрос рубрикации — работы по психоанализу проходят в РГБ как психологические, а не психиатрические.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты по болезням

Таблица 4. Болезни — количество работ по годам
(абсолютные цифры)

| Болезнь | 1975 | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2010 | Всего |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Шизофрения | 45 | 15 | 23 | 15 | 12 | 5 | 20 | 15 | 150 |
| Эпилепсия | 14 | 4 | 12 | 6 | 0 | 0 | 5 | 6 | 47 |
| Депрессия | 1 | 1 | 5 | 3 | 5 | 4 | 17 | 14 | 50 |
| Слабоумие | 3 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 4 | 0 | 10 |
| Алкоголизм | 18 | 9 | 14 | 8 | 2 | 7 | 18 | 14 | 90 |
| Наркомании | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 | 4 | 23 | 9 | 42 |
| Аддикции | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 | 4 | 11 |
| Неврозы + РА +ПР | 10 | 1 | 5 | 10 | 8 | 5 | 24 | 18 | 81 |
| Психопатии | 1 | 1 | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 8 |
| Органические | 1 | 0 | 8 | 2 | 4 | 2 | 6 | 5 | 28 |
| Соматические | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 8 | 24 | 8 | 51 |
| Все болезни | 6 | 3 | 2 | 3 | 6 | 7 | 16 | 8 | 51 |
| Несколько болезней | 7 | 1 | 2 | 5 | 0 | 0 | 6 | 15 | 36 |
| Другое | 12 | 5 | 11 | 11 | 17 | 15 | 21 | 23 | 115 |
| ВСЕГО | 120 | 43 | 88 | 72 | 59 | 60 | 188 | 140 | 770 |

На следующем графике объединены алкоголизм, наркомании и аддикции, к группе «Неврозы + РА + ПР» добавлены также еще психопатии, которых оказалось мало.

По оси ординат, здесь и далее, не абсолютные цифры, а проценты за год.

Рисунок 1. Болезни по годам. Общий график:

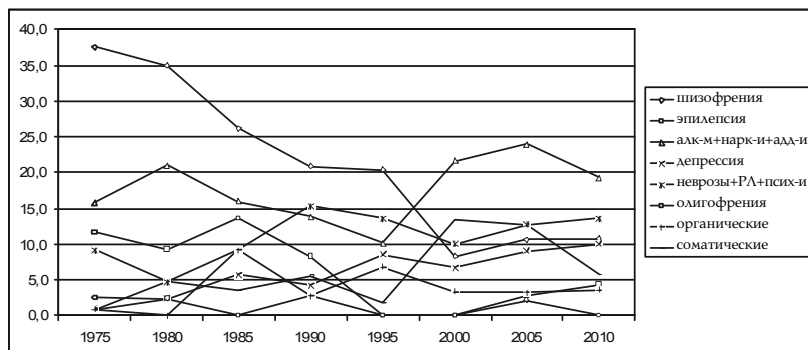


Рисунок 2. Динамика исследований по болезням: шизофрения



В группе болезней это единственный тренд, видимый невооруженным глазом. Надо сказать, что такого результата я совершенно не предвидела. Нигде, ни в мире, ни в отечествен-

ной психиатрии, если судить по литературе и учебникам, не намечается угасания интереса к шизофрении. Наоборот, остается ощущение, что ее гипердиагностика все возрастает, эпидемиологические цифры безумно завышаются (в английских источниках часто приходится видеть цифру в 1% распространенности по всем странам), выходят все новые книги и статьи, которые соревнуются в разнообразии объяснительных гипотез [Фрит, др].

Вероятно, мы видим тут динамику отказа от наследия советской психиатрии, когда «вялотекущую шизофрению» изучали едва ли не все, считающие себя последователями Снежневского (а это и были едва ли не все). Действительно, в 1975 году на шизофрению приходилось 40% всех защищенных диссертаций, что, конечно, крайне высокая цифра. Ту убывающую часть кривой, которая приходится на годы до 1990 (учитывая запаздывание между формулировкой темы и защитой) я могу объяснить только случайностью, но резкое падение интереса исследователей после 1990 года — это, вероятнее всего, реакция на официальную отмену доктрины Снежневского и закономерное переориентирование интересов ученых на другие темы. Однако я предсказываю, что этот тренд вскоре изменит направление, и в будущем число исследований шизофрении будет возрастать.

Рисунок 3. Динамика исследований по болезням: эпилепсия



График по эпилепсии не слишком красив, но не оставляет сомнений в общем тренде. Думаю, вряд ли стоит и сомневаться, с чем связано катастрофическое, до 0, уменьшение работ в тяжелые годы. Эпилепсия — органическое заболевание, исследования ее ведутся в основном по физиологическому, нейропсихологическому направлениям. О судьбе физиологии в отечественной науке речь пойдет ниже. Некоторый подъем в последнее время происходит только внутри общепсихиатрического подхода.

Рисунок 4. Динамика исследований по болезням: алкоголизм и наркомании



Помимо алкоголизма и наркомании, сюда прибавлены также аддикции (типа игровой). Этот график меня очень разочаровал. Я ожидала значительного увеличения доли исследований алкоголизма и наркомании, учитывая катастрофическую и все возрастающую актуальность этой темы для нашего времени. Как видим, этого нет. Более того, за широкое исследование алкоголизма спасибо следует сказать советской психиатрии, которая уделяла больше внимания этой теме, чем это имеет место сейчас (в последние годы подъем графика происходит за счет исследований наркомании).

Рисунок 5. Динамика исследований по болезням: депрессия



Здесь мы видим не очень высокие проценты, но явный тренд к повышению. Насколько понимаю, это соответствует и мировым тенденциям.

Рисунок 6. Динамика исследований по болезням: группа невротических расстройств



Как уже говорилось в разделе о методике, невротизм, пограничные расстройства и расстройства личности я сразу считала за одно (к тому же, насколько я понимаю, явных дифференциальных критериев там и нет, это не шизофрения и эпилепсия). Психопатии к ним добавлены на графике, по-

сколько их цифры малы. Статистически достоверного возрастания исследований мы тут, скорее всего, не увидим, хотя некоторый тренд на графике намечается в сторону увеличения. Я предполагала, что увеличение будет гораздо более явным, поскольку диагностирование пограничных расстройств в последние десятилетия сильно возрастает (об этом говорят и эпидданные, и собственные наблюдения; см. в основном тексте книги о тенденциях в коммерческой психиатрии).

*Рисунок 7. Динамика исследований по болезням:
психосоматика*



Здесь увеличение, хотя и не очень статистически надежное, было ожидаемо. Психиатрические аспекты соматических болезней изучались и раньше (условно говоря, «Психические симптомы при гриппе»), в общепсихиатрическом, то есть описательном жанре. Однако такое направление, как психосоматика, в полной мере появилось только после постсоветской реформы психиатрии, когда произошел контакт с психоанализом и западными психосоматическими школами. От первого случая, т. е. «Психические симптомы при гриппе», подход психосоматики отличается обратной причинностью: «Симптомы гриппа при психических заболеваниях», другими словами, соматические симптомы рассматриваются как следствие психотических или невротических состояний. Раньше, конечно, это тоже исследовалось под названием «ипохондрические расстройства», но сейчас процент психосоматических работ явно возрастает.

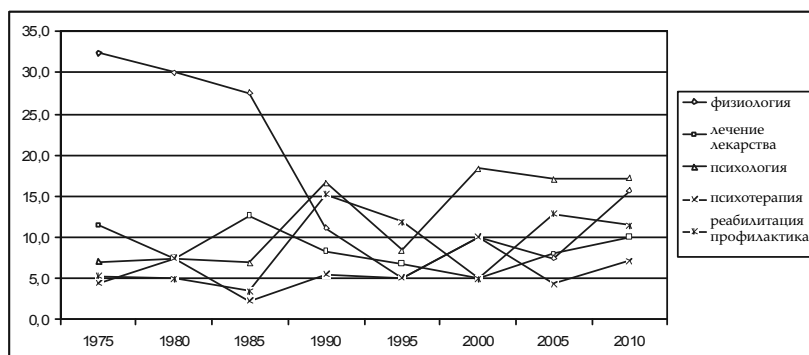
Результаты по тематическим подходам

Таблица 5.

Тематические подходы — количество работ по годам

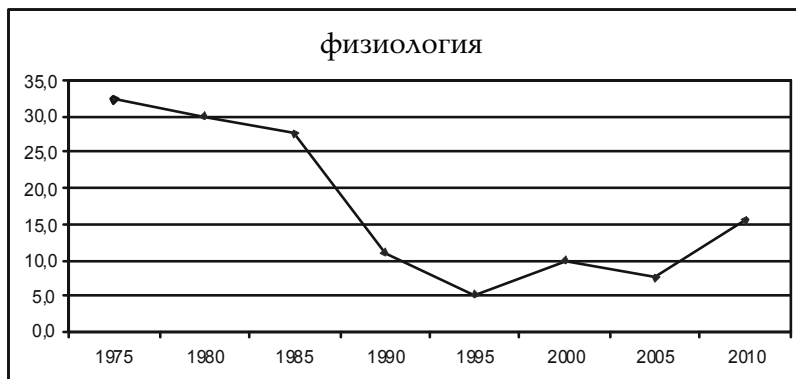
| Подход | 1975 | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2010 | Всего |
|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Общая психиатрия | 42 | 17 | 39 | 26 | 31 | 21 | 71 | 49 | 296 |
| Физиология, биология | 37 | 12 | 24 | 8 | 3 | 6 | 14 | 22 | 126 |
| Патопсихология | 8 | 3 | 6 | 12 | 5 | 11 | 32 | 24 | 101 |
| Реабилитация, профилактика | 6 | 2 | 3 | 11 | 7 | 3 | 24 | 16 | 72 |
| Терапия физиологич. | 13 | 3 | 11 | 6 | 4 | 3 | 15 | 14 | 69 |
| Психотерапия | 5 | 3 | 2 | 4 | 3 | 6 | 8 | 10 | 41 |
| Другое | 9 | 3 | 3 | 5 | 6 | 10 | 24 | 5 | 65 |
| ВСЕГО | 120 | 43 | 88 | 72 | 59 | 60 | 188 | 140 | 770 |

Рисунок 8. Подходы по годам. Общий график



На общем графике не представлен общепсихиатрический подход, о котором скажем чуть позже.

