

КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

БИЛИБЕНКО Ангелина Владимировна

**Критическая антропология болезни
в философском дискурсе XX века**

Специальность 09.00.13 – философская антропология, философия культуры

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание учёной степени
кандидата философских наук

Научный руководитель:
д. филос. н., проф. Власова О.А.

Курск – 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. АНТРОПОЛОГИЗАЦИЯ БОЛЕЗНИ: ОТ ДИСКУРСА МЕДИЦИНЫ К ДИСКУРСУ ФИЛОСОФИИ	
1.1. Болезнь как феномен человеческой жизни: предпосылки философской концептуализации	14
1.2. Человек в ситуации болезни: неврология идентичности.....	35
1.3. Экзистенциальные основания психического заболевания	50
ГЛАВА 2. АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЕЗНИ В КРИТИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ ОБЩЕСТВА И ЭПИСТЕМОЛОГИИ	
2.1. Болезнь как социальный феномен.....	66
2.2. Социальное принуждение и проблема подлинности личности	78
2.3. Эпистемология разума и неразумия.....	98
2.4. Историко-культурная перспектива: антропологическая соотносимость здоровья и болезни	108
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	124
БИБЛИОГРАФИЯ.....	130

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования.

Проблема болезни в философской антропологии получает особую актуальность в XX веке. Главным образом, это связано с ускорением темпа жизни, крупными катаклизмами, катастрофами и мировыми войнами. Эти факторы породили множество патологических форм поведения, исследование которых позволило сделать ряд открытий в области анатомии и физиологии мозга, неврологии и прочих разделах медицинского знания. Кроме того, возрастающий интерес к исследованиям традиционных практик лечения и отношения к болезни в различных культурных традициях позволил дистанцироваться от ценностного отношения к ним. Болезнь стали рассматривать как феномен человеческой жизни (в независимости от присущей ему негативной окраски), как фундаментальную часть человеческого опыта и перестают противопоставлять понятию здоровья. Оппозиция сменяется принципом дополнения, и патологическое становится новым проблемным полем, в рамках которого философские направления XX века осмысляют феномен Человека.

При изучении болезни медицина склонна рассматривать человека как объект. Философский дискурс выводит на первый план субъектный подход к человеку, учитывающий его личностные особенности, уникальную жизненную историю и опыт его страдания. В ситуации болезни изначально патологический индивидуальный опыт, сопрягаясь с опытом других людей, рождает совершенно особый способ бытия-в-мире. Болезнь при этом становится феноменом, концептуализируя содержание которого можно охарактеризовать жизнедеятельность человека как во внутриличностном, так и в интраперсональном плане. В этой ситуации осмысление «ненормального» болезни задает новое проблемное поле для философской антропологии. Междисциплинарные направления философии XX века осмысляют феномен человеческого в контексте развертывания его существования, в рамках общества, в которое он

неотъемлемо включен, в горизонте истории и смены антропологических образов.

Заявленная тема в особенности *актуальна для философской антропологии*, предлагая широкие возможности для построения интегральной теории человека, расширяя ее критические функции по отношению к образу человека в современной культуре. Она также имеет *общефилософскую актуальность*, поскольку сформированные на пересечении философии и медицины теории внесли вклад в развитие истории философии, философии культуры, социальной философии и позволяют уточнить проблематику этих разделов. Тема имеет и *общенаучную актуальность*, поскольку позволяет прояснить содержание и характер междисциплинарных концептов, методов и теорий, сформированных в пространстве взаимодействия философии и медицины. Ее решение значимо так же и для развития биоэтики.

Степень изученности темы. Философско-антропологическое осмысление болезни сопровождает все попытки исследователей выйти за пределы медицинского дискурса, начиная с первой трети XX века. Отдельные направления и течения мысли акцентируют внимание на различных аспектах болезни: экзистенциально-феноменологическом, социальном и эпистемологическом. Экзистенциально-феноменологические основания болезни представлены в работах Л. Бинсвангера и Р. Д. Лэйнга. Болезнь в социальном плане рассматривалась нами на примере исследований представителей антипсихиатрического движения (И. Гоффман, Д. Купер, Ф. Базалья) и в критической теории И. Иллича. Эпистемологический аспект наиболее выражен в работах М. Фуко и Я. Х. ван ден Берга.

Критическое исследование рассматриваемой в диссертации проблематики представлено, главным образом, в работах, непосредственно посвященных направлениям и теориям, в рамках которых в XX в. формируются модели критической антропологии болезни. Это работы по экзистенциально-феноменологической психиатрии и экзистенциальной неврологии (А. Харрингтон, Г. Элленбергер, Ж. Гаррабе, Ж. Кондрау; М. Улановский, И. Глухо-

ва, Б. Херсонский)¹, антипсихиатрии (К. Дёрнер; А. Якубик, В. М. Лейбин, Н. В. Коптева, К. Е. Тарасов, М. С. Кельнер, Г. С. Батыгин, С. Б. Семичев, Э. Я. Штернберг, Хомутова Н. Н.)², а также те, что посвящены критической антропологии И. Иллича (Дж. Метцль, Н. Роуз, И. Хамонд, Р. Барнет, Р. Дэйвис, Ф. МасЛеллан, Р. Эрдвардс, Р. Смит, Ж.-П. Дюпюи; Т. Шанин)³, эпистемологии безумия М. Фуко (Ю. Хабермас; В. П. Визгин, С. В. Табачникова, А. В. Дьяков, А. С. Колесников, С. Л. Фокин, Д. Б. Голобородько, Ю. С. Савенко, Л. Ю. Соколова, А. А. Ожиганова)⁴, метаблике Я.Х. Ван ден Берга (М. Ван Мэйнен, Б. Леверинг, Дж. Вайшер, Р. Романишин, М. Сипиора, А. Джоржи, Б. Мук, Х. Цварт)⁵.

¹Элленбергер Г. Клиническое введение в психиатрическую феноменологию и экзистенциальный анализ / Экзистенциальная психология. Экзистенция. Пер. с англ. М. Занадворова, Ю. Овчинниковой. М.: ЭКСМО, 2001. С. 207–228, Кондрау Ж. Философские и антропологические основания Дазайн-анализа. Пер. И. Казаковой // HORIZON. Феноменологические исследования. 2016. Т. 5. № 2. С. 315–427, Улановский А.М. Феноменологический метод в психологии, психиатрии и психотерапии // Методология и история психологии. 2007. № 1. С. 130–150.

²Тарасов К.Е., Кельнер М.С. «Фрейд-марксизм» о человеке. М.: Мысль, 1989, Штернберг Э.Я. О некоторых крайних течениях в современной зарубежной социальной психиатрии (антипсихиатрические тенденции) // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 1972. Вып. 8. С. 1241–1248, Семичев С.Б. Антипсихиатрическое движение: его современное состояние / Медицина и идеология. М., 1985. С.170–185, Дёрнер К. Гражданин и безумие. К социальной истории и научной социологии психиатрии. Пер. И.Я. Сапожниковой. М.: Алетейя, 2006.

³Metzl J.M., Herzig R.M. Medicalisation in the 21st century: Introduction // The Lancet. 2007. The Lancet. 2007. Vol. 369. № 9562. P. 697–69, Barnet R.J. Ivan Illich and the Nemesis of Medicine // Medicine, Health Care and Philosophy. 2003. Vol. P. 273–286, Edwards R.H.T. Nemesis, Sisyphus, and a Contribution from the Medical Humanities to Health // Journal of Epidemiology & Community Health. 2003. Vol. 57 № 12. P. 926–927, Шанин Т. Иван Иллич – человек на все времена / Иллич И. Освобождение от школ. Пропорциональность и современный мир (фрагменты из работ разных лет). М.: Просвещение, 2006.

⁴Визгин В.П. Онтологические основания философии Мишеля Фуко // Метафизика. 2012. № 4 (6). С. 109–120, Дьяков А.В. Мишель Фуко и его время. СПб.: Алетейя, 2010, Ожиганова А.А. Антропология и медицина: перспективы взаимодействия (дискуссия 1980-х – 2000-х годов) // Этнографическое обозрение. 2011. № 3. С. 10–22.

⁵Visscher J, De. Jan Hendrik van den Berg: About Phenomenology, Historical Psychology and Medical Anthropology // Medische Anthropologie. 2012. Vol. 24 (2). P. 371–382, Mook B. The Metabletic Method: An Interdisciplinary Look at Human Experience // Phenomenology & Practice. 2009. Vol. 3. P. 26–34, Zwart H. The Year 1953: Metabletical Contemplations on the Advent of Metabletics // Journal of Metabletica. 2014. № 8. P. 18–26.

Среди общих работ следует назвать монографию А. М. Руткевича¹, в которой проводится анализ исторического развития философской антропологии в психиатрии. Проблемы медицинской антропологии рассматриваются в работах Д. В. Михеля². Философское осмысление психотерапии и психиатрии мы находим в трудах Е. А. Ромек³, О. А. Власовой⁴ и Е. В. Косиловой⁵.

Философско-антропологические аспекты биоэтики и проблемы нормы и патологии в ее философском, социальном, этическом измерении отражены в работах Б. Г. Юдина, П. Д. Тищенко, Б. В. Маркова, В. П. Руднева, С. М. Бабина, С. Ф. Случевской, Л. П. Киященко, Н. Н. Неделева, Г. Б. Степановой, В. И. Моисеева, Р. Р. Беялетдинова, Е. Г. Гребенщиковой, О. В. Поповой, С. А. Судьина, Б. А. Казаковцева, П. Д. Кузнецова, В. С. Ястребова, И. А. Митхиной, Е. И. Кириленко⁶.

Теоретический фундамент диссертации составили также ряд исследований по западной философии XX в., заложивших основания философской концептуализации болезни (В. Декомб, Г. Шпигельберг, Л. Шерток, Р. де Соссюр, О. Виггинс, М. Шварц; Н. В. Мотрошилова, П. П. Гайденко, В. В. Бибахин, Г. М. Тавризян, А. М. Руткевич, В. Д. Губин, В. А. Подорога, В. М. Лейбин, А. В. Перцев, В. И. Колядко, С. Н. Ставцев, С. Гашков)⁷.

¹Руткевич А.М. От Фрейда к Хайдеггеру: Критический очерк экзистенциального психоанализа. М.: Политиздат, 1985.

²Михель Д.В. Медицинская антропология: исследуя опыт болезни и системы врачевания. Саратов: Сарат. гос. техн. ун-т, 2015.

³Ромек Е.А. Психотерапия: теоретическое основание и социальное становление. Ростов-н/Д: Изд-во Рост. Ун-та, 2002.

⁴Власова О.А. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ: история, мыслители, проблемы. М.: Территория будущего, 2010, Косилова Е.В. Изучение субъекта в норме и патологии: когнитивный и феноменологический подход // Человек. Общество. Инклюзия. 2016. № 3-1. С. 66–77.

⁵Косилова Е.В. Психиатрия: опыт философского анализа. М.: Проспект, 2014.

⁶Бабин С.М., Случевская С.Ф. Взаимоотношение философии и медицинской модели психотерапии / Случевские чтения: феноменология и экзистенциальная психотерапия. Под ред. С.М. Бабина. СПб.: ИПК «Коста», 2016. С. 73–83, Судьин С.А. Психически больной и его семья в теории и практике социологии психического здоровья. Нижний Новгород: НИСОЦ, 2015, Неделева Н. Н. Ценностное отношение к болезни как феномен массового сознания // Молодой ученый. 2012. № 2. С. 172–177.

⁷Подорога В.А. Феноменология тела: Введение в философскую антропологию. (Материалы лекционных курсов 1992-1994 гг.). М.: Ad Marginem, 1995, Лейбин В.М. Психоанализ и философия неопрецидизма. М.: Политиздат, 1977, Тавризян Г.М. Проблема

В отечественной науке исследование проблемы болезни и здоровья, нормы и патологии особенно активизируются в последнее десятилетие. Следует отметить диссертационные исследования Е.С. Быковой (2007), Р.В. Воробьева (2013), Г.В. Елагиной (2013), Г.Р. Хайдаровой (2013), И.И. Сидорова-Моисеева (2013), О.А. Шестериковой (2014), С.М. Бардиной (2014), Г.Г. Хубулавы (2016).

Исследование указанного комплекса источников позволило нам рассмотреть ключевые понятия и уровни критической антропологии болезни. Вместе с тем, несмотря на наличие широкого спектра работ по проблемам репрезентации социального контекста исследования болезни, специальных работы по сравнительному анализу философских концептуализаций болезни до сих пор не проводилось. Критическая антропология болезни лишь вскользь затрагивается в некоторых отечественных исследованиях, однако ее целостного анализа, который бы учитывал все ее уровни, особенности ее формирования и значение для философской мысли, до сих пор нет. Именно это определило объект и предмет нашего исследования.

В данной работе термин «критическая антропология болезни» используется для характеристики комплекса идей, развитого в рамках ряда междисциплинарных направлений XX века, которые критически переосмыслиют предлагаемый медициной взгляд на человека и через исследование болезни стремятся прояснить образ человека как такового, его статус в обществе и природу самого общества, историческую изменчивость его характеристик.

Объектом диссертационного исследования является критическая антропология болезни в междисциплинарных направлениях XX века.

Предметом исследования выступают экзистенциальные, социальные, эпистемологические модели болезни, развитые в ходе критического осмысления соматической и психической патологии.

человека во французском экзистенциализме. М.: Наука, 1977, Гашков С. К проблеме телесности во французской постфеноменологии // Логос. 2010. № 5 (78). С. 231–244.

Цели и задачи исследования. Актуальность темы диссертации и состояние ее научной разработанности обуславливают выбор ее объекта и предмета, а также постановку исследовательских задач.

Основная цель исследования состоит в комплексной философской интерпретации критической антропологии болезни в контексте междисциплинарных направлений XX века.