Рисунок 9. Динамика исследований по подходам: физиология



Что тут сказать? С 34 до 5 % — это определенно достоверное изменение. Будучи физиологом по образованию, я не могу сдерживать грусти, видя, как стремительно сдала свои позиции в тяжелые годы отечественная физиология, когда-то бывшая далеко не из отсталых. Физиологические исследования требуют больших затрат: химических реактивов, уникальных установок, сложных приборов, а главное — высококвалифицированных специалистов. Всего этого, и прежде всего специалистов, наша наука лишилась уже к 1990 году. Некоторое повышение графика в 2010 году, конечно, радует, но до исходных позиций еще далеко, уже не говоря об общемировом уровне.

Рисунок 10. Динамика исследований по подходам: патопсихология

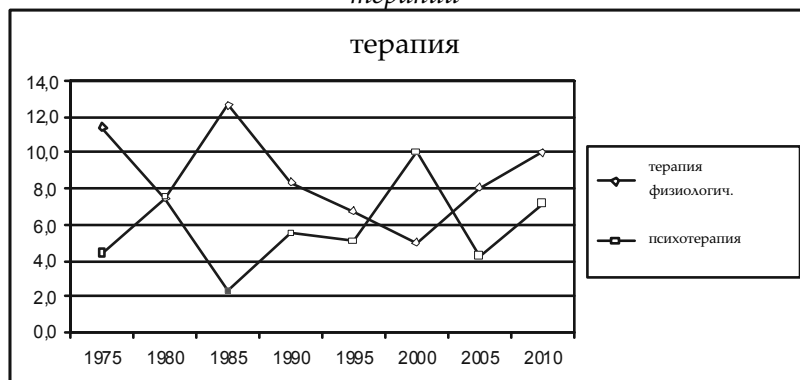


Мы наблюдаем здесь некоторый тренд к увеличению, но, к сожалению, это, скорее всего, не продуктивное увеличение, а артефакт, связанный с самоустранением физиологического подхода. Поскольку диссертации защищать все равно надо, ученым пришлось волей-неволей переориентироваться на психологические методики, которые не требуют денег.

Нельзя ли предположить, что тренд современной психиатрии вообще направлен в сторону уменьшения изучения мозга и увеличения изучения психологических причин? На мой взгляд, это было бы умно. Как бы ни было далеко до окончательного познания мозга, все же на этом пути стало довольно многое ясно, и прежде всего стало ясно то, чего на этом пути ожидать нельзя (нельзя ожидать, что в повреждениях мозга найдется причина неврозов, психопатий и даже не очень вероятно, что найдется причина шизофрении). Что касается психологии, в смысле изучения психологических причин психических заболеваний, то в этом направлении не сделаны даже серьезные шаги.

Итак, на мой взгляд, это было бы умно, но в современной мировой психиатрии такого тренда нет. Насколько я понимаю, дело здесь в том, что наука все же двигается в том направлении, в каком может, в каком ей двигаться сподручнее. Для дальнейшего изучения мозга создан уж очень хороший задел: и томографические методы, и компьютерные методики (а они позволяют кое-что вытащить даже из такого простого метода, как ЭЭГ), и расшифровка генома, и колоссальная мощь современной молекулярной биологии. Немного это напоминает притчу о пьяном, который ищет потерянный ключ не там, где потерял, а там, где светло. Об этом можно было бы сказать еще очень много, но это выходит за рамки данной статьи.

Рисунок 11. Динамика исследований по подходам: типы терапии



Этот график был для меня, наверное, самым большим удивлением. Я ожидала, что в советский период физиологические методы будут достоверно доминировать над психотерапией, а к нашему времени количество работ по психотерапии должно неуклонно возрастать, и, поскольку диссертации — это научные работы, ориентированные все ж на будущее, работ по психотерапии должно становиться больше, чем работ по физиологическим методам, поскольку будущее за ними. Как видно из графика, ничего подобного. И в советское время физиологические методы не так уж доминировали. И в наше время психотерапевтические методы не доминируют над ними. В обоих случаях мы не видим вообще никаких достоверных трендов. Конечно, в будущем мне имеет смысл расписать терапевтические методики более детально: ЭСТ, нейрорепетики (вплоть до групп), антидепрессанты; гипнотерапия, групповая, танцевальная... Тогда какие-то тренды, вероятно, появятся, но боюсь, что они не дадут принципиального изменения картины.

Рисунок 12. Динамика исследований по подходам: реабилитация и профилактика



Трудно сказать, достоверны ли тут изменения, но хочется надеяться, что взрыв интереса к реабилитации при переходе к постсоветскому периоду не случаен, а провал в 2000 году — наоборот, флуктуация.

Рисунок 13. Динамика исследований по подходам: общая психиатрия



Мы видим, что общепсихиатрические работы доминируют по процентам над всеми другими тематическими подходами, но никакого тренда тут выявить нельзя. Как я уже говорила, сами общепсихиатрические работы разнообраз-

ны — диагностика, клиника, прогноз, нозология и т.п. Их объединяет то, что они являются описательно-классифицирующими, а не, скажем, терапевтическими или нацеленными на поиск причин. Я ожидала, что большой процент таких работ будет в советской психиатрии и, возможно, в тяжелые годы, по причине трудности работ с другими подходами. Однако колебания графика носят только характер флуктуаций.

Судебная психиатрия

Еще один параметр, который я выписывала отдельно от тематических подходов — упоминание в названии судебно-психиатрической тематики:

*Таблица 6. Динамика исследований по подходам:
общая психиатрия*

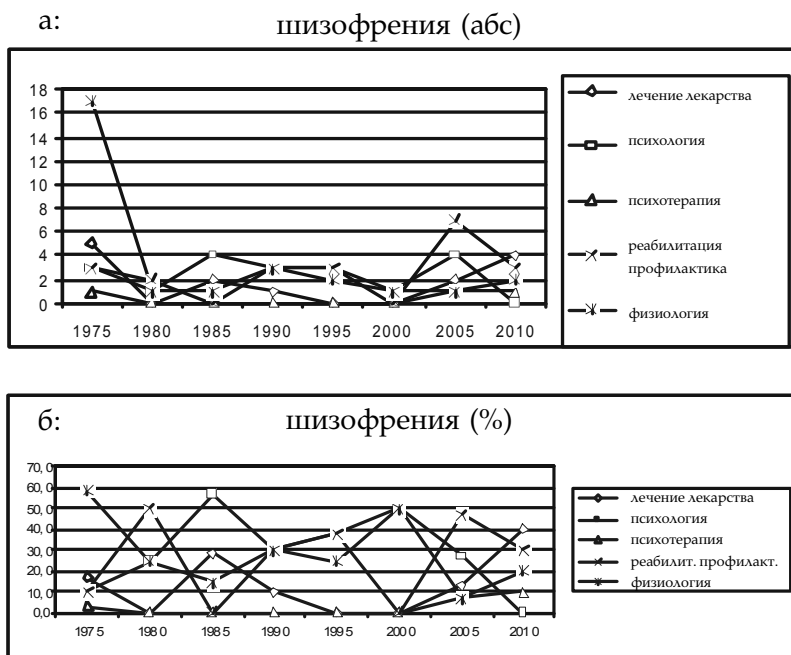
| Год | Абс. кол-во | % |
|------|-------------|------|
| 1975 | 9 | 7,5 |
| 1980 | 5 | 11,6 |
| 1985 | 4 | 4,5 |
| 1990 | 4 | 5,6 |
| 1995 | 6 | 10,1 |
| 2000 | 4 | 6,7 |
| 2005 | 12 | 5,3 |
| 2010 | 8 | 5,7 |

Хотелось бы увидеть и здесь какие-нибудь тренды, но снова график ничего не показывает.

Результаты по двум параметрам на примере шизофрении (см. рис. 14 а и б).

На этих рисунках показаны подходы по годам при условии одной и той же болезни, шизофрении, в абсолютных цифрах и в процентах по годам. Напомню, что количество исследований шизофрении само по себе сильно уменьшается, поэтому график с абсолютными цифрами в основном выглядит прижато к нулю; мы видим уже знакомое падение

Рисунок 14 а, б. Динамика исследований: подходы к шизофрении



физиологического подхода и несколько обнадеживает появление исследований реабилитации в 2005 году. Процентный график показывает, что спектр подходов к шизофрении никаких серьезных изменений вообще не содержит. Остается, начиная с 1980 года, стабильный процент физиологических исследований, весьма немал процент патопсихологии (за исключением, почему-то, последних лет, что, я надеюсь, флуктуация), исследования лекарственной терапии претерпели падение до 0 в тяжелые годы, но затем снова появились, график исследований реабилитации нестабилен, но без трендов (максимум 2005 года на графике абсолютных цифр связан с тем, что в 2005 году было защищено беспрецедентно большое общее количество диссертаций по психиатрии), а психотерапевтические подходы к шизофрении стабильно отсутствуют на протяжении всех лет, и в этом психиатров нужно понять, поскольку шизофрения обычно не поддается психотерапии.