Для достижения поставленной в работе цели предполагается решение следующих **задач**:

- проанализировать предпосылки (содержательные, исторические, внутри и междисциплинарные) развития критического дискурса болезни в философии;

- выделить основные модели критической антропологии болезни, прояснить характерные для каждой модели проблемы и критические стратегии осмысления болезни;

- провести сравнительный анализ особенностей критицизма, развитого в рамках экзистенциально-феноменологической, социальной, эпистемологической модели;

- сопоставить модели критической концептуализации, развертывающиеся в отношении соматических и психических заболеваний: дать философскую интерпретацию моделей соматических и психических заболеваний;

- определить философское значение критической антропологии болезни для построения интегральной теории человека, системного осмысления современного общества.

Предлагаемые методы и подходы. Работа реализует комплексный подход, ставя своей задачей рассмотрение динамичного процесса философской рефлексии болезни в единстве сменяющихся друг друга моделей. В рамках этих моделей проблема болезни рассматривается как один из онтологических, антропологических, социальных, культурных, исторических феноменов, включаясь в общее пространство философской рефлексии.

Обращаясь к междисциплинарной проблематике, исследование привлекает метод сравнительного анализа для сопоставления содержания моделей и понимания специфики философского осмысления соматического и психического заболевания.

Основой исследования выступает метод реконструкции, который позволяет представить философскую концептуализацию болезни в единстве ее моделей. Их анализ строится с опорой на принцип историзма, с помощью которого демонстрируется как преемственность мысли, так и возникновение новых идей на каждом из этапов философской концептуализации болезни. Контекстный анализ используется для выявления исторических, общенаучных и философских предпосылок формирования того или иного типа критического осмысления болезни. Рабочими процедурами исследования выступают также анализ и синтез, обобщение и конкретизация, моделирование.

Научная новизна диссертационного исследования состоит в том, что оно предлагает философско-антропологический ракурс исследования дискурса болезни и демонстрирует значение ряда междисциплинарных течений и теорий (таких как: социальная антропология, философия психиатрии, медицинская антропология и др.), интерпретируя их как критическую антропологию. В диссертации проанализированы основные модели критической антропологии болезни, систематизирован и дополнен ранее имевшийся опыт исследования философской концептуализации болезни в XX в.

Научная новизна раскрывается достижением следующих **результатов**:

- выделены предпосылки (содержательные, исторические, внутри и междисциплинарные) развития критического дискурса болезни в философии;
- охарактеризованы основные модели философской концептуализации болезни,
- прояснены уровни развитой в рамках основных междисциплинарных направлений критической антропологии и основные точки критицизма;
- сопоставлены модели философской концептуализации, развертывающиеся в отношении соматических и психических заболеваний;

– намечена возможность применения рассматриваемых моделей в философской антропологии и философии.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Антропологическая концептуализация болезни в XX в. стала возможна благодаря пересечению идей феноменологии, экзистенциальной философии и психоанализа. В результате болезнь начала расцениваться как феномен человеческой жизни, т.е. как позитивный феномен, который имеет самостоятельную ценность, содержание, историю.

2. Антропология болезни имеет критическую направленность. Основными ее мишенями оказываются: статус медицины как естественнонаучной дисциплины и социальной практики и ее неспособность постичь многообразие проявлений человека; тоталитарный характер общества как образования, подавляющего личную свободу своих членов и препятствующего подлинному бытию личности и подлинным отношениям между людьми; инвариантность образа человека и понятий «здоровье» / «болезнь» в истории. Вне зависимости от направленности критика носит характер протеста против существующей антропологической парадигмы и требует формирования нового образа человека.

3. Критическая антропология болезни развивается в рамках экзистенциальной (К. Гольдштейн, М. Мерло-Понти, О. Сакс, Л. Бинсвангер и др.), социальной (Р. Лэйнг, Д. Купер, Ф. Базалья, Т. Сас, И. Гофман, И. Иллич) и эпистемологической (Я.Х. ван ден Берг, М. Фуко) моделей. В экзистенциальной модели болезнь понимается как модус существования и выражение бытия человека, в социальной – как феномен общественного развития и неотъемлемая область социального, в эпистемологической – как изменяющееся в культуре и истории явление.

4. В критической антропологии понятия «здоровье» и «болезнь» являются не только целевыми понятиями, выражающими объект исследования, но и понятийными средствами критики. Во всех трех моделях болезнь представляется феноменом, посредством которого анализируется бытийная

подоснова человеческого существования, механизмы функционирования общества, характер исторической изменчивости образа человека, т.е. вспомогательным инструментом исследования. Дискурс болезни становится, таким образом, не только естественнонаучным, медицинским, но и философским, антропологическим дискурсом.

5. В моделях антропологической концептуализации психических и соматических заболеваний преодолевается дуализм психического и физического, поскольку тело, следуя феноменологической перспективе, характеризуется как один из модусов бытия, описывается как телесность, а болезнь, как и психическое расстройство, начинает рассматриваться в полярностях подлинного индивидуального и неподлинного социального, оценивается в контексте исторических трансформаций.

Научно-теоретическое значение исследования заключается в том, что в работе представлен анализ развития философского дискурса болезни XX в. в единстве моделей критической антропологии, схематизированы особенности каждой из моделей концептуализации психического заболевания, уточнены направленность и особенности критицизма. В отличие от традиционного научного ракурса исследования данной проблемной области, работа выстраивает философско-антропологическую перспективу, что позволяет дополнить и расширить традиционные подходы к проблеме человека. Выводы диссертационного исследования имеют значение для разработки интегральной теории человека и могут стать опорой для исследований по сходной проблематике.

Практическое значение исследования состоит в том, что результаты диссертации могут быть использованы в научно-педагогической практике, при подготовке лекционных курсов и учебных пособий по философии медицины, биоэтике, философской антропологии, философии культуры. Выводы данного исследования могут привлекаться при разработке психологических, социальных, психотерапевтических программ.

Личный вклад автора заключается в осуществлении сравнительного анализа моделей критической антропологии болезни в рамках междисциплинарных направлений XX века. Работа предлагает новый ракурс исследования развития философского дискурса болезни, представляя этот процесс как формирование трех сменяющих друг друга (и взаимодополняемых) моделей критической антропологии. Проясняются уровни и направленность критицизма, уточняется картина болезни в рамках предлагаемых критических моделей. Все выводы получены автором диссертационного исследования самостоятельно и отражены в авторских публикациях.

Достоверность научных положений, выводов и рекомендаций подтверждается:

- применением ряда научно-методологических подходов при рассмотрении проблемы;
- опорой на текстовый анализ в исследовании моделей критической антропологии болезни;
- согласованностью выводов с предшествующей традицией исследования междисциплинарных направлений на границы философии и медицины.

Апробация работы. Основные положения и выводы диссертационной, полученные автором работы, были представлены на всероссийских научно-практических конференциях, форумах и конгрессах: VI Российском философском конгрессе «Философия в современном мире: диалог мировоззрений» (Нижний Новгород, 2012 г.), Международной молодежной конференции «Философия и наука в культурах Запада и Востока» (Томск, 2012 г.), Молодежном научном форуме с международным участием «Человек, общество, государство: история и современность» (Курск, 2013 г.), 7-ой ежегодной научно-практической конференции «Философские проблемы биологии и медицины: естественнонаучный и гуманитарный полилог» (Москва, 2013 г.), Международной конференции «Актуальные вопросы российской и зарубежной философии» (Пермь, 2013 г.), 30-й Международной конференции по философской компаративистике в рамках Дней философии в Санкт-Петербурге

(Санкт-Петербург, 2013 г.), 9-ой Ежегодной научно-практической конференции «Философские проблемы биологии и медицины: персонализация и стандартизация» (Москва, 2015 г.). Основное содержание диссертации нашло отражение в 13 работах, в том числе в 3 статьях в центральных периодических изданиях, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки РФ для публикации результатов диссертационных исследований общим кол-вом 72 страницы / 4,18 печатных листа.

Структура работы. Диссертационное исследование включает введение, две главы, содержащие семь параграфов, заключение и библиографический список.

ГЛАВА 1

АНТРОПОЛОГИЗАЦИЯ БОЛЕЗНИ: ОТ ДИСКУРСА МЕДИЦИНЫ К ДИСКУРСУ ФИЛОСОФИИ

1.1. Болезнь как феномен человеческой жизни: предпосылки философской концептуализации болезни

Философия XX века во всем многообразии своих направлений переосмысляет понятие болезни. Это происходит в результате появления новых технологий, давших толчок к развитию медицинского знания, которое окончательно переходит от наблюдения за симптоматикой отдельно взятых случаев и попыток их систематизировать «в слепую» к более целостному подходу к больному и болезни¹. Этот процесс, начавшийся еще в XIX веке, приводит к формализации знания о болезни, явившего собой «нечто большее, чем отказ от теории и старых систем, открывающий возможность клинического опыта...» и снявшего «старый аристотелевский запрет», состоящий в том, что «на индивида можно, наконец, распространить структуру научного рассуждения»². С этого момента «вся темная изнанка тела, что ткалась в долгих, непроверяемых глазом фантазиях, разом оказалась оспоренной в своей объективности редуccionистским дискурсом врача, и стала рассматриваться его позитивным взглядом как объект»³, позволив обратить внимание на болезнь как феномен, требующий пристального изучения.

До XX века болезнь было принято рассматривать в негативных категориях, тем не менее, даже на органическом уровне, это понятие не является однозначно отрицательным. В рамках гуманитарных наук было показано, что возможно рассматривать болезнь как позитивный феномен, «позитивный» – не в смысле положительный и полезный для человека, а как несущий собственную ценность и обладающий собственным содержанием, собственной историей. Во

¹ Бабин С.М., Случевская С.Ф. Взаимоотношение философии и медицинской модели психотерапии / Случевские чтения: феноменология и экзистенциальная психотерапия. Под ред. С.М. Бабина. СПб.: ИПК «Коста», 2016. С. 73–83.

² Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998. С. 15.

³ Там же. С. 10.

всех подходах к болезни, развитых в рамках западной философии XX века, подчеркивалась эта позитивная сущность. «Здоровье и болезнь – это фундаментальные феномены в человеческой жизни. В осмыслении и объяснении их природы характеристики, которые мы относим к миру природы, чрезвычайно тесно и зачастую весьма причудливо переплетались с теми, которые обращают нас к миру культуры»¹, – подчеркивают Г.Б. Степанова и Б.Г. Юдин. Это переплетение обнаруживается во всех подходах к болезни².

В рамках *феноменологического подхода* болезнь осмысляется через понимание отдельных переживаний больного, составляющих патологический опыт его болезни и представляющих собой его жизненный мир, посредством феноменологической редукции³. Этот подход позволяет подойти к сущности болезни и не предполагает систематического сбора информации о мире, используя лишь в отношении к субъективным фактам. Схватывание переживаемых сущностей в нем связано с такими способностями человека как эмпатия и интуиция, что подразумевает использование метода феноменологической редукции. Так во всей целостности воссоздается феноменальный мир болезни.

В *психоаналитическом подходе* болезнь осмысляется через понятие вытесненного влечения и проявляется через расстройство органа, в результате возникновения связи между содержанием конфликта и симптомами. При этом символическое значение и связь с содержанием конфликта определяет «выбор» органа. Симптом в данном случае является заместительным проявлением нереализованного влечения, в результате активации психологической защиты Эго, перед лицом реальности, делающей невозможным удовлетворение влечений Ид⁴. Следует отметить, что данная концепция не воспринимается всерьез

¹ Степанова Г.Б., Юдин Б.Г. Феномен здоровья // Управление здравоохранением. 2015. № 3 (45). С. 27.

² Альтернативную трактовку подходов к болезни см. в: Магин М. Краткая систематизированная история представления о болезни // отечественные записки. 2006. №1 (28). С. 90–103.

³ См.: Гуссерль Э. Основные проблемы феноменологии. Пер. А.А. Анипко / Разеев Д.Н., Гуссерль Э. В сетях феноменологии. Основные проблемы феноменологии. СПб., 2004. С. 225–365.

⁴ См.: Куттер П. Современный психоанализ. СПб., 1997.

современной наукой. Тем не менее, отдельные элементы психоаналитической теории до сих пор активно используются в философских концепциях XX века.

Социологический подход предполагает осмысление болезни в рамках социальных отношений и ролевой структуры общества. Впервые болезнь как социальное явление, была рассмотрена Т. Парсонсом, предложившим концепцию роли больного¹. Эту концепцию он основывает на классических социальных теориях в сочетании с элементами психоаналитического учения. Согласно ей, болезнь легитимируется институтом медицины как явление, нарушающее привычный ход социальных отношений, что автоматически наделяет врача, помимо терапевтической функции, функцией социального контроля. Больной, соответственно, наделяется обязанностью контролировать болезнь под наблюдением специалиста и правом не быть ответственным за свое состояние. Это приводит к возникновению нескольких моделей властных отношений между врачом и пациентом: активно-пассивной (классическая модель для парсоновской концепции, в которой врач полностью контролирует больного), модели контролируемого взаимодействия и модели равного взаимодействия.

Однако включение болезни в систему властных отношений произошло именно благодаря превращению клинического опыта в форму познания и базируется на стремлении описать патологию в рамках дихотомии «здоровье-болезнь». Данное стремление, великолепно описанное М. Фуко в работе «Рождение клиники», приводит к возникновению дискурса, в рамках которого болезнь наделяется именем, актуализируясь в пространстве тела. Иными словами, врач, устанавливая диагноз, распространяет на индивида структуру научного рассуждения, которая становится отправной точкой взаимодействия знания и власти. Человек как обладающий болезнью включается в пространство медицины, подавляющее и закрепощающее его путем надления статусом «больного», приводящего к дискриминирующей индивида стигматизации.

¹ См.: Парсонс Т. О социальных системах. М.: Академический проект, 2002; Волкова И.И. Болезнь как социальный феномен // Труды СГА. М., 2007. С. 95–103.