Заключение и перспективы

Заключение

Прежде всего, что нужно сказать в заключение — психиатрия оказалась более консервативной, менее изменяющейся, чем это можно было ожидать исходя из соображений смены научных парадигм, эпох и нашей отечественной истории. С 1975 по 2010 прошло 35 лет. В поколениях кандидатов наук, я думаю, это примерно два поколения. В эпохах это три эпохи: советская, переходная («тяжелые годы») и современная. В парадигмах — это минимум две парадигмы: советская и современная, с периодом перехода между ними. Для парадигмы советской психиатрии был характерен в теории — материализм, а значит, преобладание физиологических исследований, а на практике — гипердиагностика вялотекущей шизофрении. Эти два тренда мы реально и наблюдаем в наших графиках: падение физиологического подхода и снижение количества работ по шизофрении. Но, увы, никакого ожидаемого подъема в области психотерапии, патопсихологии, реабилитации, исследований алкоголизма. Отмечено незначительное увеличение исследований депрессии и работ по психосоматической медицине.

Перспективы

Данное исследование, как читатель, несомненно, заметил, проведено достаточно грубо. Более точные данные будут получены при следующих условиях: во-первых, нужно увеличить диапазон лет (не от 1975, а от 50–60-х годов) и изучить работы за каждый год, а не с интервалом в 5 лет. Тогда картина диссертаций будет полной. Кроме того, что еще касается диссертаций, как уже было сказано, нужно унифицировать источник. Во-вторых, и болезни, и тематические подходы нужно расписать более подробно. По шизофрении нужно считать отдельно параноидные формы, отдельно непараноидные и, в советский период, отдельно вялотекущую шизофрению, а сейчас — отдельно шизотипические расстройства. Нужно также отдельно отмечать работы, посвященные острым формам, и отдельно — хроническим. Нужно дифференцировать все невротические диагнозы (как уже было сказано, появятся тренды, связанные с изменением диагностических критериев). Что касается тематических под-

ходов, то там более подробные варианты можно сделать по каждому пункту.

Затем, если это исследование продолжать уже серьезно, нужно:

а) перейти от анализа только названий диссертаций к анализу текстов авторефератов, а выборочно и самих диссертаций, выработав для этого некие критерии анализа текста. Хотя я не уверена, что здесь можно будет получить какие-то интересные данные, разве только более детально выяснить методику, для уточнения тематического подхода. Результаты, боюсь, тут могут выглядеть примерно так: «Количество исследований дозозависимых эффектов атипичных нейролептиков возрастало с 1980 по 2000 год, а затем стало убывать, а количество исследований дозозависимых эффектов продолжало возрастать до 2005 года». Такие результаты ценны только на вид, на самом деле они почти совершенно ничего не дают ни уму, ни сердцу.

б) Кроме того, напрашивается сравнение тем диссертаций и тем книг, вышедших в те же годы. Жанр диссертации значительно отличается от жанра книги: во-первых, он более жесткий, во-вторых, диссертация зависит от руководства, в-третьих, она завязана на новизну результатов, которую надо непременно отстаивать, и т.п. Я полагаю, диссертации — более консервативный материал, чем книги. Исследования книг должны показать намного больше динамики, больше изменения. С другой стороны, в медицине принято, что книги пишут уже состоявшиеся, крупные ученые, обладающие большим опытом. Это может действовать как фактор увеличения консерватизма. Интересно было бы сравнить темы отечественных книг и темы переводных, тех же лет выпуска. Хотя это потребует гораздо больших усилий, так как книги, в отличие от диссертаций, нельзя анализировать по названиям.

в) Наконец, нужно провести то же исследование на материале зарубежных статей, книг или, оптимально, каких-то квалификационных работ, если они есть в доступности. Такое исследование, понятно, может быть только выборочным, поскольку количество статей, выходящих на английском языке, не поддается никакому обзору.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

Обширная выдержка из книги «Клинические разборы в психиатрической практике» [Гофман, 2009]. Это стенограмма обсуждения большим врачебным коллективом одного случая; в начале приводится рассказ о человеке, записанный с его слов и со слов родственников; затем идет беседа врачей с пациентом, затем — обсуждение случая врачами.

Обратим внимание, что из первоначального рассказа складывается впечатление, что обсуждаемый субъект, вообще-то, здоров. Дело происходит в лихие 90-е годы, тяжелое материальное положение, не слишком удачная личная жизнь, не слишком настырный характер, может быть, некоторая нереалистичность в характере, череда неудач в жизни, надлом, отчаяние, признаки глубокого истощения от всего этого — все укладывается в рамки «понятного», если говорить терминами Ясперса.

Тем не менее, если в первоначальных расспросах врачей еще прослеживается интерпретация данного случая как депрессии-истерии-астенического синдрома, то чем дальше идет обсуждение, тем больше доктора как бы заводят друг друга, и дело кончается тем, что без сомнения ставится диагноз «шизофрения».

Данное обсуждение очень типично. В упомянутой книге несколько десятков подобных случаев. Шизофрению ставят трудным подросткам, задумчивым молодым людям, несчастным женщинам... А надо при этом иметь в виду, что дело происходит на базе больницы, где работают едва ли не все наши известные представители московского антипсихиатрического движения! (Председательствующий в данном обсуждении В.Г. Ротштейн к ним не относится, но можно быть уверенным, что в зале их много).

Именно это я имела в виду, когда говорила о том, что нынешняя психиатрия очень чувствительна к шизофрении, и иногда так и хочется обвинить ее в гипердиагностике.

* * *

Трансформация диагноза

Семинар ведет проф. В.Г. Ротштейн

Врач-докладчик С.В. Исмаилова

Вашему вниманию представляется больная С., 1950 года рождения. Поступила в Московскую психиатрическую больницу №3 им. В.А.Гиляровского 03.07.2000 г.

Анамнез. Наследственность психическими болезнями неотягощена. Мать работала много лет прачкой, по характеру трудолюбивая, сильная, периодами «жесткая», настойчивая, настояла на переезде из Алма-Аты в Москву, когда отец потерял работу, а больной было 3 года.

Отец работал машинистом. По характеру мягкий, покладистый, трудолюбивый, умер в 53 года от инсульта. В семье взаимоотношения всегда были ровные, доброжелательные.

Наша больная в детстве перенесла скарлатину без осложнений.

В остальном росла здоровой, веселой, активной. В школу пошла в 7 лет, училась хорошо, успевала помогать матери по хозяйству и заниматься общественной работой. Имела много друзей, участвовала в художественной самодеятельности, занималась спортом, активно помогала отстающим, нравилось быть нужной другим. Менструации с 13 лет. Гинекологический анамнез без особенностей. В 1968 г. поступила вместе с подружкой в Институт химического машиностроения на вечернее отделение, так как на дневное было трудно поступить. Через полгода бросила учебу из-за размолвки с подружкой. На следующий год поступила в тот же институт на дневное отделение. Училась успешно, по-прежнему была общительной, много занималась общественной работой, «всегда на виду». Отличалась влюбчивостью. Познакомилась с молодым человеком, встречалась с ним в течение нескольких лет. Вместе с друзьями и с молодым человеком ходили в походы на байдарках. В возрасте 25 лет вышла замуж. Выяснилось, что муж «тихо пьет», бил ее, пропивал вещи, был против рождения детей. Больная была вынуждена делать медицинские аборт. Через года развелась с мужем, жила с матерью, училась в институте.

В 1973 г. закончила институт, по распределению работала сначала в институте информации, затем 20 лет — в авиационном НИИ. Имела репутацию ответственного, добросовестного, отзывчивого человека, «висела на доске почета», встречалась с друзьями, ходила на вечеринки. В 29 лет вышла замуж повторно, муж был старше ее на 13 лет.

Во время беременности наблюдалась врачами по поводу реус-конфликта. Родила ребенка, который неожиданно умер накануне выписки из роддома от пневмонии. Тогда впервые на 2 недели возникло постоянно подавленное настроение с тоской, апатией, казалось, что мир вокруг «мертв». Перенесла ангину с подъемом температуры до 40°C. Вышла из депрессии самостоятельно, появилась уверенность, что «обязательно родит двух детей». Решила забеременеть от человека с реус-отрицательной кровью. Нашла такого и в 32 года родила здоровую девочку. Через 1,5 года вновь вернулась к работе.

С мужем отношения не складывались, и по ее инициативе они разошлись, когда дочери было 2,5 года.

В 1985 г. поступила в аспирантуру, ездила в командировки, занималась общественной работой, пыталась в промежутках между работой ухаживать за дочкой, которая воспитывалась бабушкой. В этот период больная стала быстро уставать, ночами беспокоили боли в области сердца, «жила на кофе». Ночами работала над диссертацией. В 1987 г. появилось ощущение, что больше не может работать, «мозг сейчас закипит», испытывала физическую боль «внутри головы» от того, что нужно думать. В связи с этим давала себе отдохнуть 7–10 дней.

С 1987-го по 1992 г. эти состояния повторялись трижды. В 1992 г. защитила кандидатскую диссертацию. Казалось, что полна сил и все сможет. Настроение, судя по всему, было немного повышенным. Но вскоре из-за реорганизации на службе пациентке пришлось искать другую работу, так как платили очень мало. Семья жила очень бедно, недоедали. В 1997 г. перешла в военную академию лаборантом, где в перспективе обещали преподавательскую работу. При низкой зарплате объем работы был очень большим, приходилось работать ночами. Больная крайне уставала, чувствовала, как «голова внутри визжала», а она «ее насилвала», была физически и психически истощена. Пыталась работать в торговле, затем лаборантом в химической лаборатории.