Аксиологический подход к пониманию болезни принято реализовывать на индивидуальном, общественно-историческом, социокультурном и религиозном уровнях¹. Однако в целом ценностное отношение к болезни проявляется через мотивацию, возникающую в ответ на болезнетворный фактор и провоцирующую общественные изменения. Болезнь, безусловно, имеет положительные аспекты, в качестве одного из которых можно обозначить формирование смысла жизни. Как отмечает К. Ясперс: «Если существование более не поддерживается душевными силами, становится невыносимым в невозможности даже постигнуть его значение, человек устремляется в свою болезнь, которая как нечто обозримое охватывает его и защищает»². Однако в целом в рамках аксиологии болезни признается, что феномен болезни носит негативную окраску, закрепощая человека как в индивидуально-личном, так и в социальном планах бытия.

Феномен болезни влияет на все сферы человеческой жизнедеятельности и выступает своеобразным индикатором состояния общества. Болезнь тесно вплетена в систему социальных отношений вследствие ее взаимосвязи с понятием нормы, которое остается весьма размытым. Трансформируя индивидуальный способ бытия-в-мире, болезнь может способствовать личностному росту и переосмыслению ценностей. Таким образом, понятие болезни не всегда носит ярко выраженную негативную окраску, а сам феномен болезни нуждается в более пристальном его изучении не только с медицинских позиций (как негативного феномена), но и с позиций философии: как феномена переживания, ценностного феномена, социального феномена и феномена индивидуально-психологического.

Все эти подходы формируются в XX веке на основании двух предпосылок: во-первых, благодаря пристальному вниманию к личности больного и описанию симптомов не просто как признаков болезни, а как индивидуальной

¹ Неделяева Н. Н. Ценностное отношение к болезни как феномен массового сознания // Молодой ученый. 2012 . № 2. С. 172–177.

² Ясперс К. Власть массы / Ясперс К., Бодрийар Ж.. Призрак толпы. М.: Алгоритм, 2007. С. 65.

конфигурации жизни; во-вторых, в результате включения в описание картины болезни всех событий и фактов, которые эту жизнь сопровождают, и смещения акцента с этиологии болезни на жизнь-историю. Два этих достижения становятся возможны в результате развития психоанализа и экзистенциальной философии.

Психоанализ явился своеобразным вызовом философским представлениям о человеке. Для наиболее полного рассмотрения дихотомии «индивидуальное / социальное», для подробного описания взаимодействия человека, всей совокупности противоречий его внутренних переживаний, и общества как целостности, необходимо лаконично охарактеризовать учение Фрейда и проследить предпосылки формирования основных его идей.

Возникнув в начале XX века, психоанализ из малочисленного, общественно порицаемого направления, действующего в сугубо медицинской среде, превратился в широко распространенное учение, занимающее оригинальную мировоззренческую позицию. Несмотря на спорность основных положений теории, психоанализ оказал значительное влияние практически на все сферы человеческой деятельности: такие, как антропология, социология, литературоведение, эстетика, все жанры литературы и искусства. Такая популярность обусловлена успешной практикой врачей-психоаналитиков, с одной стороны, и целым комплексом социальных факторов (увеличением количества лиц, страдающих неврозами и психозами, приданием психоанализу статуса социально-философского учения) – с другой.

Психоанализ имел достаточно предпосылок для своего возникновения, вследствие чего заслуги Фрейда в формировании самой идеи данного учения не так уж и велики. Он, как известно, связывал все невротические нарушения личности с детскими влечениями, возвратом или фиксацией личности на одной из стадий развития либидо, и изначальной агрессивностью, прописанной инстинктивно, что объясняет наличие насилия в социуме. К тому же, Фрейд «обнаружил – парадоксальным образом отстав от современников, – что

“связь с сексуальностью” присутствует в любом неврозе»¹. Тем не менее, связав между собой все для того времени новаторские и парадоксальные представления о человеческой психике и создав вполне логичный, хотя и не вполне обоснованный концепт, Фрейд проделал колоссальную работу, которая не может не впечатлять.

Поскольку характерной чертой психоанализа является рассмотрение всех общественных отношений по прямой аналогии с семейными, сквозь призму детско-родительских отношений, реальность в данном учении отображается более чем неадекватно. Психоаналитическая теория не в состоянии объяснить окружающую действительность с помощью того весьма ограниченного набора постулатов, которыми располагает. В результате, несмотря на возрастающую популярность учения, основные положения фрейдизма оспариваются не только среди его противников, но и среди самих психоаналитиков. Это привело к неизбежному образованию новых ответвлений от ортодоксального фрейдистского варианта, исповедуемого Психоаналитической ассоциацией.

Заслуги Фрейда очевидны: он создал учение, объясняющее не только поведение людей, страдающих неврозами, но и подчеркнул наличие конфликтов в психике человека, обусловленных соотношением сознательных и бессознательных мотивов действий и наличием процесса социализации в индивидуальной жизненной истории, чем подчеркнул возможность целостного описания мира переживаний психически больного. В.М. Лейбин справедливо отмечает: «Ему, бесспорно, удалось в образных зарисовках обнажить конфликтные ситуации, драматичность и расщепленность сознания личности в условиях буржуазной цивилизации. Однако в своих теоретических выводах Фрейд неоправданно абсолютизировал эту расщепленность. Он настолько заострил проблему, что противоречия между сознанием и бессознательными влечениями индивида превратились у него в трагедию, извечно развертыва-

¹ Шерток Л., Соссюр Р. де. Рождение психоаналитика. От Месмера до Фрейда. Пер. с франц. Н.С. Автономовой. М.: Прогресс, 1991. С. 127.

ящуюся в душе каждого человека и предопределяющую судьбу как отдельной личности, так и всего человечества в целом»¹. Так же Фрейд показал парадоксальное отсутствие устойчивых оснований понятия «нормы», сблизив его с понятием «патологии», проведя вектор «норма→невроз→психоз», объявив все человечество здоровым лишь условно.

Чрезмерный биологизм в учении Фрейда, по мнению А.М. Руткевича, исходит из идей «философии жизни»: «хотя Фрейд отрицал какое-либо внешнее влияние на его учение со стороны Шопенгауэра и Ницше и даже говорил, что специально отказался от чтения произведений Ницше, чтобы такого влияния не произошло, он, судя по всему, был неплохо с этими учениями знаком»². Результатом данного влияния является противопоставление культуры и природы, идея о подавлении естественных желаний, присущих человеку как животному. Впоследствии Фрейд переосмыслил свои взгляды на сущность моральных норм и вместо призыва к ослаблению социокультурных рамок стал говорить о необходимости подавления инстинктов.

Попытка Фрейда создать «метанауку», совершить выход в другие области знания, носила практический характер, поскольку, находясь в пространстве психологии, невозможно было адекватно объяснить появление инстанции «Сверх-Я», совершающей вытеснение. Для создания связи между индивидуальной и коллективной психологией Фрейд вводит понятие памяти рода, закладываемой наследственно, совместно с инстинктами, и отличающейся от них несколько большим объемом. Но данная попытка также не увенчалась успехом. Память рода не могла объяснить несоответствия между поведением и мышлением невротиков и объяснительными схемами «метапсихологии».

Современная наука отвергает основания психоанализа, тем более что другие методы психической терапии оказывают не менее эффективное воздействие на больных. На данный момент психоанализ, как отмечает О. А. Власова, можно разделить на две группы: 1) отдельные элементы психоаналитиче-

¹ Лейбин В.М. Психоанализ и философия неотрейдизма. М.: Политиздат, 1977. С. 59.

² Руткевич А.М. От Фрейда к Хайдеггеру: Критический очерк экзистенциального психоанализа. М.: Политиздат, 1985. С. 10.

ской теории, использованные в различных теориях XX в.; 2) метод психоанализа и конкретные психоаналитические техники, не позволяющие психоанализу выйти за рамки психологии и психотерапии¹.

Структура личности в психоанализе состоит из трех инстанций «Я, Сверх-я, и Оно – вот три царства, сферы, области, на которые мы разложим психический аппарат личности»². Причем изначально человек представляет собой Оно – неконтролируемое и непознанное бессознательное, проистекающее из инстинктивных влечений и стремления к удовлетворению естественных потребностей. Аморальное по природе Оно подавляется Я. Я так же дифференцируется на собственно Я как область нравственных запретов, сознательно усвоенных в процессе социализации и пытающихся управлять Оно, и Сверх-Я как Я–идеал, наделенный карательными полномочиями. Его жестокость и строгость обычно зависят от тех методов, к которым прибегали родители в процессе воспитания ребенка.

Данное понимание структуры личности вызвало критику понятия бессознательного, поскольку Фрейд объявил его познаваемым настолько, насколько оно оказывает влияние на сознательное, но по причине крайней нечеткости в формулировке термина представление о бессознательном изменяется уже у его первых последователей. В экзистенциальном психоанализе данное понятие вообще было убрано из лексикона аналитиков, поскольку не согласовывалось с понятием жизненного мира. У Фрейда бессознательное изначально господствует над человеком, являясь элементом принуждения и причиной внутреннего конфликта, который можно представить в виде схемы «хочу – нельзя», где «хочу» выступает неудовлетворенным желанием, а «нельзя» олицетворяет рациональность.

В процессе взаимодействия индивида с обществом подавление играет в концепции Фрейда главную роль. Истоки подавления Фрейд усматривает в первобытном подчинении племени своему вождю, в результате которого

¹ Власова О.А. Антипсихиатрия: становление и развитие. М.: РГСУ «Союз», 2006. С. 29.

² Цит. по: Лейбин В.М. Психоанализ. 2-е изд. СПб.: Питер, 2008. С. 328.

рождается Эдипов комплекс, как ни странно, помогающий нормализовать общественные отношения и сохранить существующий строй. Все формы выражения творческого начала в человеке (искусство, религия, мораль и др.) олицетворяют собой не более чем сублимированный инстинкт, имеют своим истоком страх, присущий раннему возрасту, и критикуются противниками теории в связи с отсутствием целостного понимания человека. Фрейд, в духе механицизма, сводит весь характер личности к неким гипотетически существующим универсальным законам. Но разложение личности на «Оно», «Я» и «Сверх-Я» выводит ее за пределы подлинного существования, поскольку человек неосознанно оказывается связан принципом удовольствия, что превращает его в безвольное существо, лишенное свободы выбора. Он остается целиком во власти прошлого, без права на осмысленное создание своего будущего¹.

Таким образом, несмотря на недостаточную проработку онтологических оснований и явное противоречие общественным нормам, психоаналитическая теория стала одним из элементов, запустивших философскую рефлексию феномена болезни и даровавших ему уникальный метод исследования.

Фрейд одним из первых начал рассматривать жизненную историю больного как важный элемент, способствующий лучшему пониманию причин заболевания. Для описания коллизий жизни больных и для исследования истоков патологической симптоматики он разработал метод психоанализа. Несмотря на весомые недостатки этого метода, он выступил основанием философской концептуализации болезни в XX веке. Психоаналитический метод выступил также отправной точкой критики различных моделей болезни, и дал импульс для разработки новой антропологически ориентированной методологии исследования человека. Направление этой методологии было предопределено особенностями сочетания психоанализа с экзистенциальной философией.

¹ Руткевич А.М. От Фрейда к Хайдеггеру. С. 10.

В первой половине XX века закладывается фундамент междисциплинарного взаимодействия философии и психиатрии¹ и формируется первое направление, явившееся результатом этого взаимодействия, – экзистенциально-феноменологическая психиатрия. В ее основе – продолжение идей экзистенциальной философии, их творческое развитие и адаптация к психиатрии.

Экзистенциально-феноменологическая психиатрия затрагивает такие проблемы, как формирование экзистенциальной основы человеческого бытия, межличностное взаимодействие в рамках социума, власти, свобода и принуждение, которые являются актуальными не только для социальной философии, но и для общества в целом. Формирование экзистенциально-феноменологической психиатрии стало возможным благодаря взаимодействию и взаимопресечению идей экзистенциализма и психоанализа. От экзистенциализма пришли понятия личностной экзистенции, пограничной ситуации, заброшенности, подлинной коммуникации, отчуждения и т.д. Они были дополнены характерными для психоанализа понятиями: «подавление», «конфликт», «бессознательное», «эго» и т. д.

Поскольку подлинным значением в экзистенциализме обладает только существование как проявление и действие в мире, человек мыслится как тот, который должен через обращение к себе и через постижение себя (первый этап) укорениться в окружающей реальности в качестве единичной целостности. Однако вследствие этого он отчуждается от общества, противопоставляется ему, чтобы потом (на втором этапе) стать его частью (подлинная коммуникация)².

¹ О междисциплинарности и трансдисциплинарности во взаимодействии медицины и философии см.: Киященко Л.П., Моисеев В.И. Философия трансдисциплинарности. М.: ИФ РАН, 2009; Белялетдинов Р.Р., Гребенщикова Е.Г., Киященко Л.П., Попова О.В., Тищенко П.Д., Юдин Б.Г. Социогуманитарное обеспечение проектов персонализированной медицины: философский аспект // Знание. Понимание. Умение. 2014. № 4. С. 12–26.

² См.: Тавризян Г.М. Проблема человека во французском экзистенциализме. М.: Наука, 1977.

Данное течение, явилось ответной реакцией на состояние тотального кризиса. Экзистенциальная философия обращается к индивиду, выдвигая понятие личности на первый план, поскольку качественное изменение общественной ситуации невозможно до тех пор, пока каждый отдельно взятый человек не осознает степень своей ответственности за окружающий мир. Именно здесь возникает понятие «подлинной коммуникации» как свободного общения между людьми. Однако это общение также имеет свои границы: оно должно обладать прерывностью и индивидуальностью, поскольку «это ни в формальном, ни в материальном отношении не есть внутри сознания: оно – снаружи, оно – в мире, это – некое мирское бытие, как и Эго другого»¹.