Постепенно утратила надежду найти работу в Москве. Появилось ощущение, что просто умирает от слабости и истощения. Поехала прощаться с друзьями, которые предложили ей в долг денег, чтобы она купила дом под Костромой. Заняла денег и переехала в деревню, где купила дом и пасеку. Мать и дочь отказались переезжать с ней. Дочь должна была поступать в институт, поэтому переезд был отложен. Пациентка тяжело переживала разлуку с близкими, обвиняла себя в том, что не может обеспечить их материально. Пыталась как-то устроить свой быт на новом месте. Поступила на работу в сельский магазин, обрабатывала огород, занималась пасекой. Очень уставала. За последние 1,5 года потеряла в весе 25 кг.

В первых числах мая 2000 г. была найдена друзьями у нее дома без сознания. «Скорой помощью» была госпитализирована в больницу пос. Нерехта под Костромой. Помнит, что ее осмотрел психиатр, что она плакала от бессилия и безысходности. После осмотра была стационарирована в острое отделение психиатрической больницы пос. Никольское под Костромой. Испытала чувство страха, шок от того, что находилась в психиатрической больнице, среди психически больных, чувствовала выраженную слабость, настроение было подавленным, тревожным. Через 3 дня пребывания в остром отделении ее перевели в санаторное отделение, где лечилась 3 нед. Перед выпиской пропал аппетит, появилось отвращение к еде, но скрывала это от врача из-за того, что ей было психологически тяжело там находиться.

Выписана 26.05.2000 г. Дома все лекарства сразу же выбросила, так как была уверена, что ничего страшного с ней не случилось, все, что происходит с ней, — неправда. Вернувшись домой, застала дом разграбленным, пчелы на пасеке погибли. Испытала сильное потрясение от всего увиденного, начала сильно заикаться, ничего не ела. В тот же день, посоветовавшись с друзьями, решила уехать в Москву, так как не могла больше находиться в деревне из-за всего происходящего. Дома нашла своих близких крайне озабоченными тяжелым материальным положением. В течение недели искала работу, но не нашла. Не ела, плохо спала, снились кошмары. Уходила из дома, поскольку ей казалось, что стены дома давят на нее, не могла там оставаться. 4.06.2000 г. была найдена матерью дома во время приступа, при котором голова

была сильно запрокинута назад (больная сидела на стуле), свело мышцы шеи, почти не могла дышать, хрипела. «Скорой помощью» госпитализирована в ГКБ №33 по поводу затрудненного глотания, спазма жевательной мускулатуры, заикания, сильной слабости в нижних конечностях.

19 июня на фоне лечения появилось небольшое улучшение: смогла пить бульон через соломинку. Выписана с диагнозом: «Синдром вегетативной дистонии, астено-депрессивный синдром». Рекомендовано обратиться в ПНД. Дома перенесла ангину, но лечилась домашними средствами, так как не было денег ни на лекарства, ни на еду. Физически еще более ослабела.

Настроение было резко сниженным, испытывала чувство тоски, тяжесть, «комок» за грудиной. Не спала, не ела. Испытывала затруднение при совершении любого действия, например переходе через дорогу. Не читала, не смотрела телевизор, с трудом переносила громкие звуки и свет, появилось отчуждение к близким, высказывала идеи самообвинения. Беспокоили назойливые мысли о материальных трудностях, сомневалась во всем. Обратилась в ПНД с просьбой о госпитализации и была стационарирована в ПБ №3.

Соматический статус. Резко пониженного питания. Кожные покровы бледные. Дыхание жестковато. Единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены. АД 115/70 мм рт.ст. Зев чистый, спокойный, налетов нет. Живот мягкий, безболезненный. Язык умеренно обложен беловатым налетом. Анализы в пределах нормы.

Неврологический статус. Астенизирована. Зрачки равные. Движения глазных яблок в полном объеме. Фотореакции сохранены. Лицо симметрично. Глотает свободно. Очаговой симптоматики со стороны ЦНС не обнаружено. Тонус мышц конечностей обычный. Сухожильные рефлексы равны. Патологических знаков нет. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Нарушений чувствительности нет. На ЭЭГ без очаговых нарушений. Смещения М-эхо нет. Третий желудочек расширен.

Психический статус. При поступлении больная ориентирована правильно. Контакт доступен. Сетует на материальные затруднения, на отсутствие улучшения жизни своих близких. При упоминании о дочери плачет. При этом отмечается затруднение речи, проглатывает слова. Рассказыва-

ет, что попытки найти работу (все равно какую) оказались неудачными. Испытывает угрызения совести из-за этого, отчаяние от безысходности в этой ситуации. Суицидальные мысли категорически отрицает. Дает согласие на лечение в психиатрической больнице. Поступила в острое отделение 3 июля. На фоне лечения отмечалось небольшое снижение депрессивных расстройств. Больная начала самостоятельно есть, общаться с окружающими, перестала плакать. 13 июля переведена для продолжения лечения в санаторное отделение, где повторился приступ без потери сознания с запрокидыванием головы назад, с тризмом жевательной мускулатуры, который длился около 15 мин и был купирован внутримышечным введением реланиума. После чего 10 августа больная вернулась в острое отделение с ухудшением состояния, где проводилась терапия амитриптилином, аминазином, неупитилом. Состояние было относительно удовлетворительным, но периодически приступы повторялись. 11 сентября больная переведена снова в санаторное отделение. Отмечались депрессия с тоской за грудиной, плаксивостью, астенией, тревогой, склонностью к самообвинению, отсутствием аппетита. Испытывала чувство сжатия, в виде двух дуг, которые появляются у нее в эпигастральной области, сжимая область эпигастрия. Были присоединены аурорикс в дозе 300 мг/сут., транквилизаторы и средние дозы нейролептиков. На фоне лечения наметился постепенный регресс депрессивной симптоматики. Больная стала немного активнее, уменьшилось чувство тоски, «ком» за грудиной не ощущала. Стала активнее общаться, ходила на прогулки, ждала маму, хотя раньше это было в значительно меньшей степени. Сон восстановился, появился аппетит, но остались выраженными астенические расстройства. Крайне высокая степень утомляемости: к вечеру больная чувствует себя как «выжатый лимон». Снижена память. Периодически, после каких-то эмоциональных нагрузок, возникает приступ в виде спазма шейных мышц и, в меньшей степени, тризма жевательной мускулатуры. Самостоятельно справиться с этим не может. Испытывает ощущение «магнита» в затылке, который буквально «приклеивает» ее голову к подушке. На сегодняшний день психический статус в основном определяется астеническими расстройствами.

Заключение психолога. Больная первый раз обследовалась 18 сентября. Растеряна, тревожна, фон настроения зна-

чительно снижен; голос тихий, срывающийся, иногда заикается. Жалуется на слабость, тревогу, нарушение работоспособности. При этом смысл обследования понимает, задания выполняет. Работает тяжело, с паузами и остановками, астенизировано, медленно, каждое действие дается ей с большим усилием. Память значительно снижена. Динамика: 4, 6, 8, 9 и отсроченное воспроизведение с большим трудом 6 слов. Произвольное опосредование не улучшает запоминания, т. е. воспроизвела по методу пиктограмм 6 слов из 11. Значительно нарушена способность к концентрации, сужен объем внимания. Астенизация такая, что классическое обследование пришлось проводить 2 раза. В этот момент истинный интеллектуальный уровень определить было трудно из-за тяжелого состояния больной. В настоящее время продуктивность умственной деятельности крайне низкая: испытывает затруднение при выполнении простых заданий. Категориальный уровень решения задач доступен, допускаются отдельные ошибки, связанные с субъективно-аффективной установкой мышления. При более-менее правильно сделанной классификации объединяет уборщицу с лыжником: «поработал — отдохнул». Легко выполняет только задания, не требующие ориентировки в новом материале, например, пословицы объясняет правильно. Не справляется с устным счетом, испытывает затруднения при выделении существенного. Ассоциативный процесс замедлен, затруднен, ассоциации инфантильны, эгоцентричны, аффективно окрашены. На слово «болезнь» — человек плачет, на слово «страх» — страшное существо. На слово «ссора» рисует череп с перекрещенными костями, говорит, что смерть ближе всего к ссоре. На слово «разлука» рисует стрелу, вылетающую из лука, что означает: стрела разлучается с луком. Суждения с налетом расплывчатости, чего при первом обследовании не было. Графика указывает на астенизацию и легкость возникновения тревожных реакций. Проективные методы показывают личностную незрелость, инфантильность, имеет место тревожность, аффективная неустойчивость, регрессивная реакция в ответ на стрессы, т. е. паника, чувство беспомощности, потребность во внешней опоре и поддержке, нереалистичность предлагаемых выходов из ситуации.

Отмечается также выраженное депрессивное состояние, усталость, потребность в отдыхе. Таким образом, на первый

план выступает тяжелое депрессивное состояние, сопровождающееся значительным снижением работоспособности, астенизация, ослабление памяти, идеаторная заторможенность, медлительность, снижение концентрации и объема внимания, общее снижение продуктивности умственной деятельности. Отмечается личностная незрелость, инфантильность, беспомощность, регрессивные тенденции, усталость, легкость возникновения тревожных реакций. Спустя полтора месяца стала существенно меньше астенизация, уменьшилась депрессия. Сохраняется аффективная дезорганизация мышления, испытывает трудность выбора правильного решения, не может выполнить простые задания, впадает в состояние близкое к ступору. При этом можно выделить отдельные неадекватные ассоциации.

Вопросы врачу-докладчику

Скажите, пожалуйста, есть ли положительная динамика в соматическом статусе? — У нее улучшился аппетит, ест самостоятельно, спокойно, поправилась на 10 кг. Внешне выглядит спокойной, менее тревожной и апатичной, но истощаема. Физически слаба. Ее первоначальный вес был на 15 кг выше.