Человек взаимодействует с окружающей действительностью на нескольких уровнях бытия, само понятие и содержание которых лучше всего проработано у К. Ясперса, разделяющего существование на три слоя: мир, экзистенцию и трансценденцию². Мир выступает в качестве самого первого и необходимого уровня, где человеческая причастность к наличной действительности может быть «схвачена» с помощью эмпирики и истолкована в рациональных понятиях. Осознание роли случайности в существовании, сопровождаемое острыми, как правило, негативными, переживаниями позволяет человеку осознать свою уникальность, помещая его на границу экзистенции. Вторым уровнем Ясперс называет уровень сознания – «В качестве сознания вообще я узнаю значимость правильного»³. На этом уровне люди связаны одинаковым отношением к законам и нормам.

Единственным значимым различием между первым и вторым уровнями, таким образом, является тот факт, что эмпирическое «я» способно раскрываться во времени, тогда как экзистенциальное, жертвуя

¹ Сартр Ж.-П. Трансцендентность Эго. набросок феноменологического описания // Логос. 2003. № 2. С. 97.

² См.: Перцев А.В. Врачующая философия К. Ясперса / Западная философия: итоги тысячелетия. Екатеринбург: Деловая книга; Бишкек: Одиссей, 1997. См. также: Перцев А.В. Молодой Ясперс: рождение экзистенциализма из пены психиатрии. СПб.: Изд-во РХГА, 2012.

³ См.: Губин В.Д. Философия: актуальные проблемы. 2-е изд., стер. М.: Омега-Л, 2006. С. 126–130.

временностью, приобретает действительность. И, наконец, третий уровень – трансценденция (или уровень духа) – выход за пределы мира и человеческого существования, придающая последним особую ценность и смысл. Ясперс вводит понятие коммуникации в области духа, на этапе которой каждый человек выступает в качестве момента из жизни целого.

В понимании Ясперсом экзистенциальной философии ключевым понятием оказывается ситуация как некая моментальная составляющая жизненного процесса, а изначальным измерением человеческого бытия выступают человек и история. Так связываются экзистенция и трансценденция. «Смысл философского мышления состоит в том, чтобы с помощью конечного (т.е. предметного мышления) мыслить бесконечное и беспредметное»¹, - подчеркивает, говоря об экзистенциальной философии Ясперса, В.Д. Губин. Он также убежден, что история определяется по большей части духовными факторами. Таким образом, пробуждение духа является началом всеобщей истории человечества, выявляя подлинное, духовно-народное единство².

Ж.-П. Сартр, в отличие от Ясперса, не разделяет мир на составляющие. Выдвигая в качестве исходного пункта субъективность индивида, он пытается избавиться от пагубного влияния сковывавшей личность вещественности. И хотя центральное место в экзистенциализме Сартра занимает проблема индивида как разумного существа, непосредственно включенного в окружающую реальность (основной единицей которой является ситуация, как соединение конкретно заданных обстоятельств человеческого существования, ограниченных темпоральностью³), он указывает на необходимость отказа от трактовки человека как части

¹ Губин В.Д. Онтология. Проблема бытия в современной европейской философии. М.: Изд-во РГГУ, 1998. С. 102.

² См.: Виггинс О., Шварц М. Влияние Эдмунда Гуссерля на феноменологию Карла Ясперса. Пер. Л.Н. Виноградовой // Независимый психиатрический журнал. 1997. № 4. С. 4–12.

³ Ситуациями Сартр называет различные способы непосредственного схватывания реального как мира. Подробнее см. Сартр Ж.-П. Воображаемое. Феноменологическая психология воображения. Пер. М. Бекетовой. СПб.: Наука, 2001. С. 121.

природы, наделенной мыслью. Для устранения этой традиции, Сартр смещает акцент с мышления, и выдвигает в качестве одного из главных понятий, характеризующих человека, «реальное» сознание, обнаружить которое можно только посредством обращения к феноменологической редукции, конституирующей наше эмпирическое сознание, как «”сознание в мире” – сознание, включающее психическое и психофизическое “я”»¹ и являющее собой некий трансцендентальный объект. А поскольку сознание являет собой бытие, существование которого полагает сущность, Сартр стремится показать, что «я» не может выступать в качестве объединяющего и индивидуализирующего центра сознания. Таким образом, основанием любого сознания является интенциональность. Следствием данного положения является различие между сознанием и его объектом, что ведет к постулированию трансцендентности последнего: «объект сознания, каким бы он ни был (за исключением случая рефлексивного сознания), в принципе есть вне сознания: он трансцендентен»².

Резкое разделение между бытием сознания и бытием объекта дает возможность обратиться к пространству онтологии. Если бытие объекта как феномен сознания, по Сартру, можно охарактеризовать как «бытие в себе», являющееся абсолютной пассивностью, то всегда подвижная деятельность сознания является «бытием для себя», необусловленным никакими причинами. Сама возможность становления таковым появляется у сознания благодаря его делению на дорефлексивное и рефлексивное. Первое является изначальным и наиболее чистым видом, направленным на все объекты, кроме себя самого, вследствие чего в нем не сформировании понятие личности. «Оно ничего не полагает, ни о чем не осведомляет, не есть познание... Сознание представляется как творческое, но без полагания этого творчества в качестве объекта»³, – отмечает Сартр.

¹ Сартр Ж.-П. Трансцендентность Эго. набросок феноменологического описания // Логос. 2003. № 2. С. 86.

² Сартр Ж.-П. Воображаемое. С. 143.

³ Сартр Ж.-П. Воображаемое. С. 225.

Бытие в себе необходимо рассматривать в связи с «ничто» и с *бытием для себя*, несмотря на их видимое противопоставление первого последнему. Поскольку «небытие есть только на поверхности бытия»¹, *бытие в себе* является первичным по отношению к ничто, подразделяемое на три вида: небытие предмета, какой-либо его определенности или знания о нем. Для установления этого Сартр вынужден обратиться к методу лингвистического анализа, выделяя в качестве главной предпосылки тот факт, что отрицание может быть применено лишь к нечему, непосредственно существующему. Для него человек «есть бытие, посредством которого ничто приходит в мир»². Подобное положение вещей приводит к отчуждению от мира. Окружающая действительность *a priori* становится «враждебна» и «чужда» так как мир в данной ситуации существует вне человека. «Всякое опредмечивание обнаруживает себя только как отчуждение, враждебность и чуждость»³, – разъясняет В.И. Колядко. Итак, *бытие в себе* в своей первичности выступает фоном, на котором в полной мере разворачивается деятельность человека как *для себя бытия*. Выражением подобного рода пребывания в мире является свобода.

Свобода и внутренний мир человека – вот главный предмет исследования экзистенциализма. Но поскольку человек обнаруживает других как условие своего существования, наличие у индивида внутреннего мира открывает в тоже время и внутренний мир другого как свободу.

Таким образом, в экзистенциализме Сартра нельзя уследить природу как человека, так и бога (или божественного начала), ее задумавшего. В соответствии с этим принципом экзистенциализма человек, определяя себя, ответственен и за всех людей. Но не будучи в состоянии выйти за пределы своей субъективности, он неизбежно сталкивается с переживанием

¹ Сартр Ж.-П. Бытие и Ничто. Опыт феноменологической онтологии. Пер., предисл., примеч. В.И. Колядко. М.: Республика, 2002. С. 37.

² Сартр Ж.-П. Бытие и Ничто. С. 48.

³ Колядко В.И. Предисловие / Сартр Ж.-П. Бытие и Ничто. Опыт феноменологической онтологии. Пер., предисл., примеч. В.И. Колядко. М.: Республика, 2002. С. 14.

отчужденности, являющейся следствием «случайности бытия» («существенное – это случайность... случайность не есть ложная видимость, кажимость, которую можно рассеять: это – абсолют, следовательно, совершенная произвольность»¹), и приводящей к мысли о фундаментальной его абсурдности. Только «свобода для» как творческое выражение пережитой встречи с ничто, позволяющая индивиду выходить на уровень межличностного общения является истинным смыслом существования. Тем не менее, для Сартра даже в акте такого общения человек остается глубоко одиноким существом.

М. Хайдеггер придает экзистенциальной философии подлинную глубину. «Хайдеггеровская мысль не проповедь о золотой старине и не романтическое устремление, а *онто-логия*: слово о том, что всегда уже есть прежде, чем человек начнет свою работу осознания»², – подчеркивает В.В. Бибихин. Его мысль, действительно, концентрирующую свое внимание преимущественно на онтологическом аспекте, принято относить к данному течению, не только в силу его первенства в систематическом изложении идей экзистенциализма, но и вследствие антропологического характера изложения концепции (именно человек выступает у Хайдеггера в качестве сущего, проявляющего бытие и дарующего ему возможность высказывания)³. Тем не менее, некоторые исследователи отмечают, что в работах Хайдеггера прослеживается завуалированная психоаналитическая проблематика: он, поднимает те же проблемы, что и Фрейд, хотя и решает их совершенно противоположным образом⁴.

Понимая философию, в первую очередь, в фундаментально онтологическом контексте, он выделяет бытие само по себе в качестве единственного возможного основания философской науки, выдвигая понятие бытия в качестве

¹ Сартр Ж.-П. Тошнота. Пер Ю.Я. Янохиной // Стена. Новеллы. Харьков, 1999. С. 62.

² Бибихин В.В. Дело Хайдеггера / Хайдеггер Время и бытие: статьи и выступления. Пер. В.В. Бибихина. СПб.: Наука, 2007. С. 10.

³ См.: Ставцев С.Н. Введение в философию Хайдеггера. СПб.: Лань, 2000.

⁴ Руткевич А.М. От Фрейда к Хайдеггеру: Критический очерк экзистенциального психоанализа. М.: Политиздат, 1985. С. 26.

центра и основы реальности. В его философии метафизика выступает не как часть бесконечного мира, а как универсальная форма «самораскрытия» смысла бытия, в которой проблема человека приобретает новое осмысление. Поэтому важно понять соотношение у Хайдеггера человека и бытия. Но «быть» может только сущее (то есть то, что несет свое бытие в себе). Из этого следует, что человек у Хайдеггера является сущим, которое полностью отдается бытию, является «местом», высвечивающим и выявляющим бытие, и все это осуществляется в философии, понимаемой как фундаментальная онтология¹.

Хайдеггер выстраивает свою философию, исходя из взаимосоотнесенности бытия и сущего. «Своим отправным пунктом Хайдеггер избирает тут-бытие, т. е. не сознание, а бытие, вернее, такое сущее, которому открыто его бытие»², – отмечает П.П. Гайденко. Бытие не сводится к сущему, но при этом «бытие есть всякий раз бытие сущего»³. Тем не менее, говоря о бытии, он имеет в виду и трансценденцию, до которой можно добраться только путем преодоления сущего. В хайдеггеровском понимании трансценденция всегда находится рядом, таится во всем сущем, но при этом открыта, и для ее достижения необходимо преодолеть связанность сущим. Может даже показаться, что более точно было бы определить бытие как трансцендентную имманентность, подчеркивая неизбежную связанность бытия с сущим. Но поскольку бытие едино, а сущее – множественно, нельзя рассматривать эту связь как привязанность всей полноты бытия к какому-либо конкретному конечному сущему.

Философия как фундаментальная онтология развивается, когда условием ее возможности выступает сущее, деятельность которого как раз и будет осуществляться в том, чтобы выявлять бытие. Это сущее и есть Dasein, полем

¹ См.: Ставцев С.Н. Хайдеггеровская онтологическая тема и трансцендентально-феноменологическая традиция: Дис. канд. филос. наук. СПб., 1997.

² Гайденко П.П. Прорыв к трансцендентному: Новая онтология XX века. М.: Республика, 1997. С. 368.

³ Хайдеггер М. Бытие и время. Пер. В.В. Бибихина. Харьков: Фолио, 2003. С. 9.

развертывания которого является окружающий мир¹. Хайдеггер вводит понятие «подручности» вещей, имеющих смысл для человека в качестве развертывания его деятельных интересов. Dasein структурирует мир, переживая смысловую близость или удаленность отдельных предметов от сознания, что обуславливает способы восприятия наличной действительности, но его соотнесенность с предметами-смыслами, а не реальными вещами не дает возможности влияния на мир. Для соотнесения Dasein как объекта, осуществляющего «здесь-бытие» с другим, Хайдеггер вводит понятия «со-бытие» и «здесь-событие», всегда открытые окружающим. Он подчеркивает усредненный характер окружающих людей и их безличность, обнаруживаемую в состоянии «здесь-события». «Это совместное бытие, – пишет Хайдеггер, – настолько растворяет свое “здесь-бытие” в способе бытия “других”, что “другие” еще больше исчезают в своей различности и выразительности. В этой неприметности и неуловимости разворачивается настоящая диктатура das Man... Мы наслаждаемся и развлекаемся, как вообще наслаждаются, мы читаем, смотрим и судим о литературе так, как смотрят и судят вообще, но мы и отделяем себя от “толпы”, мы возмущаемся тем, чем вообще возмущаются. Среднее, будучи неопределенным и будучи всеми, хотя и не суммой всех, предписывает способ бытия повседневности»².

Наряду с сущим в бытии наличествует и ничто. Бытие и ничто взаимопренадлежат друг другу, «потому, что само бытие в своем существе конечно и обнаруживается только в трансценденции выдвинутого в Ничто человеческого бытия»³. Эта вовлеченность в Ничто является условием отрицания, или редукции, или преодоления, или отрешенности сущего на пути размыкания бытия, что Хайдеггер и называет трансценденцией и в чем он видит залог свободы. При этом он подчеркивает, что подобное

¹ О сложности категории «Dasein» и о смысловых коллизиях «Бытия и времени» см.: Мотрошилова Н.В. Мартин Хайдеггер и Ханна Арендт: бытие – время – любовь. М.: Академический проект, Гуадемус, 2013. С. 77–85.

² Цит. по: Руткевич А.М. От Фрейда к Хайдеггеру. С. 33.

³ Хайдеггер М. Что такое метафизика? // Время и бытие: статьи и выступления. Пер. В.В. Бибихина. СПб.: Наука, 2007. С. 25.