Как она проводит свободное время? — В свободное время она ходит на прогулки, общается с другими больными, с мамой, смотрит телевизор.

Долго ли она смотрит телевизор и гуляет? — Нет. На какие-то длительные прогулки у нее не хватает сил. Энергетический потенциал значительно снижен.

С какими пациентами она общается и на какие темы? — Обсуждает оформление группы инвалидности, так как материальное положение семьи очень трудное.

Проводилась ли психотерапия? — Больная занималась с психотерапевтом. Было несколько сеансов. В связи с отпуском занятия были прерваны, но эффект был неплохим: уменьшилась депрессия. Сейчас мы решили повторить цикл занятий, но, к сожалению, усилились приступы. Субъективно она чувствует улучшение от общения с психотерапевтом, но после гипнотерапии приступы участились.

Рентгенография черепа проводилась? — Да.

Там все нормально? — Да.

Беседа с больной

— Проходите, пожалуйста. Садитесь. Как Вы себя чувствуете? Лучшие Вам стало? — Да, лучшие. — В чем стало

лучше? — Я, прежде всего, перестала заикаться, зубы разжались. — Что значит «зубы разжались»? — Я, когда поступила в больницу, у меня были зубы сжаты. Я не могла есть. Потом, тоска за грудиной, она «размылась», я ее уже не чувствую. Настроение стало таким, что хочется выздороветь, «подняться». — А чего не хватает для того, чтобы Вы себе могли сказать: «Я здорова»? — Слабость сильная. Появился какой-то магнит. — Что за магнит? — Первый раз я его почувствовала, когда приехала в Москву в конце мая. До этого я лежала в больнице в Костроме. — Вы почувствовали этот магнит, когда Вы после костромской больницы приехали в Москву? Как Вы его почувствовали, что это такое? — Я села на стул, меня стало тянуть назад. — Вы почувствовали, что Вас стало тянуть назад, или Вы почувствовали, что в голове есть какая-то железка, вроде магнита? — Мне казалось, что это, как магнит. Я пыталась этому препятствовать, но голову тянуло назад. — Значит, когда Вы говорите: «как магнит», то это Вы образное выражение употребляете? Просто Вы так объясняете свое ощущение? — Да. — Это не значит, что Вы в голове чувствовали какой-то посторонний предмет? — Нет. — Вы чувствовали, что Вас клонит назад, что Вы не можете удержать голову, одновременно у Вас челюсти сжались? — Это произошло уже потом. Это произошло после. — Сначала Вы почувствовали, что Вас клонит назад? — Да. Сначала наклонились шейные позвонки, а потом стала грудь наклоняться так, что я не могла сидеть, начала задыхаться. — Настолько Вас согнуло, что Вы начали задыхаться? — Да, очень больно было. — В таком состоянии Вас нашла мама? — Да. Она пошла гулять с собакой, а когда вернулась, я уже хрипеть начала, потому что хотела позвать на помощь, но в горле пересохло все. — Это случилось совершенно неожиданно для Вас? Вы перед этим чувствовали себя прилично? — Перед этим мне было не очень хорошо в том плане, что у меня был стресс, когда я из больницы в Костроме вернулась, дом был разорен. Мне пришлось возвращаться в Москву. Я уже есть не могла. — Значит, началось все с того, что магнит появился, или с того, что Вы не смогли есть? — Сначала я есть могла, рот у меня открывался, а после стресса, после магнита, когда подносила ложку ко рту, зубы стали сжиматься. — Еще раз по порядку. Вы выписались из костромской больницы, обнаружили, что дом

Ваши разорены и что Вам надо ехать в Москву, вслед за этим какие начались расстройства: с едой или с магнитом? — Я не могла есть. — Потому, что челюсти не разжимались? — Нет. Просто не было аппетита. Я ничего не могла есть, потому что меня тошнило от еды. — Просто организм не принимал пищи? — Да. Еще я начала заикаться. — Еще что появилось? — Потом я перестала спать. Еще я не могла находиться в квартире, мне обязательно нужно было выйти на улицу. — Почему Вам нужно было выйти на улицу? — Было такое чувство, что я задыхаюсь в квартире. Когда я ложилась спать, я не могла голову класть на подушку, начинала задыхаться. — Что же Вы, голову держали на весу? — Я просто на высокой подушке спала. — На низкой подушке не могли лежать? — Да. — Потом какие расстройства появились? — Заикание появилось. Я стала искать работу, но ничего не получилось, я стала заикаться сильнее. Есть я уже совсем не могла. — Почему? — Тут, скорее всего, приступ произошел. Я могла только пить сквозь зубы. А на другой день после приступа у меня зажались губы, и я уже пить не могла. — Перед тем, как этот приступ случился, Вы расстроились, что-нибудь случилось? — Я была в каком-то напряжении. — Это Вы все время были в напряжении, а непосредственно перед приступом никакой неприятности не случилось? — Я переживала постоянно, потому что не знала, как жить дальше. Когда я возвращалась домой, у меня появилось чувство, что я могу сойти с ума, надо быстрее ехать домой. — А что это за чувство такое было? — Я сидеть не могла вообще. Я сидела на платформе и силой заставляла себя сидеть. Меня что-то заставляло вставать и ходить. — А что именно заставляло вставать? Тревожно было? — Я не знаю, не могу сидеть и все. — А голова как в это время работала? — Тяжесть была, во-первых, тоска усилилась. От тоски в груди давило сильно и под ложечкой давило. Тоска и страх. — Страх чего? — Сойти с ума. — Не было в это время в голове какой-то «каши», когда мысли перебивают друг друга? Почему такая идея, что сойду с ума, а не умру, например? — Мне казалось, что я сейчас сознание потеряю. — Когда Вы уже у нас лежали, эти приступы все-таки повторялись, когда как магнит в затылке? — Сначала повторялся в 8-м отделении, но не очень сильно, а в 9-м отделении я уже чувствовала себя нормально. Думала, что меня скоро выпишут,

но скоропостижно скончался мой бывший муж. Дочь в это время сдавала экзамены, и для нее это было такое потрясение, что она тоже может попасть в такую же больницу, и у меня снова приступ случился. Но он был не такой сильный. — *Насколько я понял, приступов было несколько?* — Да. — *И каждый раз это было связано с какими-нибудь неприятными известиями?* — Как поволнуешься. И после того, как пошла на психотерапию, показалось, что участились приступы. — *Вы на сеансах психотерапии как-то нервничали, в напряжении сидели?* — Нет. Я полностью доверяла врачу, потому что она по-человечески отнеслась и очень хотела помочь. — *Почему усилились приступы, не понятно?* — Не понятно. — *Теперь я бы хотел спросить о Вашей прошлой жизни. Вы же очень успешно работали. Вы учились в аспирантуре, защитили диссертацию, правильно? Как же получилось, что Вы потеряли работу и оказались вообще не у дел? Как это произошло?* — Я работала в оборонном комплексе. Перестали платить зарплату. Сначала платили с задержками. Я пять лет надеялась, что ситуация изменится. — *Вы оставались на этом месте?* — Да. У меня была очень интересная работа. Я думала, что учиться дальше буду. Мне всегда очень нравилось учиться. Потом надежды стали таять. Мы начали голодать, и я стала искать другую работу. — *После того как Вы начали искать другую работу, Ваше материальное положение поправилось или, наоборот, ухудшилось?* — Ухудшилось. — *Так, что лучшие бы даже не уходили с работы?* — Может быть, даже и так. По крайней мере, там можно было как-то продержаться, а так пришлось начинать все с нуля. — *Когда у Вас была трагедия с резус-конфликтом, помните? Вы приняли нетривиальное решение: забеременеть от человека, от которого не могло быть резус-конфликта. Вам трудно далось это решение?* — Нет. Просто с первым мужем у меня не складывались отношения. Было два аборта. Роды были. Я боялась, что со второй беременности, с третьей начнется конфликт. Я боялась, что в моей ситуации так и будет, а мне очень тяжело было бы выдержать еще одну трагедию. — *Такой не очень приятный вопрос. Как же Вы вот так просто у людей спрашивали, какая у них кровь, резус-положительная или резус-отрицательная.* — Ну, женщины вообще хитрые. — *Как же здесь может проявляться эта хитрость. Как тут можно схитрить?* — Я не знаю, как это получалось, но я ста-

ралась это сделать незаметно для человека. — *Чтобы он не фиксировал внимание на этом?* — Да. — *Что это за ощущение под ложечкой, как будто два полукруга сжимаются?* — Иногда бывает, что как будто стягиваются две дуги и хотят сомкнуться. — *Внутри, в животе?* — Нет. Под ложечкой. Как будто давит на всю поверхность, как будто что-то есть внутри и сжимает. — *И по-прежнему сильно устаете?* — Я, когда пол мою, то могу донести только треть ведра воды. — *Это физическая слабость. А психологически? Вы устали, например, от нашей беседы?* — Я пока не устала. Я быстро устаю, когда читаю. — *Вы быстро устаете, потому что Вам не интересно читать?* — Я напрягаюсь больше. — *От чего Вы напрягаетесь?* — Приходится концентрироваться, чтобы читать. — *А Вам трудно внимание концентрировать?* — Да. — *Вы себя лучше чувствуете утром или вечером?* — Когда сумерки, то тут однозначно хуже. Иногда бывает днем или вечером, но сумерки всегда хуже. — *А утром как себя чувствуете?* — Бывает, что хорошо, а потом как-то немножечко «наваливается». Но все равно сейчас стало намного легче, чем раньше. Вера появилась в то, что я выздоравливаю. Я улыбаться стала. Раньше я ходила, у меня лицо было как бы сжато, я не могла расслабиться. А сейчас я могу спокойно разговаривать и улыбаться. — *Скажите, пожалуйста, Вы сейчас понимаете, что Вы болеете?* — Да, я понимаю. — *А мне доктор сказал, что когда Вы выписались из костромской больницы, Вы сразу же выбросили все таблетки, потому что решили, что здоровы.* — Я думала, что это просто случайность. Я думала, что я такая сильная, что я могу справиться с любой ситуацией. — *Хотели думать, что никакой депрессии не было?* — Я была в шоке от того, что я попала в эту больницу, потому что я такого просто не предполагала. Когда меня везли на машине, я думала, что меня везут в какую-то городскую больницу, где врачи более сильные. — *Вас ведь друзья тоже нашли в остром состоянии перед тем, как Вас в костромскую больницу положили?* — Я смутно это помню. Я помню, что, когда меня привезли в больницу, я заснула на стуле, а когда пришла врач, разбудила меня и сказала, что у меня был очень глубокий сон.