размыкание происходит через «ужас» (Angst), в котором являет себя наша исходная, открытость Ничто: так как Dasein оказывается в ситуации вырванности из мира сущего. В «ужасе» Dasein открывает в себе неотъемлемо от бытия ничто, являющееся тем, что больше сущего. Находясь в состоянии данного переживания, человек во всей полноте ощущает небезопасность мира, что подвигает его к подлинному существованию, а, главное, к ответственности за это существование. Ужас в таком случае характеризует несводимость бытия к сущему, а состояния скуки (тоски), радости и т.д., в которых приоткрывающееся бытие всегда трансцендентно являются подготовкой к его восприятию как выражению приоткрытого Ничто.

Из этого следует, что человек интересует Хайдеггера не как сущее, а как голос бытия. Такая установка заложена еще в «Бытии и времени», но постепенно на первый план все больше и больше выступает приоритет бытия, подавляет значимость человека в онтологическом контексте.

В «Бытие и времени» уникальность конкретного человека снималась, Dasein был принесен в жертву, благодаря чему трансценденция смогла проявиться через человека во всей чистоте так как она раскрывает себя во взаимосотнесенности полностью только тогда, когда человек отдает себя ей во власть, тем самым достигая абсолютности своего осуществления. В данном случае Хайдеггер говорит о «отрешенности от вещей», в которой воплощается «открытость для тайны». Как следствие, Бытие неразрывно связывается с ускользанием, и говорение (т.е. мышление) не может его воплотить или раскрыть так как Бытие проявляется лишь в опыте непосредственного акта мышления. Поэтому для сохранения его актуализации необходимо находиться в состоянии постоянного мышления. Но, поскольку такое мышление придает бытию застывший характер, Хайдеггер ради бытия жертвует голосом, погружая человека в безмолвие, стремящееся к Бытию и надеющееся на переживание близости божественного. Так он показывает, что мир неотделим от дорефлексивного человеческого сознания. Таким образом, философ ста-

виться в пограничную ситуацию непрерывного абсурдного выбора между стремлением помыслить, проговорить Бытие и остаться с ним в пустоте мистической тишины. В результате возникает ситуация неудобства, которую Хайдеггер называет основной чертой бытия человека, из которой следуют все другие: «быть неуютнейшим»¹. Подобное положение мыслящего существа Сартр охарактеризовал как «безосновность человеческого существования». Из столь печального положения человека в мире возникает хайдеггеровский концепт заботы, оказавший влияние на психоанализ. В данном случае Хайдеггер говорит о тех же вещах, что и психоанализ, выдвигая понятия влечения, стремления и т.д., не сводя их к банальному биологизму.

Несмотря на то, что слог Хайдеггера координальным образом отличается от Фрейдовских построений, у них, независимо друг от друга, выработался одинаково «безупречный» метод аргументации в полемике с критиками. Но, если Фрейд «наделял» своих оппонентов неизжитыми «комплексами», которые психоанализ вскрывает, то Хайдеггер уличал всех придерживающихся иных воззрений на место человека в мире, в неподлинности их собственного бытия, исключая, таким образом, возникновение полемики.

Таким образом, в экзистенциальной философии человек является неповторимым и уникальным существом, обладающим определенной степенью свободы. Благодаря познанию своей экзистенции он не скован никакими традициями толкования произведений культуры. Его «я» может неограниченно свободно обращаться к «я» другого человека, что и является подлинно свободным взаимодействием между индивидуальностями.

Экзистенциальная философия является творческим мировоззрением, поскольку человек, проходя свой неповторимый путь к трансценденции, получает ответы на глубоко личные вопросы, которые необходимо выражаются в акте создания произведения искусства, отражающего всю суть глубинного переживания встречи с ничто (атеистическая ветвь) или

¹ Хайдеггер М. Введение в метафизику // Время и бытие: статьи и выступления. Пер. В.В. Бибихина. СПб.: Наука, 2007. С. 228.

божественным (религиозная). Это уникальное течение, связавшее телесность как категорию, позволяющую индивиду непосредственно пребывать в реальном мире, с внутренней жизнью (можно даже сказать с жизнью души), обуславливающей личностную экзистенцию в качестве подлинно свободного акта сознания, поскольку «жизнь человека не есть нечто объективное, подобно жизни животного, а составляет одно целое с ... душой, которая столь же зависит от тела, сколь со своей стороны определяет его»¹.

Экзистенциальная философия как направление мысли неслучайно возникает в XX в. Она становится естественной реакцией на целый комплекс событий (войны, социальные преобразования, ускорение темпов жизни и т.д.), приводящих человека к попаданию в различные пограничные ситуации в которых его непосредственное бытие сталкивается с ужасом ничто, вследствие того, что сам он является «...бытием, которое осуществляет возникновение Ничто в мире»². Результатом данного столкновения становится личностный кризис, выраженный в стремлении к самоопределению, но, поскольку, еще со времен Канта ни на один из четырех его знаменитых вопросов ответ так и не был найден, все экзистенциальные искания сводятся к двум направлениям: нахождению своей, уникальной позиции, помогающей ориентироваться в ситуации столкновения с *Dasein*, и впадению в невротическое состояние по причине неспособности к самостоятельному определению оснований. Если развитие индивида происходит в рамках первого направления, то в результате мы имеем дело с онтологически уверенной личностью, воспринимающей свое бытие в единстве временных модусов (бытие-в-мире), но если задействуется второй путь, то личность становится неуверенной и, как следствие, подверженной впадению в невротические состояния.

Концепция Фрейда существенно дополняет экзистенциальную философию в области изучения возникновения конфликтов в психике человека и понима-

¹ Ясперс К. Введение в философию. Пер. и вступ. ст. А. Шлегериса. Вильнюс: Минтис, 1989. С. 87.

² Сартр Ж.-П. Бытие и Ничто. Опыт феноменологической онтологии. Пер., предисл., примеч. В.И. Колядко. М.: Республика, 2002. С.36.

ния поведения индивида, разворачивающего свое бытие¹. Именно поэтому синтез экзистенциальной философии и психоанализа, впоследствии осуществленный Л. Бинсвангером в рамках психиатрии, был не только необходим, но и предопределен. Поскольку психоанализ изначально задумывался в качестве практической дисциплины, то и его соединение с экзистенциальной философией должно было носить практический характер.

В XX веке развивается философский дискурс болезни, в рамках которого выделяется несколько моделей осмысления патологического опыта. Каждая из этих моделей участвует в расширении и развитии философского знания. Первая модель - экзистенциально-феноменологическая - рождается из экзистенциальной философии. В рамках данной модели происходит онтологическая реабилитация психического заболевания. Данное понятие вводится в дискурс философии, и рассматривается как трансформация основы человеческого бытия в связи с изменением пространственных и временных точек восприятия.

Вторая модель осмысления философского заболевания формируется в рамках антипсихиатрического течения. Она представляет собой социально-антропологический подход к пониманию болезни. С точки зрения данного подхода болезнь воспринимается как особый, отличный от общепринятого, маргинальный способ существования, а психиатрия выступает как практика изоляции и закрепощения, а не как совокупность методик лечения.

Третья модель рассматривает понятие болезни с точки зрения эпистемологии. При этом посредством анализа психического заболевания, и через призму представлений о нем происходит формирование концепции болезни, и выявляются основания истории социума и культуры, а также механизмы их трансформации.

Перечисленные модели вырабатывают собственные концепты психического заболевания, при помощи которых история, общество и сама экзистен-

¹ См. Элленбергер Г. Клиническое введение в психиатрическую феноменологию и экзистенциальный анализ / Экзистенциальная психология. Экзистенция. Пер. М. Занадворова, Ю. Овчинниковой. М.: ЭКСМО, 2001.

циальная подоснова бытия получают новое осмысление. Понятие психического заболевания, возведенное в ранг феномена, становится новым методологическим инструментом, выводящим дискурс психической болезни с сугубо психиатрического уровня на философский и общегуманитарный уровень.

Сочетание психоанализа и экзистенциальной философии выступило основанием для формирования этих сценариев философского осмысления болезни. Все они своим основанием уходят в те методологические приемы, понятийные структуры и проблемные пространства, которые уже разрабатывались в психоанализе и экзистенциализме.

В экзистенциальной модели на первый план выходит характерное для обоих названных направлений обращение к личности и индивидуальности, рассмотрение ее как жизни-истории. Отказ от биологизма в психоанализе привел в этой модели к рассмотрению болезни как модуса существования, и, соответственно, к преимущественному заимствованию из экзистенциальной философии.

В социальной модели на первый план стала выходить проблематика отношения человека и общества. Из психоанализа было заимствовано понятие конфликта, а из экзистенциальной философии пришло противопоставление неподлинного социального и подлинного индивидуального существования. В эпистемологической модели особое внимание стало уделяться историческому аспекту, и наработки психоанализа и экзистенциализма были использованы в исторической перспективе. Эти различные сочетания обусловили своеобразие конкретных экзистенциальных, социальных и эпистемологических теорий заболевания.

1.2. Человек в ситуации болезни: неврология идентичности

В XX веке частота возникновения патологических форм поведения и различные девиации учащаются. Причиной тому – увеличение количества случаев ранений, полученных людьми, участвовавшими в мировых войнах или попав-

шими в крупные катастрофы. В неврологическую клинику попадают сотни пациентов со специфическими травмами, представляющими собой наглядное пособие по изучению деятельности и функций разных отделов головного мозга. При этом каждый случай был индивидуален, поскольку носил на себе отпечаток личности пациента, получившего травму. Именно это и обусловило стремительное развитие неврологии.

Развитие личностно-ориентированных теорий происходит в рамках организмических неврологических концепций. Несмотря на четкую физиологическую ориентацию, они предполагают ряд тезисов, которые в последствии будут развиты как философствующими неврологами, так и философами: 1) единство и целостность организма, иерархическая организации его функций; 2) выделение главенствующего мотива, направляющего поведение человека при помощи потребностей и целеполагания; 3) описание взаимодействия индивида со средой как выборочного приспособления, не связанного с непосредственной реакцией на стимул; 4) внимание к отдельному клиническому случаю, который, при обстоятельном рассмотрении, может многое дать теории¹.

Курт Гольдштейн² первым заложил основы философской неврологии. Он выступил с позиций организмической теории, и продолжил идеи Хьюлинга Джексона. В своих разборах клинических случаев он рассматривал взаимодействия человека и реальности, организма и среды; пытался установить принципы взаимодействия сознания и тела. Гольдштейн как представитель классической неврологии воспринимает человека в первую очередь как организм – сложную, иерархически организованную и приспособляющуюся систему. При этом он считает, что человек выступает еще и как сложный комплекс с множеством мелких деталей, обращение к которым

¹ Холл К.С., Линдсей Г. Теории личности. Пер. И.Б. Гриншпун. М.: Психотерапия, 2008.

² Сакс О. «Человек, который принял свою жену за шляпу» и другие истории из врачебной практики. Пер. Г. Хасина, Ю. Численко. СПб.: Science Press, 2005.

способствует тому, что за безликим организмом начинает просматриваться личность больного¹.

Ключевое слово для всех неврологических работ Гольдштейна – «целостность». Она выступает системной особенностью организма и наделяет его качествами уникальности и жизнеспособности². Гольдштейн всячески подчеркивает, что каждый раз, когда наука пытается исследовать организм, она расчленяет его и рассматривает каждый орган обособленно, не учитывая, что части тела, взятые по-отдельности, не могут дать полной информации об организме как таковом и принципах его нормального функционирования. Поэтому лейтмотивом в творчестве Гольдштейна выступает стремление воссоздать эту целостность. «Мы, – пишет он, – воссоздавая здание организма, не просто кладем один кирпичик за другим, скорее, мы стремимся отыскать актуальный гештальт или внутреннюю структуру этой конструкции, тот гештальт, исходя из которого феномены, прежде казавшиеся неясными, станут понятны...»³. Целостное понимание организма становится возможным, на взгляд Гольдштейна, только если рассматривать клинические случаи в «феноменологическом» ключе. То есть, если научиться видеть за набором симптомов живого человека как переживающее и приспосабливающееся существо⁴.

Понять функционирование организма можно, только если рассматривать его в единстве со средой. Это взаимодействие строится в подчинении так называемой самоактуализации – основному мотиву организма, который и обеспечивает его целостность. Самоактуализация разных людей может быть различной, она может быть подчинена разным целям, она диктует принципы

¹ О подходах к исследованию организма см.: Марков Б.В. Механизм и организм: качественный и количественный подходы в науках о природе и человеке // Вестник СПбГУ. Серия 17. Философия. Конфликтология. Культурология. Религиоведение. 2014. № 1. С. 12–20.

² Гольдштейн К. Принцип целостности в медицине // Независимый психиатрический журнал. 1998. № 4. С. 66–75.

³ Goldstein K. The organism. Boston: Beacon Press, 1963. P. 401.

⁴ Goldstein K. Notes on the development of my concepts / Kurt Goldstein. Selected papers. Ausgewählte Schriften. Eds. A. Gurwitsch, E.M. Goldstein Haudek, W.E. Haudek. The Hague, Nijhof, 1971. P. 3.

взаимодействия с внешним миром, который активно воздействует на человека, направляет его потребности, задает цели. Движимый самоактуализацией, человек как организм приспосабливается к среде и реагирует на нее, причем не просто выдавая элементарную реакцию на стимул, а в ответ изменяя поведение в целом. Если ситуация нестандартна, человек демонстрирует, как говорит Гольдштейн, «катастрофическую реакцию», сопровождающуюся утратой своей идентичности и нарастанием тревоги¹.

Многополярное пространство внешнего мира – это пространство поведения организма, включающее множество элементов, которые должны действовать в единстве друг с другом, и поэтому выпадение одного элемента приводит к системным нарушениям. Гольдштейн заимствует это положение из динамической неврологии Джексона. Выпадением элементов организма он объясняет неврологические нарушения: одна нарушенная функция тянет за собой другую, поэтому меняется функционирование всего организма, как следствие, трансформируется личность больного и его мир.

Изменение личности и мира является следствием нарушения двух планов функционирования организма и двух пространств жизни человека: конкретного пространства повседневных действий и автоматизмов и абстрактного пространства времени, отношений, числовых операций. Уровень конкретного – уровень низших функций, уровень абстрактного – уровень личности и мира, в последнем случае речь идет не о сумме конкретных действий, а о принципиально ином уровне функционирования, на котором рождается и развивается личность больного. Описание таких трансформаций Гольдштейн приводит в своих клинических анализах. Его больные – люди с осколочными ранениями и органическими поражениями, которые не могут застегнуть пуговицы, причесаться, общаться, считать, понимать по часам. Их когнитивные, моторные, вегетативные и проч. функции нарушены, и в этом нарушении Гольдштейн показывает утрату личности.

¹ Harrington A. A feeling for the «whole»: the holistic reaction in neurology from the *Fin de siècle* to the interwar years / *Fin de siècle and its legacy*. Eds. M. Teich, R. Porter. Cambridge: Cambridge University Press, 1990. P. 269.

Результаты, полученные в неврологической клинике, находят продолжение в ранних работах Мориса Мерло-Понти, в частности, в его «Феноменологии восприятия».

Способность разрабатывать системы представлений о мире, возможность взглянуть на себя со стороны, богатство фантазии взаимосвязаны между собой и создают особую среду обитания человека. Специфика соединения органических особенностей, душевно-эмоциональной сферы, познавательной способности, культуры и социальности предполагает возможность дистанцироваться и переступить пределы данности не только в «окружающем мире», но и внутри себя, позволяет осознать свое бытие.

Именно через обращение к себе и через постижение себя индивид укореняется в окружающей реальности в качестве единичной целостности. Однако в момент попадания в пограничную ситуацию (например, при болезни), человек начинает чувствовать себя и мир иначе. Его восприятие подвергается деформации, принимая особые параметры и характеристики¹. Это происходит из-за того, что человеческое существование изначально представляет собой неделимое единство: «чувствование есть не что иное, как жизненное сообщение с миром, которое делает для нас мир привычным местом нашей жизни»². То есть чувствование для субъекта восприятия выступает в качестве гаранта нормального конституирования себя в мире.

М. Мерло-Понти достаточно интересным способом решает проблему восприятия. Г. Шпигельберг описывает его специфику следующим образом: «Феноменология восприятия Мерло-Понти – это в первую очередь попытка исследовать базовый слой в нашем опыте мира, как он дан нам до всяких научных интерпретаций. Восприятие – это просто наш привилегированный доступ к этому слою»³. В качестве базового постулата своей теории философ

¹ См.: Малкова Я.Ф. К. Ясперс: рождение экзистенциализма из духа психиатрии // Рабочие тетради по компаративистике. Гуманитарные науки, философия и компаративистика. СПб, 2003. С. 53–55.

² Мерло-Понти М. Феноменология восприятия. СПб.: Наука, 1999. С. 85.

³ Шпигельберг Г. Феноменологическое движение. Историческое введение. М.: Логос, 2002. С. 555.

выдвигает утверждение о том, что восприятие строится на ощущениях. Первым делом он пытается прояснить понятие «ощущения», но сталкивается с отсутствием непосредственного «опыта ощущения», ведь данный опыт невозможно вычленишь из процесса постижения окружающей реальности, поскольку субъект слишком вовлечен в мир. Кроме того, он неосознанно объединяет восприятие с воспринимаемым¹, что ведет к появлению уверенности в «очевидности чувствования», основанной на наивной вере в мир. Подобная вера вывела свидетельства сознания, полученные эмпирическим путем, на передний план, что привело к широко распространенному на тот момент времени представлению об ощущении как о ясном и непосредственном начале знания. Мерло-Понти категорически не согласен с этим и заявляет, что чувственное постижение действительности является результатом знания, а не его истоком: «чистое ощущение, определяемое воздействием стимулов на наше тело, является “конечным результатом” знания, и только в силу иллюзии, впрочем, совершенно естественной, мы ставим его в начало, и считаем, что оно предшествует знанию»².

Данное утверждение, основанное на анализе многочисленных, в основном визуальных, заблуждений, раскрывает феномен чувственного постижения мира. Этот феномен, осуществляемый в акте восприятия, изначально нацелен на постижение имманентного чувственному миру смысла.

Мерло-Понти уделяет особое внимание «ощущению», выступающему ключевым понятием его философской системы. Следует отметить, что автор проводит комплексный анализ данного понятия, осмысляя его в рамках классической психологии, философии и физиологии. Однако подобный подход не помогает снять противоречия, поскольку «физиология, к которой как к высшей инстанции взывает психолог, испытывает то же самое затруднение, что и психология»³.

¹ См.: Вдовина И.С. Морис Мерло-Понти: интерсубъективность и понятие феномена // История философии. 1997. № 1. С. 59-69.

² Там же. С. 66.

³ Мерло-Понти М. Феноменология восприятия. С. 30.

Рассматривая восприятие с точки зрения пространственной теории функционирования нервной системы, утверждающей, что поведение субъекта изначально является серией рефлекторных реакций на элементы ситуации, в которой он находится, Мерло-Понти приходит к выводу о несостоятельности классической науки, трактующей восприятие в качестве механизма дешифровки посланий, полученных от органов чувств. Данная трактовка, по его мнению, основывается на вере в объективный мир и приводит нас к «гипотезе постоянства», заключающейся в утверждении точного соответствия и постоянной взаимосвязи между стимулом и ощущением. Однако эта гипотеза является чисто теоретическим построением, поскольку не распространяется на случаи, в которых феномены не затрагиваются стимулами, что ведет к невозможности определения «чувственного» восприятия в качестве результата воздействия физического стимула. Кроме того, сведение нервных процессов к элементарной передаче информации мешает восприятию «ощущения» как интегративной целостности сенсорной и двигательной систем, позволяющей при нормальном функционировании конституировать, а не копировать мир¹.

В своих трудах М. Мерло-Понти не дает четкого определения понятия «ощущение» в контексте физиологии. Чувственный же опыт он трактует исключительно как процесс, сходный с дыханием, ростом и прочими физиологическими проявлениями. Несмотря на возникшие в ходе прояснения понятия трудности, Мерло-Понти стремится показать восприятие как «инстинктивную инфраструктуру, в то же время – как выстроенную разумом суперструктуру»². А поскольку восприятие возможно только в рамках телесности, нам стоит перейти к рассмотрению концепции тела в его философии. Именно «в “Феноменологии восприятия” Мерло-Понти выстраивает “альтернативную” феноменологическую онтологию, делающую центром внима-

¹ См. Вдовина И. С. М. Мерло-Понти: От первичного восприятия к миру культуры // Мерло-Понти М. Феноменология восприятия. СПб., 1999.

² Мерло-Понти М. Феноменология восприятия. С. 85

ния проблему конституции телесности, телесно-интенционального и чувственно воспринимаемого мира»¹.

Обычно телу придается статус объекта, что позволяет рассматривать его как сложный механизм, части которого соотносятся между собой посредством каузальных отношений. Однако такой подход ставит тело в один ряд с вещами, сводя разнообразие эмоциональных и практических особенностей субъекта к законам функционирования психофизиологического механизма. Более того, ситуации, в которые попадает субъект, интересуют исследователя только с точки зрения их способности вызывать простейшие ощущения удовольствия или боли, связываемые с нервной системой, что превращает чувствование в обычную способность восприятия качества. Данный подход близок к механицистской физиологии, наделяющей нервную систему «некой оккультной силой, создающей различные структуры нашего опыта»².

По утверждению классической психологии, телу присуща такая специфическая характеристика, как постоянство, которая настаивает на рассмотрении человека в качестве средства сообщения с миром. Данная точка зрения противоречит взглядам, принятым в физиологии, призывающей рассматривать тело в качестве объекта. Такой подход предполагает, что субъективный опыт рассматривается в качестве фона, высвечивающего объективную реальность. Он представляет собой уже не просто совокупность объектов, но «невяный горизонт нашего опыта, тоже присутствуя непрерывно, прежде всякой определяющей мысли»³. Таким образом, тело в философии Мерло-Понти выступает гарантом, обуславливающим восприятие объектов и улавливание взаимосвязей между ними. Однако Мерло-Понти подчеркивает, что данный подход к пониманию тела не только упрощает телесный опыт, превращая его в «представление» о теле, но и препятствует формированию представления о нем как о некоем неделимом единстве. Как пишет И.С. Вдовина: «Признав

¹ Гашков С. К проблеме телесности во французской постфеноменологии // Логос. 2010. № 5 (78). С. 231–244.

² Мерло-Понти М. Феноменология восприятия. С. 108

³ Мерло-Понти М. Феноменология восприятия. С. 131.

феномен “первичным открытием мира”, Мерло-Понти отводит здесь роль субъекта человеческому телу... – “собственному телу”, “феноменальному телу”, являющемуся, по его словам, часовым, стоящим основания слов действий человека, “проводником бытия в мир”, своего рода “осью мира”, якорем, закрепляющим человека мире, вместе тем, способом нашего овладения миром»¹.

Поскольку эмпирическое познание действительности и чувственный опыт невозможно рассматривать в отрыве от воспринимающего субъекта, понятие «ощущение» Мерло-Понти раскрывает в перспективе телесности. Он пишет, что при обращении к субъекту мы в первую очередь обращаемся к наделенной общим смыслом целостности и только во вторую как к набору переменных, объединенный общей функцией. Чувствование начинает выступать не в качестве метода познания действительности, а как установление связей с миром, которые и делают мир привычным местом жизни для конкретного индивида. В.А. Подорога в этой связи отмечает: «Мерло-Понти постоянно чрезвычайно настойчиво утверждает некий порог чувственности как чувственности-в-себе (касаемое в-себе, видимое-в-себе, слышимое-в-себе), некий нулевой пункт нашего бытия мире, который всегда существует “до”, позволяя существовать актуальным формам чувственности»². Этот подход к пониманию опыта обусловил необходимость пересмотра восприятия в контексте личной экзистенции с целью определения истинного смысла, присутствующего восприятию.

Индивидуальный опыт обуславливается социальным пространством, поскольку его формирование происходит в рамках процесса социализации в определенной культурной среде. Совокупность норм и правил, действующих в этой среде, способствует тому, чтобы опыт разных людей получал сходные черты и характеристики. Таким образом, чтобы рассмотреть индивидуальный

¹ Вдовина И.С. Феноменология во Франции (Историко-философские очерки). М.: Канон+, РООИ «Реабилитация», 2009. С. 43–44.

² Подорога В.А. Феноменология тела: Введение в философскую антропологию. (Материалы лекционных курсов 1992-1994 гг.). М.: Ad Marginem, 1995. С. 130.

опыт в отрыве от социального контекста, нам необходимо обратиться к его патологии¹.

Феномен патологического опыта Мерло-Понти предлагает рассматривать на примере физиологических нарушений, находя применение феноменологического метода не столько возможным, сколько необходимым условием усмотрения сущности такого опыта на основании категориального созерцания. Это приводит его к конструированию особой области на стыке между философией, психиатрией и неврологией, именуемой «неврофилософия», в рамках которой осуществляется «философский анализ механизмов и следствий органических нарушений»². Таким образом, Мерло-Понти осмысливает патологию не просто как дефект, но как специфический способ бытия в мире, поскольку «даже наличие или отсутствие какого-либо восприятия – это не результаты фактической ситуации вне организма, они представляют собой способ, каким организм идет на встречу возбуждениям, характер его отношения к ним»³.

При написании работы «Феноменология восприятия» Мерло-Понти опирается на идеи Гольдштейна, взяв за основу тезис о том, что повреждения нервных центров или волокон выражаются в упрощении действия функции, а не в ее утрате или в усечении возможностей сенсорного восприятия.

С момента своего рождения человек скован рамками телесности и начинает изучение и освоение мира с восприятия собственного тела. Последнее выступает в качестве границы, внутри которой действуют пространственные отношения особого рода: части тела не просто соседствуют, но принадлежат друг другу, представляя собой специфическую систему, именуемую «телесной схемой». Именно благодаря ей мы можем в каждый отдельно взятый момент времени соотносить как изменение положения наших органов, так и

¹ См.: Мерло-Понти М. Человек и противостоящее ему // Человек и общество. Проблемы человека на XVIII Всемирном философском конгрессе. Вып. 4. М., 1992.

² Власова О.А. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ: история, мыслители, проблемы. М.: Территория будущего, 2010. С. 461.

³ Мерло-Понти М. Феноменология восприятия. С. 110.

определять место и силу воздействия на них. Причем «телесная схема» существует как единство сенсорно-моторных функций тела и его органов в пространстве и времени, предшествующая опыту¹.

Она представляет собой не просто сумму частей, но нечто настолько тесно соединенное с частями тела и их значением, что становится феноменом, в котором «целое предшествует частям», представляющим уже не столько пространственность позиции, сколько пространственность ситуации: «Если я стою и держу трубку в плотно сжатой руке, позиция моей кисти не предопределена рассудочно тем углом, который кисть образует с предплечьем, предплечье с плечом, плечо с туловищем и, наконец, туловище с землей. Я знаю где моя трубка благодаря абсолютному знанию, и тем самым я знаю где моя кисть и где мое тело»².