Вопросы врачей больной

Как Вы считаете, с какого возраста Вы душевнобольны? — Я считаю, что я больна только вот сейчас. Хотя по

жизни приходилось много плакать, но вроде поплачешь, а потом можешь опять смеяться.

Ваша болезнь, как я понял, заключается в реакции на какие-то ситуации? — Да, я достаточно остро реагирую на предательство, меня предавали близкие друзья.

С какого возраста Вы считаете себя больной? — Я всегда считала, что я здорова, а заболела совершенно случайно. Я вспоминаю Кострому и очень жалею, что я так рвалась из нее, потому что не знала, что болезнь может быть такой коварной.

В чем коварство Вашей болезни? — Я думала, что уже не попаду в больницу, а оказалось, что попала очень быстро в еще более тяжелом состоянии.

Вы по характеру как-то изменились за последнее время? — Да, характер у меня изменился. У меня раньше было много командировок, много встреч, много друзей, а сейчас я стала более замкнутой.

Чем Вы это объясняете? — Тем, что все не клеилось, личная жизнь не складывалась. Я решила, что у меня дочка есть, буду ее растить, больше мне ничего не надо.

Какой Вы были раньше по характеру? Такая живая, веселая, энергичная, общительная, а потом вдруг «скисали» ни с того ни с сего? — Обычно ни с того ни с сего не бывало, только если ситуация сложится так, что предадут, то плакать приходилось.

А были состояния повышенного настроения, когда диссертация легко делалась, прилив энергии, казалось, что все под силу? — Такие ситуации тоже были. Были такие, что еще капля — и мозг не выдержит.

Вы были веселой, любили шутки, прибаутки? — В любой компании всегда весело.

Вы обследовались когда-нибудь у эндокринолога? — Нет. Я врачей не любила.

Это ощущение «магнита» появляется в последнее время? — Оно иногда проявляется в слабой форме. Мне сейчас лекарства колют и все проходит.

А как быстро проходит? — Мне укол сделают, я лягу, засну, а проснусь — уже все нормально.

Если бы у Вас внезапно появились деньги или досталось наследство, Вы бы лучше себя почувствовали? — Я бы лучше себя чувствовала. Хотелось бы быть полноценным человеком. Потому что я хочу работать так, как я работала раньше.

Значит, материальные трудности не главное в Вашей жизни, главное сейчас — Ваше состояние? — В данном случае материальное положение важно очень, потому что прежде всего нужно физически выжить и восстановиться.

— Спасибо. До свидания.

Врач-докладчик. В нашей больнице пациентке поставлен диагноз: «Депрессивный эпизод умеренной степени с соматическими симптомами, истероконверсионные расстройства». Но, поскольку у пациентки состояние не спровоцировано психотравмирующими ситуациями, есть мнение, что это все-таки эндогенный процесс.

Ведущий. — *Определите, пожалуйста, в какой системе диагностики Вы находитесь сейчас, в традиционной или в системе МКБ-10? — Если в традиционной, можно говорить о затяжной реактивной депрессии. И в качестве альтернативы предлагается диагноз: «Вялотекущая неврозоподобная шизофрения с соматофункциональными расстройствами». — Какие аргументы в пользу одного и в пользу другого? — В пользу первого диагноза свидетельствует начало всех патологических проявлений после каких-либо выраженных ситуационно обусловленных психоэмоциональных стрессов с типичной депрессивной триадой: снижением настроения, чувством витальной тоски, астенией, идеаторно-моторной заторможенностью. За вялотекущую шизофрению свидетельствуют сенестопатические ощущения, немотивированный страх, деперсонализация, нарастающий аутизм, снижение энергетического потенциала. — Вы склоняетесь к какому диагнозу? — Ко второму. — Спасибо.*

Обсуждение

Участник семинара. Действительно, в преморбиде это синтонная личность. Можно говорить даже о циклотимической личности. Она энергичная, активная, действенная, защитила диссертацию. И мы видим переход циклотимии в маниакально-депрессивный психоз. Считается, что в рамках циклотимии человек может стряхнуть с себя депрессию. Я видел таких больных. Но наступает этап, когда они сами уже не могут выйти из этого состояния. Психотравма спровоцировала, способствовала возникновению глубокой депрессии. В силу этого больная значительно снизилась, начались материальные проблемы, не могла устроиться на работу. В литературе мало пишется о психогении на фоне депрессии.

Здесь как раз произошло это. Наслоились истерические реакции как защитные реакции, как первичные примитивные защитные реакции. На фоне психотравматизации больная остро переживает тяжелое материальное положение. Конечно, развивается астенический синдром, даже вплоть до органической микросимптоматики. Мы смотрим на истерию как-то очень легко. Раньше, лет двадцать назад, в диспансерах больным с истерией и психотравмой, которую нельзя было разрешить, давали группы инвалидности. Потому что ничего нельзя было сделать. У нашей больной тоже такая ситуация: психотравма не разрешается. Получается, таким образом, замкнутый круг. Можно поставить в настоящее время диагноз: «маниакально-депрессивный психоз с психогенной реакцией». Психогения не дает выйти из этого состояния. Лечение депрессии как-то смягчает картину, но выйти из ситуации не дает.

Ведущий. Да, диагноз здесь сложноватый. Я не могу забыть своих учителей, в частности Андрея Владимировича Снежневского, который призывал экономить собственные мозговые усилия. Он говорил: «Для того чтобы их экономить, нужно цепляться за решающие аргументы, отбрасывая пока второстепенное». Наша больная — яркий пример такого рода случаев, когда нужно прежде всего разделить, что главное, а что — нет. Первая депрессия возникла после смерти ребенка, потом семейные проблемы, материальные неполадки. Если мы в это погрузимся с самого начала, то наверняка потратим кучу времени и собственной энергии и ни до чего не доберемся. Поэтому давайте поступим иначе, как учил Андрей Владимирович. Давайте посмотрим на основные вещи, определяющие течение болезни у этой больной. Попробуем посмотреть, достаточны ли они для диагностики или нет. Я собираюсь рассуждать в рамках нашего традиционного представления о классификации психических болезней. Потому что с точки зрения МКБ-10 тут все достаточно понятно. Надо поставить несколько рубрик: повторный депрессивный эпизод в рамках биполярного расстройства плюс конверсии и плюс еще что-нибудь. И все будет в порядке. Это не очень интересно.

Теперь с точки зрения традиционной классификации психических заболеваний. Давайте попробуем определить ее статус. То, что он депрессивный, я думаю, ни у кого не вызы-

вает ни сомнений, ни возражений. Правда, есть серьезные особенности. Во-первых, в нем присутствуют грубые истерические расстройства, грубейшие расстройства, до «дуги». Во-вторых, в статусе присутствует астения, тоже достаточно выраженная. Этот статус не позволяет решить диагностику, он только позволяет очертить круг дифференциальной диагностики. Это действительно может быть и маниакально-депрессивный психоз, и резидуальная «органика», поскольку астения такая выраженная, и, конечно, шизофрения, и реактивное состояние. Депрессия со всеми этими особенностями не способна исключить ни одного из этих диагнозов. Все это может быть в рамках любого из этих четырех заболеваний. Поэтому нам придется привлечь какие-то дополнительные особенности, лучше из статуса, а если не получится, то из анамнеза. Опять-таки, в целях «экономии собственных сил», постараемся исключить то, что исключить легче всего. Легче всего исключить, как мне кажется, «органику». По нескольким причинам. Во-первых, потому что астения у нее чудная, постоянная. Она не проходит от того, что больная здесь, будучи не нагружена никакой работой, остается в состоянии астении. Кроме того, она не может читать, потому что вынуждена напрягаться и быстро устает. При этом от достаточно длительной беседы здесь, в аудитории, которая предъявляет большие нагрузки, большие требования, она не испытывает чувства усталости. Это не органическая астения. К тому же, невропатолог ничего не находит, на рентгене ничего нет и т.д. Поэтому мне кажется, что легче всего исключить именно «органику». У нас остаются три возможности: маниакально-депрессивный психоз, реакции, шизофрения. Давайте дальше. Больная на протяжении своей жизни перенесла целый ряд аффективных фаз. Я насчитал их, как минимум, восемь. Первая была, несомненно, реактивно спровоцированная. Последующие трудно связать с очевидными психическими травмами. Формально описание ее статуса наводит, прежде всего, на предположение о маниакально-депрессивном психозе или циклотимии, в данном случае это не важно. Речь идет только о выраженности фаз и больше ни о чем. Но целый ряд вещей этому предположению противоречит. Я уже не говорю о тех особенностях статуса, который мы сейчас упомянули. Они не очень укладываются в представление о депрессии в рамках маниакально-депрессив-