В качестве примера, подчеркивающего, что большинству людей присущ вышеописанный способ организации телесной схемы (интенция познания), Мерло-Понти приводит случай пациента Гольдштейна, тело которого служит инструментом взаимодействия с окружающей реальностью. Этот больной не способен выполнять абстрактные действия с закрытыми глазами, не может описать пространственное положение частей своего тела и указать участок тела, до которого дотрагивались. Мерло-Понти отмечает, что такой пациент обладает осознанием собственного тела, но не воспринимает его как объективную среду. Его тело выступает как средство, с помощью которого он совершает различные манипуляции, и при этом ему каждый раз приходится заново отыскивать части тела. Тем не менее, находясь в привычной ситуации, в окружении знакомых предметов, он без труда выполняет необходимые движения. Таким образом, можно смело утверждать, что «болезнь, подобно детству или примитивному состоянию, есть особая форма полноценного существования»³, методы организации которой следует рассматривать как патологические феномены, способные привести нас к замещенной ими фундамен-

¹ Там же. С. 139.

² Там же. С. 140.

³ Мерло-Понти М. Феноменология восприятия. С. 148.

тальной функции. Более того, в некоторых случаях выяснение роли фундаментальных функций организма и их сущности возможно только через изучение патологии, как это происходит, например, с изучением осязания. Мерло-Понти утверждает это, опираясь на высказывание Гольдштейна о том, что сущность тактильного опыта как такового, в отрыве от прочих функций организма, демонстрирует только ситуация болезни. Изучение чистого осязания на примере здорового человека невозможно. Однако не стоит забывать, что тактильные ощущения, (так же, как и зрительное восприятие и двигательная функция) выступают не отдельной функцией, а самостоятельным компонентом фундаментального расстройства.

При нарушениях перцептивного поля, больные, вместо того чтобы спонтанно воспринимать сущность объекта, начинают опознавать его посредством речи, выстраивая цепь языковых связей, помогающих осмыслить весь спектр всплывающих в сознании значений и соотнести эти значения с вещью. «Для нормального человека, - пишет Мерло-Понти, - “объект” говорит и обладает значением, комбинация цветов сразу что-то “имеет в виду”, в то время как у больного значение должно быть привнесено из вне настоящим актом интерпретации»¹. А поскольку больной не может воспринимать ничего кроме непосредственно данных объектов, для него оказывается закрытым мир подлинной межличностной коммуникации: все слова и события могут быть осмыслены с точки зрения аналитической интерпретации, но не могут быть постигнуты в акте сопереживания, вызвать реакцию или проекцию. Более того, Мерло-Понти говорит, что при таких расстройствах главным образом поражается экзистенциальная база мыслительной способности, а именно бытие больного, его способность существовать.

Рассматривая болезнь как нарушение способности существования, Мерло-Понти приходит к выводу о том, что в первую очередь она воздействует на «интенциональную дугу» (некую априорную структуру, создающую неделимое единство чувственных, мыслительных, физиологических и прочих со-

¹ Мерло-Понти М. Феноменология восприятия. С. 177.

ставляющих). По сути, Мерло-Понти в процессе критики эмпирического и интеллектуалистского подходов приходит к необходимости синтеза их методов с методами феноменологии, что приводит его к экзистенциальному анализу. Этот метод через совмещение рефлексии и объяснения преодолевает недостатки этих подходов. «...Мерло-Понти пытается показать, что опыт нашего собственного тела имеет в своем основании наше “существование”, т.е. наш способ “существовать нашим телом”»¹, - подчеркивает Г. Шпигельберг.

Мерло-Понти настаивает на необходимости рассмотрения психоневрологических нарушений посредством именно экзистенциального анализа, который через совмещение рефлексии и объяснения преодолевает недостатки этих подходов. Связь физической болезни с психической объясняется стремлением сознания к сохранению изначальных надстроек и сохранению привычных операций с последующим их воспроизводством (сохранение рефлексов, как врожденных, так и выработанных в случае Шнайдера), при дефектах или даже полном разрушении фундамента. Итогом становится частичная или полная утрата смысла в выполняемых действиях. В рамках такого подхода «схема тела» превращается из пространственной карты-проекции частей тела в синтез телесного опыта как такового с опытом тела в мире. При этом само тело становится первопричиной, конструирующей вокруг себя культурный мир.

Человеческое бытие обладает дообъектным измерением, вследствие чего восприятие, представляющее собой его интенцию, первоначально не выделяет в окружающей реальности какие бы то ни было объекты: «Именно потому, что бытие в мире есть некое дообъектное видение, оно может отличаться от любого безличного процесса, от любой модальности *res extensa*, а равно и от всякого *cogitatio*, от всякого личного познания, – и поэтому оно кажется способным осуществить соединение “психического” и “физиологического”»².

¹ Шпигельберг Г. Феноменологическое движение. Историческое введение. С. 556–557.

² Там же. С. 116.

Следует отметить, что Мерло-Понти четко разделяет понятия нормы и патологии. Он пишет о наличии определенных критериев, отделяющих здоровье от болезни на основе физиологического состояния. Даже если у людей, пострадавших от необратимых нарушений связанных с дисфункциями разных отделов головного мозга, развились компенсаторные механизмы позволившие им приспособиться к окружающей реальности, они все равно остаются за чертой здоровья. «Не может быть и речи, о том, чтобы приписать нормальному человеку то, чего недостает больному и что последний стремится обрести»¹. Таким образом, он подчеркивает, что присутствующий между этими двумя состояниями разрыв нельзя игнорировать, как это делают большинство представителей антипсихиатрического движения.

В качестве первопричины возникновения психопатологических феноменов Мерло-Понти указывает утрату целостности, разбивающую модус временного существования на серию моментов «сейчас», отсылающих нас к Бергсоновской длительности, но не перерастающих в будущее, а блокирующих его, придавая настоящему характер вечности. Это раскалывает реальность индивида на объективную и субъективную, в результате чего он перестает конституировать окружающий мир.

Таким образом, Мерло-Понти, через исследование тела и его функционирования в контексте «норма / патология» осмысляет органическую патологию в ее динамике. Рассматривая болезнь как специфический способ проживания в мире, он акцентирует внимание на том, что в тесном сплаве биологического и человеческого именно экзистенция определяет особый ритм существования. Как подчеркивает Декомб, «...Мерло-Понти открывает путь тому, что по Франции получило название “экзистенциальной феноменологии”».²

Традиция обращения к человеку продолжается и в популяризаторских работах О. Сакса, который в противоположность традиционному неврологическому подходу и одновременно подходу нейропсихологии предлагает

¹ Там же. С. 148.

² Декомб В. Современная французская философия. Пер. М.М. Федоровой. М.: Весь мир, 2000. С. 57–58.

своеобразную нейроантропологию или экзистенциальную неврологию. В предисловии к своей работе «Человек, который принял жену за шляпу» он пишет, что животные так же подвержены неврологическим расстройствам, но только у человека болезнь может стать способом, конституирующим его бытие в мире¹. В центре внимания Сакса оказывается не столько болезнь, сколько ее носители – пациенты, рассказу об их жизни он и посвящает свои истории, причем это не истории болезни, а «неврологические пьесы» со своими сюжетными линиями и героями. «В узко понятой истории болезни нет субъекта»², – подчеркивает он в том же предисловии, поэтому задается задачей вывести на первый план мир больного человека.

Сакс отталкивается от положения о том, что болезнь привносит с собой в жизнь человека новый порядок, новый мир, новую идентичность. В сборнике «Антрополог на Марсе» он указывает, что болезнь, равно как и прочие дефекты и нарушения в функционировании организма, могут не только разрушать, но и взывать к скрытым возможностям организма, к резервам, о существовании которых люди нередко и не подозревают. В открытии этого полезного потенциала и заключается парадоксальная, созидательная сила болезни³. Поэтому Сакс считает, что состояние, которое возникает у человека, нужно не лечить, а продуктивно использовать. Необходимо адаптироваться к болезни, и вслед за перестроившимся организмом перестроить свою идентичность.

Исследование этих патологических состояний возможно только в рамках анализа единичных случаев. Сакс не любит обобщающих теорий, считая, что все они статичны, но стремится следовать за динамичной, на его взгляд, нейропсихологией, и полагает, что главной особенностью организма является не только системная организация, но и наличие живого «я». Поэтому в центре его рассказов в единстве биографического и медицинского исследований – переживания больных, не случайно, что действующим лицом одного из них

¹ Сакс О. «Человек, который принял свою жену за шляпу» и другие истории из врачебной практики. Пер. Г. Хасина, Ю. Численко. СПб.: Science Press, 2005. С. 16.

² Там же. С. 17.

³ Сакс О. Антрополог на Марсе. Пер. А. Николаева. М.: АСТ, 2009. С. 9.

становится и он сам¹. Включенная позиция позволяет ему максимально приблизиться к основному предмету той неврологии, которую он считает идеалом: к переживанию, к идентичности, к живому «я». Он пишет: «Неврология должна совершить огромный прыжок – прыжок от механистической, “классической” модели, которой придерживалась так долго, к полностью личностной, обращенной на себя модели мозга и разума»². Это возможно только благодаря обращению неврологии к антропологии.

И для Сакса, и для Мерло-Понти, и для Гольдштейна наиболее продуктивными оказываются исследования на границе медицины и философии. Сакс называет свой метод неврологией идентичности, нейроантропологией, экзистенциальной неврологией, Мерло-Понти говорит об экзистенциальном анализе патологического опыта, Гольдштейн подчеркивает необходимость феноменологического подхода. Вопросы, которые при этом возникают, превращаются из медицинских в антропологические и даже онтологические: «Какова природа болезни как таковой? Что есть здоровье? Что делает болезнь с психикой? Всегда ли отнимает или порой привносит в человеческую душу нечто новое или даже позитивное?»³. Локус исследования смещается с болезни на переживающего ее человека, при этом болезнь становится не медицинским фактом, фактом природной необходимости, а антропологической ситуацией, вскрывающей способности сознания, заставляющей человека адаптироваться, а главное, имеющей значение для его «я» и его мира.

1.3. Экзистенциальные основания психического заболевания

В XX веке психиатрия сталкивается с необходимостью разработки новых, нетрадиционных теоретических моделей психического заболевания. В

¹ Сакс О. Нога как точка опоры. Пер. А.В. Александровой. М.: АСТ, 2012.

² Там же. С. 310.

³ Херсонский Б. Предисловие научного редактора / Сакс О. «Человек, который принял свою жену за шляпу» и другие истории из врачебной практики. Пер. Г. Хасина, Ю. Численко. СПб.: Science Press, 2005. С. 9.

связи с этим она обращается к философскому знанию, что ведет к возникновению ряда междисциплинарных течений на стыке философии и психиатрии, таких как феноменологическая психиатрия, экзистенциальный анализ, антипсихиатрия, философия психиатрии и др. Тем самым чисто биологическое понимание психической болезни как одной из форм проявления нарушений всеобщего закона приспособления к условиям существования уступает место антропологическим, экзистенциальным, социальным и культурно-эпистемологическим подходам.

Экзистенциальная модель болезни находит свое отражение в рамках феноменологической психиатрии и экзистенциального анализа. Эти течения, как правило, объединяются в общее направление, именуемое экзистенциально-феноменологической психиатрией. Она объединяет в себе несколько подходов к трактовке психического заболевания, совмещая теоретическую базу экзистенциализма с методами и наработками психоанализа. Это позволяет экзистенциальной психиатрии стать одной из теорий¹, в рамках происходит отход от исключительно медицинской интерпретации патологии. На это обращает внимание А. Якубик: «Принятие антропологической психиатрией теоретических положений феноменологии Гуссерля и философии экзистенциализма привело к отказу от интерпретации психических расстройств в диагностических категориях; при этом значение клинической классификации симптомокомплексов стало не более чем второстепенным»².

Одним из первых исследователей, совершивших философский поворот в психиатрии XX века, стал Людвиг Бинсвангер. Оставаясь приверженцем феноменологической психиатрии, он на протяжении всего своего жизненного и

¹ Цит. по: Элленбергер Г. Клиническое введение в психиатрическую феноменологию и экзистенциальный анализ / Экзистенциальная психология. Экзистенция. Пер. с англ. М. Занадворова, Ю. Овчинниковой. М.: ЭКСМО, 2001. С. 207–228; см. также: Кондрау Ж. Философские и антропологические основания Дазайн-анализа. Пер. И. Казаковой // HORIZON. Феноменологические исследования. 2016. Т. 5. № 2. С. 315–427; Улановский А.М. Феноменологический метод в психологии, психиатрии и психотерапии // Методология и история психологии. 2007. № 1. С. 130–150; Dasein-анализ в философии и психологии. Под ред. Г.М. Кучинского, А.А. Михайлова. Мн.: Европейский гуманитарный университет, 2001.

² Якубик А. Истерия. Методология. Теория. Психология. М.: Медицина, 1982.

творческого пути искал новые прочные теоретические основания как для психологии, так и для психиатрии. Необходимость этого поиска была обусловлена кризисом, в котором находились психологические науки в начале XX века. Для преодоления этого кризиса он предпринял попытку совмещения узкоспециализированного подхода, характерного для психиатрии, с философским видением проблемы. Наибольшее внимание Бинсвангера привлекли философские концептуальные подходы, выстроенные Гуссерлем и Хайдеггером. Увлечение философией задавало направление динамике творческих взглядов Бинсвангера, в которых мы можем проследить плавный переход от феноменологии к экзистенциальному анализу. Соответственно, его творчество принято условно делить на следующие периоды: 1) ранний гуссерлеанский (1912–1929); 2) хайдеггерианский (1930–1960); 3) поздний хайдеггерианско-гуссерлианский (1960–1966). В первом периоде феноменология интересует Бинсвангера как новый метод познания реальности, который, при его адаптации к психиатрии, может открыть новые горизонты в понимании личности психического больного.

Во втором периоде он адаптирует для психиатрии фундаментально-онтологические идеи Хайдеггера о подлинности и неподлинности существования, трансцендентности и ужасе перед «ничто». А в третьем производит синтез метода феноменологической редукции с аналитикой *Dasein*. Это был «...шаг от представления о сознании как интенциональности к концепции Хайдеггера о существенно человеческом бытии-в-мире (*Dasein*)»¹, позволивший Бинсвангеру применить выделенные Хайдеггером структуры человеческого бытия и заменить с помощью феноменологической редукции свойственное наукам о человеке разделение «субъект – объект» и «сознание – вещь» на дихотомию «человек – мир».