ного психоза. Здесь есть еще одно — личность. Настоящий маниакально-депрессивный психоз неразрывно связан с определенными особенностями личности. Когда я слушал анамнез, у меня вначале было ощущение, что именно так личность и описывается. Кстати, — упрек лечащему врачу. Анамнез собран не очень хорошо. Собран не анамнез жизни, изложена биография. Разница между анамнезом и биографией заключается в том, что биография есть перечень событий, которые пережил человек, а анамнез есть перечень психических статусов, которые были у человека на протяжении его жизни. А там об этом можно только догадываться. Так вот, вначале, когда она была влюбчивая, веселая, прекрасно училась, была всегда на виду, создавалось впечатление, что личность похожа на ту, которая присуща больным маниакально-депрессивным психозом. Но когда она потеряла первого ребенка, когда возникли сложности с реус-конфликтом, когда она подыскала себе партнера с реус-отрицательной кровью, то такое рассудочное поведение в рамках циклотимной личности быть не может. Ведь ее выбор сексуального партнера вообще не был связан с эмоциями. Он был связан, прежде всего, с необходимостью обеспечить нормальную беременность. Это абсолютно рассудочное поведение, чуждое циклотимным больным. Поэтому диагноз маниакально-депрессивного психоза ставится под сомнение. Дальнейшее течение болезни с появлением конверсионных расстройств и некоторых других, о которых я чуть позже упомяну, исключают этот диагноз. Реактивное состояние. Я не исключил его раньше, чем маниакально-депрессивный психоз, по одной существенной для меня причине. Вряд ли в аудитории есть хоть один человек, который бы мог предположить, что это чисто реактивная депрессия. Но дело в том, что в рамках шизофрении описана такая форма, как латентная шизофрения. Латентная шизофрения описывается так, что психозы у больных возникают как реактивные. По клинике они не обязательно бывают чисто аффективными, они бывают и бредовыми, и галлюцинаторными, но по генезу они всегда как бы реактивные. Они никогда не возникают без реактивной провокации. И с этой точки зрения можно порассуждать применительно к нашей больной. Не исключено, что здесь речь идет о латентной шизофрении, потому что большинство ее психозов провоцировались психическими трав-

мами. Если посмотреть на длинник ее болезни, на то, что происходило, начиная с 30 лет, когда она первый раз перенесла депрессию (а сейчас ей 50) то видно, что болезнь прогрессивна. И это проявляется в двух полях. С одной стороны, у нее прогрессивная симптоматика: все больше и больше атипизируются депрессии. Они атипизируются путем прибавления к депрессии двух взаимоисключающих во всех случаях (кроме шизофрении) расстройств. Расстройств истерического регистра и расстройств навязчивого регистра. И тот, и другой регистр у нее присутствуют. У нее была паническая атака. Сегодня она рассказала об одной. Помните, она испугалась, что сходит с ума. Это паническая атака. Это регистр обсессивно-фобический. А с другой стороны, присутствие истерического регистра не нуждается в доказательствах, он налицо. Еще Снежневский в 1962 г. на своих лекциях говорил, что если вы видите и то, и другое одновременно у одного больного, то это шизофрения и других аргументов быть не может. Это первое поле, в котором прогрессивность проявляется с полной очевидностью. Второе — ее социальная адаптация. Посмотрите, что с ней произошло. Я понимаю, что были очень тяжелые годы, которые мы все пережили. Но подумайте: успешная аспирантка, защитившая диссертацию, любившая науку, начинает заниматься торговлей, потом какой-то пасекой. В торговлю, правда, многие из «оборонки» уходили, нечего было делать, но пасека, деревня. Это поступки, нелепость которых была очевидна даже ее семье. У меня есть одно замечание. Поскольку лечащий врач тоже склонен к этому диагнозу, я абсолютно не понимаю назначения гипнотерапии. Еще Кербиков говорил, что при шизофрении гипноз противопоказан.

Лечащий врач. — Она сама изъявила желание этим заниматься.

Ведущий. — Она может хотеть что угодно, но это решает врач.

Лечащий врач. — У нас на кафедре профессор Бурно успешно занимается гипнотерапией. Противопоказана гипнотерапия там, где есть бред психического автоматизма, бред преследования и т.п., где возможны неадекватные реакции.

Ведущий. — Но ведь у больной участились припадки, несмотря на то, что ей психотерапия очень нравится.

Лечащий врач. — Это как защитный механизм.

Ведущий. — Это объяснение, которое может быть правильным, а может быть неправильным. Факт заключается в том, что у больной участились припадки после психотерапии, которая ей очень нравилась. Нельзя больных шизофренией лечить гипнозом. Это шизофрения малопрогредиентная. Почему я в данном случае избежал термина «вялотекущая», предпочитая термин «малопрогредиентная», потому что вялотекущая в нашем сознании ассоциируется с непрерывным течением болезни. Здесь у больной есть очевидная приступообразность. Само наличие депрессии говорит о тенденции к приступообразности, а депрессия у нее несомненная. Это малопрогредиентная приступообразная шизофрения. И это важно потому, что дает шанс на ремиссию. Поэтому прогноз лучше, чем если бы это была просто непрерывная вялотекущая шизофрения. Это все, что я могу сказать. Есть какие-нибудь вопросы, несогласия?

Лечащий врач. — А ее конверсионные истерические расстройства в шизофрению укладываются?

Ведущий. — Конечно, укладываются. Они еще больше укладываются, потому что они очень грубы. Ведь известно, что самые грубые истерические расстройства бывают при эндогенных заболеваниях, а не при психопатии. Истерических припадков я очень давно не видел. А у нее даже «дуга». Дугу я видел один раз в жизни, когда выступал по телевизору Кашипировский. Тогда привезли из Казахстана больную, которая говорила, что он ее «закошпировал». У нее веки не открывались, и была самая настоящая «дуга», ее держали. Она шизофреничка, конечно.

И.С.Павлов. — Крепелин говорил, что слишком много истерии, подозрительно. Кречмер описал два типа циклотимиков: деловых практиков и беспечных любителей жизни. В деловых практиков она вписывается?

Ведущий. — Если бы мы смотрели больную, когда ей было 30 лет, после первой депрессии, я бы с Вами согласился, но с тех пор прошло еще 20 лет, и мы просто видим, что это за болезнь.

И.С.Павлов. — Но психологи не выявили у нее процессуальных расстройств.

Ведущий. — Дорогие коллеги, ставить диагноз — это компетенция психиатров, а не психологов. Сейчас что-то странное происходит, когда врачи надеются, что психолог

поставит диагноз. Это не задача психолога. Психолог — это какие-то дополнительные тонкости, которые Вам нужны, это психокоррекция. Но диагностика психических заболеваний — компетенция психиатра. Если психолог не поставила шизофрению, то она правильно сделала, это не ее работа.

Вопрос из зала. — Как лечить больную?

Ведущий. — В общем, ничего не вызывает возражений, кроме гипноза. Небольшие дозы нейролептиков, конечно, нужны. Антидепрессанты нужны. Небольшие дозы нейролептиков с антидепрессантами. Каких именно — это надо подбирать индивидуально.

Лечащий врач. — Ваши рекомендации в отношении группы инвалидности? Мне кажется, ее надо поддержать.

Ведущий. — Я с Вами согласен. Однако не все так просто. Мы можем ее сейчас отправить на ВТЭК, ей дадут группу, особенно с этим заболеванием, она успокоится, будет получать пенсию и все. Но тем самым возможность адаптации мы уничтожим. Надо все учесть. Если бы у нас были социальные работники, нормальные профессиональные социальные работники, которые позаботились о ней после выписки, то я бы сказал: «Не надо ей группу инвалидности, постараемся ее вытащить». Но ведь нет сейчас таких социальных работников. Если больше нет вопросов, то спасибо всем за внимание.

ЛИТЕРАТУРА

1. Baron-Cohen et al. Talent in autism: hyper-systemizing, hyper-attention to detail and sensory hypersensitivity. Phil. Trans. R. Soc. B 2009 364, 1377-1383
2. Clay J. R.D. Laing: A Divided Self. London: Hodder & Stoughton. 1996.
3. Cohen Sh. Targeting autism. Univ. of California Press, 2006.
4. Gomes E., Pedroso F.S., Wagner M.B. Auditory hypersensitivity in the autistic spectrum disorder. Pro Fono. 2008 Oct-Dec;20(4):279-84.
5. Humphrey N. Cave Art, Autism, and the Evolution of the Human Mind. Cambridge Archaeological Journal 8:2 (1998), pp. 165-91
6. Parfit D. Personal Identity. URL: <http://mind.ucsd.edu/syllabi/03-04/phil1-spring/readings/parfit.pdf> . [12 августа 2011].
7. Ramachandran V.S. The Artful Brain. <http://net.educause.edu/ir/library/pdf/ffp0511s.pdf> (25 августа 2011)
8. Schizophrenia: A Multinational Study. WHO, Geneva, 1975.
9. Snyder A. Explaining and inducing savant skills: privileged access to lower level, less-processed information. Phil. Trans. R. Soc. B 2009 364, 1399-1405
10. Treffert D. The savant syndrome: an extraordinary condition. A synopsis past, present, future. Phil. Trans. R. Soc. B 2009 364, 1351-1357
11. Tseng Wen-Shing. Handbook of Cultural Psychiatry. Academic Press, San Diego, 2001.
12. Аппе Ф. Введение в психологическую теорию аутизма. М., 2006.
13. Башина В.М. Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999
14. Бейтсон Г. К теории шизофрении / Экология разума (Избранные статьи по антропологии, психиатрии и эпистемологии). М.: Смысл, 2000.
15. Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. М.: КСП+; СПб: Ювента, 1999.
16. Богдашина О. Аутизм: определение и диагностика. <http://www.autism.ru/read.asp?id=108&vol=2000> [25 августа 2011]
17. Бронин С.Я. Малая психиатрия большого города. М., 1998.
18. Былим И.А. Основные направления реформирования региональной службы психического здоровья. Автореферат ... доктора медицинских наук. М, 2010
19. Вартамян М.Е., Орловская Д.Д. Этиология и патогенез шизофрении // Тиганов А.С. (ред). Эндогенные психические заболе-

- вания. http://www.psychiatry.ru/lib_show.php?id=29 [15 августа 2011]
20. Васильев В.В. Трудная проблема сознания. М.: Прогресс-Традиция, 2009
 21. Власова О.А. Антипсихиатрия: становление и развитие. М.: Союз, 2006.
 22. Власова О.А. Философские проблемы феноменологической психиатрии. Курск: изд-во Курского гос. ун-та, 2007.
 23. Гайденко П.П. Прорыв к трансцендентному. Новая онтология XX в. М.: Республика, 1997
 24. Гаррабе Ж. История шизофрении. М.; СПб., 2000.
 25. Гелен А. О систематике антропологии // Проблема человека в западной философии. М.: Прогресс, 1988.
 26. Гильбурд О.А. Роль шизофрении и родственных ей состояний в эволюции человека: антропоэкологический и палеопсихиатрический аспекты. <http://psycho.chat.ru/ogil.txt> [15 августа 2011.]
 27. Гильбурд О.А. Шизофрения : семиотика, герменевтика, социобиология, антропология. М.: Видар, 2007
 28. Гильбурд О.А. Шизофрения на Севере. Сургут, 1998
 29. Гиляровский В.А. Психиатрия. Руководство для врачей и студентов. М.: Госмедиздат, 1931.
 30. Гиляровский В.А. Учение о галлюцинациях. М.: Бином, Лаб. знаний, 2011.
 31. Гиренок Ф.И. Археография событий // Событие и смысл. Сборник статей. М., ИФРАН, 1999.
 32. Гиренок Ф.И. Аутография языка и сознания. М., 2010
 33. Гофман А.Г., ред. Клинические разборы в психиатрической практике. Москва: МЕДпресс-информ, 2009
 34. Гуссерль Э. Картезианские размышления. СПб.: Наука, Ювента, 1998
 35. Гуссерль Э. Феноменология внутреннего сознания времени. М.: РИГ "Логос": Гнозис, 1994.
 36. Данилин А.Г. LSD. Галлюциогеногены, психоделия и феномен зависимости. М.: Центрполиграф, 2001
 37. Делез Ж, Гваттари Ф. Тысяча плато. Капитализм и шизофрения. Екатеринбург: У-Фактория; М: Астрель, 2010.
 38. Деннет Д. Виды психики: на пути к пониманию сознания. М.: Идея-Пресс, 2004
 39. Джонс П., Бакли П. Шизофрения. Клиническое руководство. М., МЕДпресс- информ, 2009.

40. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Этнокультуральная психиатрия. М.: Медицина, 2003
41. Дремов С.В., Семин И.Р. Измененные состояния сознания: психологическая и философская проблема в психиатрии. Новосибирск, СО РАН, 2001.
42. Дьедонне Ж. А. Э. Абстракция и математическая интуиция // Математики о математике, М. 1982. <http://www.fidel-kastro.ru/matematika/01.htm> [12 августа 2011]
43. Жмуров В.А. Психопатология : [В 2 ч.]. Иркутск : Изд-во Иркут. ун-та. 1995
44. Каннабих Ю.В. История психиатрии. М.: АСТ, Мн.: Харвест, 2002.
45. Кемпинский А. Психология шизофрении. СПб.: Ювента, 1998
46. Кляйн М. Заметки о некоторых шизоидных механизмах // Журнал практической психологии и психоанализа. #4, 2000. <http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20000401> [22 августа 2011 г.]
47. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные расстройства. Спб, Питер, 2010
48. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. М, Екатеринбург, 2000.
49. Косилова Е.В. Культурологический анализ научной парадигмы в психиатрии : На примере антипсихиатрии и философии Р. Лэйнга : диссертация на соискание степени кандидата философских наук : 09.00.13. Москва, 2002
50. Косилова Е.В. О свободе познания // Актуальные проблемы онтологии, теории познания и аксиологии. М., 2011
51. Косилова Е.В. Энергетическая онтология психоанализа. // Аспекты, Вып. IV. М., 2006.
52. Крюи, де, П. Борьба с безумием. М.: Изд-во иностранной литературы, 1960.
53. Лакан Ж. О бессмыслице и структуре бога. // Метафизические исследования. Вып. 14. СПб.: Алетейя, 2000. С. 218-231
54. Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу. М., 1996
55. Левина Р.Е. К психологии детской речи в патологических случаях (автономная детская речь). М., 1936
56. Леонгард К. Систематика эндогенных психозов и их дифференцированная этиология. М: Практическая медицина, 2010.
57. Лоренц К. Человек находит друга. М.: Армада-пресс, 2002
58. Лэйнг Р.Д. (Лэнг Р.Д.) Расколотое "Я". Политика переживания. Райская птица. СПб: Белый кролик, 1995
59. Микиртумов Б.Е. Ильичев А.Б. Клиническая семантика психопатологии. СПб: СПбГПМА, 2007.

60. Мэй Р. Смысл тревоги. М.: Класс, 2001.
61. Николаев Е.А. Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры. Чебоксары, 2006.
62. Никольская О.С. Аффективная сфера как система смыслов, организующих сознание и поведение. Москва: МГППУ, 2008.
63. Пашковский В.Э., Пиотровская В.Р., Пиотровский Р.Г. Психиатрическая лингвистика. М.: Книжный дом "ЛИБРОКОМ", 2009.
64. Пинкер С. Язык как инстинкт. М. : УРСС, 2004
65. Плеснер Х. Ступени органического и человек: Введение в философскую антропологию. М.: Росспэн, 2004
66. Положий Б.С. Этнокультуральные особенности распространённости, формирования, клиники и профилактики основных форм психических расстройств. М., 2001
67. Поппер К. Эволюционная эпистемология // Эволюционная эпистемология и логика социальных наук. М.: Эдиториал УРСС, 2000.
68. Поршнев Б.Ф. О начале человеческой истории: проблемы палеопсихологии. СПб: Алетейя, 2007.
69. Пшизов В.С. Психическая норма и патология. СПб, Полтораки, 2010
70. Рамачандран В. Рождение разума: загадки нашего сознания. М.: Олимп-Бизнес, 2006.
71. Руткевич А.М. От Фрейда к Хайдеггеру, М., 1985.
72. Сакс О. Антрополог на Марсе. М.: АСТ: Астрель, сор. 2010
73. Сакс О. Человек, который принял жену за шляпу и другие истории из врачебной практики. М.: АСТ [и др.], 2011
74. Самохвалов В.П., Гильбурд О.А., Егоров В.И. Социобиология в психиатрии. М., 2011.
75. Семке В.Я., Платонов Д.Г., Новиков В.Э. Труднокурабельные больные в пограничной психиатрии. Томск, Кемерово, 2010.
76. Сергиенко Е.А. и др. Модель психического в онтогенезе человека. М.: Ин-т психологии РАН, 2009.
77. Смулевич А.Б., Щирина М.Г. Проблема паранойи. М.: Медицина, 1972.
78. Спивак Д.А. Измененные состояния сознания. СПб, 2000.
79. Стиллман У. Дар аутизма. Раскрытие секретов мудрых сердец. СПб: Весь, 2010.
80. Тиганов А.С. (ред.). Общая психиатрия. http://psychiatry.ru/lib_show.php?id=28 [15 августа 2011] (a)
81. Тиганов А.С. Распространенность шизофрении // Тиганов А.С. (ред.) Эндогенные психические заболевания. http://www.psychiatry.ru/lib_show.php?id=29 [15 августа 2011] (б)

82. Тищенко П.Д. Био-власть в эпоху биотехнологий. М. : ИФРАН, 2001
83. Ткаченко А. К.Ясперс и феноменологический поворот в психиатрии, Логос, 1992 (3)
84. Фейгенберг И.М. Вероятностное прогнозирование в деятельности человека и поведении животных. М.: Ньюдиамед, 2008
85. Фридман В.С. Инстинкты (и почему их нет у человека) <http://www.ethology.ru/library/?id=314> [12 августа 2011] (6)
86. Фридман В.С. Современные представления об инстинкте. <http://www.ethology.ru/library/?id=350> [12 августа 2011] (a)
87. Фрит К. Шизофрения: краткое введение. М.: АСТ: Астрель, 2005.
88. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. СПб.: Унив. кн., Рудомино, 1997.
89. Хаэр Р. Лишенные совести. Пугающий мир психопатов. М. и др.: Вильямс, 2007.
90. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. М.: Фолиум, 2005
91. Шарфеттер Х. Шизофренические личности. М,,: Форум, 2011.
92. Шизофрения. Изучение спектра психозов (пер.с.анг.). М., Медицина, 2001
93. Юнг К.-Г. Психологические типы. СПб.:Азбука, 2001.
94. Юханссон И. Особое детство. М.: Теревинф, 2010.
95. Яковлева М.В. Клинический патоморфоз шизофрении в этнокультуральном аспекте. Автореферат ... кандидата медицинских наук. М, 2011.
96. Ясперс К. Общая психопатология. М.: Практика, 1997.
97. Ясперс К. Стриндберг и Ван Гог. СПб.: Прогресс, 1999
98. Ясперс К. Философская автобиография. М.: Изд-во НПА, 1995.