В 1912–1913 г. Бинсвангер работает над «Введением в проблемы общей психологии». В этом труде он предлагает опустить статус объекта, присвоен-

¹ Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. Избранные статьи с приложением Я. Нидлмена. М.; СПб: Рефл-Бук; Ваклер, 1999. С. 6.

ный человеку традиционно присущим науке подходом к рассмотрению проблем, и обратиться непосредственно к личности. Понимание опыта и поведенческих схем больного с этой точки зрения выступает ключом к миру личностных переживаний.

Бинсвангер сознательно решает применить методы «опального» психоанализа. Предвзятое отношение медицинского сообщества к учению Фрейда в целом и к теории возникновения неврозов в частности, не мешает ему увидеть в психоанализе возможность проникновения на уровень личностных смыслов, ценностей и убеждений пациента. Бинсвангер считает необходимым внедрение переосмысленных концептов, выработанных Фрейдом в смежные с психиатрией и философией дисциплины (например, в философскую антропологию), и становится одним из первых психиатров в Европе, открыто применившим методы и теоретические наработки психоанализа в клинической практике. Это, однако, не означает, что Бинсвангер принимает всю систему психоаналитической теории. Он прекрасно видит ее редуцированность, характеризующуюся отсутствием онтологического основания, а также излишним биологизмом (инстинктам приписывается главенствующая роль в поведении человека). Он пытался преодолеть эти недостатки теории с помощью феноменологического подхода.

С феноменологией Гуссерля Бинсвангер познакомился в 1916 г. Спустя несколько лет Цюрихское Психоаналитическое Общество предложило ему выступить с докладом, посвященным проблемам феноменологии перед своими коллегами. К заседанию Психоаналитического Общества Бинсвангер подготовил реферат «О феноменологии», в котором не только озвучил суть учения Гуссерля, но и критически переосмыслил некоторые положения теории. Исследуя возможность использования феноменологического подхода в психиатрии, он выявил взаимосвязь феноменологии и психиатрии. Обе они опираются не на чувственный опыт (в отличие от естественных наук), а пытаются смотреть вглубь вещей, выискивая их сущность на основании категориального созерцания. Принимая во внимание наличие непреодолимой про-

пасти в феноменологии (по Гуссерлю) между познанием фактов и познанием сущностей, и сходного разрыва между симптоматикой болезни и механизмом ее возникновения в психиатрии, Бинсвангер предложил свое экзистенциальное видение феномена психического заболевания.

Бинсвангер полагает, что задача психиатра состоит не только в вычлениении отдельных симптомов болезни или их совокупности с целью подвести их под общий знаменатель – то есть классифицировать болезнь, но во внимании к самому переживанию: «Мы подходим к анализу феноменов, которые показывают лишь такие определенности, которые принадлежат только самим феноменам...»¹. Смысл этой фразы в том, что Бинсвангер не отделяет понимание болезни, от постижения ее феномена, происходящего при осмыслении изначально присущих ему структур. То есть, для того, чтобы целостно рассмотреть феномен болезни, необходимо постичь смысл отдельных порывов и чувств больного, складываемых в общую картину его внутреннего мира. Этот подход близок к пониманию феноменологии, представленному в работах Карла Ясперса. Бинсвангер ведет свои исследования в том же направлении, но, в отличие от Ясперса, не делает различий между описательной и объяснительной психологией, вследствие чего ему удается успешно описать феноменальный мир шизофреников.

Следующим важным этапом в научной деятельности Бинсвангера стало обращение к трудам Хайдеггера (1930-е г.). Это позволило ему осмыслить феномен человека в контексте фундаментальной онтологии. В статье «Аналитика существования Хайдеггера и ее значение для психиатрии» он пишет: «Указанием на базисную структуру экзистенции как бытия-в-мире Хайдеггер дает в руки психиатра ключ, с помощью которого он способен, будучи свободным от предрассудков любой научной теории, принимать и описывать исследуемые им феномены в их полном внутреннем содержании»². Смысл

¹ Бинсвангер Л. Феноменология и психопатология. Пер. О.В. Никифорова // Логос. 1992. № 3. С. 132.

² Цит. по: Руткевич А.М. От Фрейда к Хайдеггеру: Критический очерк экзистенциального психоанализа. М.: Политиздат, 1985. С. 61.

этого высказывания нами видится в том, что Бинсвангер считал Хайдеггера фигурой, применившей феноменологический метод Гуссерля для осуществления анализа существования.

Аналитика существования в психиатрии для Бинсвангера имеет перво-степенное значение, поскольку она рассматривает бытие человека во всей его целостности. Благодаря своим составляющим (темпоральности, соотнесенности тела, языка и Dasein), она позволяет раскрыть специфику человеческого существования в понятии бытие-в-мире. Это позволяет Бинсвангеру, опираясь на критерии восприятия времени, аппрезентации собственного тела и тела Другого, провести различие между миром психически больных и миром здоровых людей. Однако «Dasein-анализ видит свою задачу в исследовании личности и ее мира еще до всякого разделения на болезнь и здоровье»¹, поэтому «он становится в первую очередь методом исследования феномена опыта и бытия-в-мире, заменяя понятия «болезнь» и «отклонение» «особым способом конституирования мира»².

Заимствуя понятия из теории Хайдеггера, Бинсвангер придает им несколько вольную трактовку. Как отмечает И. Глухова, «Бинсвангер развивает свою терапевтическую антропологию не столько опираясь на антропологию “Бытия и времени”, сколько отстраняясь от нее»³. Например, оставляя за понятием «заброшенности» статус элемента структуры бытия-в-мире, он так же подразумевает под ним врожденную совокупность физиологических характеристик. Чтобы целостно осмыслить данный конструкт, Бинсвангер обращается к понятию «забота», которое представляет собой структуру разворачивания человека в мире, суммирующую бытие Dasein. Тем не менее, «обусловленность в смысле фактичности ответственности Dasein своей чуждостью

¹ Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. Избранные статьи с приложением Я. Нидлмена. М.; СПб: Рефл-Бук; Ваклер, 1999. С. 13.

² См.: Бинсвангер Л. Случай Эллиен Вест / Экзистенциальная психология. Экзистенция. Пер. с англ. М. Занадворова, Ю. Овчинниковой. М.: ЭКСМО, 2001. С. 207–228.

³ Глухова И. Людвиг Бинсвангер о возможности и фактичности психотерапевтического воздействия / Случевские чтения: феноменология и экзистенциальная психотерапия. Под ред. С.М. Бабина. СПб.: ИПК «Коста», 2016. С. 112.

представляет лишь один (экзистенциальный) компонент этой структуры, другими, как мы знаем, являются существование (проект) и «попадание»¹. Выделяя Dasein, Бинсвангер, не упускает из поля зрения целостность структуры, в которой Dasein и остальные модусы существования являются взаимовлияющими элементами, не способными обособиться друг от друга. Изменение одного структурного элемента неизбежно влечет трансформации других. Осознание данного факта приводит Бинсвангера к мысли о том, что внутренний мир личности после своего конституирования может подвергаться модификациям.

Пример одной из возможных модификаций – преобладание у человека модуса заброшенности. Под этим модусом Бинсвангер подразумевает осознание индивидом факта своего существования в определенный исторический период с определенными социальными и культурными традициями. Это осознание приводит человека к необходимости осмысленного выбора собственного «Я». Если выбор не происходит, бытие личности становится «неподлинным». Бинсвангер определяет нарушения этого рода как невроз, возникающий вследствие нарушения *koionia* (функционального единства онтологических возможностей Dasein)².

Говоря о личности Бинсвангер заменяет понятие «Я» термином Dasein, различные модификации которого могут соответствовать либо норме, либо отклонению от нее. Более того, болезнь представляет собой итог патологии, ее окончательное выражение, тогда как модификации выступают точкой отсчета, ключом к изменению существования индивида. Однако «Dasein не проявляется в качестве Dasein, пока оно не закончило конституирование собственного мира»³. То есть, мир выступает вместилищем для Dasein, а бытие оказывается зависимым от точки зрения индивида. Это подводит Бинсвангера к мысли, что пациент сам делает выбор в пользу болезни, сужая горизонт своей экзистенции. Неизбежно вытесняемые при этом в бессознательное

¹ Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. С. 45.

² Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. С. 48.

³ Там же. С. 127.

неосмысленные феномены являются отправной точкой возникновения неврозов и психозов.

Как уже отмечалось выше, именно концепт «заботы» характеризует совокупность проявлений сущего в контексте разворачивания бытия-в-мире, выступающего синтезом экзистенциалов. Именно «забота» способствует раскрытию онтической реальности в Dasein, посредством своих экзистенциалов (бытие-в-мире, забота, Das Man и проч.)¹. Таким образом, бытие-в-мире и забота являются первичными, онтологическими априори. Вторичными априори при этом выступают экзистенциалы, представляющие самостоятельные модусы бытия-в-мире, которые Бинсвангер рассматривает с точки зрения индивидуального Dasein. Экзистенциальные априори выступают у Бинсвангера в качестве универсалий, соотносящихся с индивидуальным опытом, подобно тому, как кантианские категории рассудка соотносятся с объектами знания. Бинсвангер, следуя за Кантом («Опыт есть эмпирическое знание, то есть знание, определяющее объект посредством восприятий»²), объявляет опыт особой формой знания («знание представляет один модус человеческого бытия-в-мире»³). Это позволяет поставить кантианские априори в основу Dasein-анализа, при этом понятие априори Бинсвангер распространяет на весь спектр модусов существования человека.

В результате дополнения идей экзистенциализма психоанализом Dasein-анализ, разработанный Бинсвангером, перестает быть подходом к лечению психически больных, он трансформируется в полноценный метод исследования бытия-в-мире. То есть, психическая болезнь, по мнению Бинсвангера, представляет собой статус, навязанный обществом определенной категории людей, внутренний мир которых сформирован отличным от общепринятого способа. Людей, отказавшихся от определения собственного «Я» и пребывающих в состоянии «неподлинности», загоняющей их в рамки статичной дей-

¹ Подробнее см. Хайдеггер М. Время и бытие: статьи и выступления. Пер. В.В. Бибихина. СПб.: Наука, 2007.

² Кант И. Критика чистого разума. М., Мысль, 1994. С. 145.

³ Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. С. 131.

ствительности, завершеного, идеализированного мира. Эта мысль приводит Бинсвангера к необходимости отказаться от понятия болезни, вместо которой он вводит такую категорию, как иной «структурный и динамический порядок человеческого существования»¹.

Творчески соединив идеи экзистенциализма с идеями психоаналитической теории, Людвиг Бинсвангер совершил важный шаг, сформировавший экзистенциальный психоанализ, и позволивший выделить его впоследствии в самостоятельное направление философской мысли. Он выявил универсальную структуру, являющуюся смысловой матрицей, очерчивающей трансцендентальные основания мира индивида. На основании этих теоретических наработок им была разработана экзистенциальная модель психического заболевания, в центре которой – не болезнь как патология и недуг, а страдающая личность больного. В работах Бинсвангера психические расстройства были представлены в рамках антропологически ориентированной интерпретации как модусы существования больного, как специфическое бытие, имеющее свои экзистенциальные априори. Так Бинсвангер впервые представил последовательную попытку антропологического (экзистенциально ориентированного) толкования психической болезни и представил психически больного человека как человека с уникальным модусом существования.

Британский психиатр Рональд Лэйнг² продолжает работать в рамках линии психиатрии, намеченной Бинсвангером (что особенно ярко прослеживается в направленности его ранних работ). Он также использует в своей клинической практике каузальное объяснение действий, применение феноменологического метода и абстрагирование от организменного подхода к пациенту, что делает его в некоторой мере преемником «понимающей психологии» К. Яспера. Он полагает, что если мир здорового человека еще можно попытаться осмыслить по аналогии с собственным опытом, то мир психотика постижим только через вчувствование, сочетаемое с попыткой непосредствен-

¹ Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. С. 217.

² О пути Лэйнга см.: Власова О. Рональд Лэйнг: между философией и психиатрией. М.: Изд-во Егора Гайдара, 2012.

ного в него погружения. Как отмечает А. М. Руткевич: «Терапевт имеет дело с эмоциями, мотивами, страхами и т.д., которые он может переживать в собственной душе, а тем самым и понимать их. Статическое понимание эмпирически выявляет интенциональные предметности, переживаемые или мыслимые пациентом»¹. Это погружение и понимание ведет к отказу от сухой клинической терминологии, служащей для типирования отклонений: «как, – спрашивает Лэйнг, – показать... значимость состояния пациента, когда слова, которые приходится употреблять, созданы для того, чтобы изолировать и ограничивать смысл жизни пациента число клинической сущностью?»².

Бытие человека является, в первую очередь, бытием мышления, поскольку в отсутствии внутреннего осознания себя в качестве личности индивидуум становится способным только к существованию (но не к бытийствованию). Следствием этого становится постижение бытия, выраженного посредством языка.

Следующим этапом попытки постижения психотического бытия-в-мире является герменевтика. Лэйнг изучает внутренний мир, онтологическую укорененность психически больного методом словесной интерпретации, развивая идеи Хайдеггера об отражении бытия-в-мире посредством языковых конструкций. В.М. Лейбин подчеркивает: «Разделяя мысли К. Ясперса, Р. Лэйнг делает ставку не только на понимание внутреннего мира психически больного человека, но и на постижение специфического способа его существования, того бытия, которое представляется другим людям, включая традиционно мыслящих врачей, безумным»³.

В работе «Расколотое Я» Лэйнг анализирует бытие-в-мире шизоидной личности⁴. Здесь он становится на позицию экзистенциального психоанализа

¹ Руткевич А.М. «Понимающая психология» К. Ясперса // История философии. 1997. № 1. С. 27.

² Лэйнг Р.Д. Расколотое «Я». М.; СПб.: Белый Кролик, 1995. С. 5.

³ Лейбин В.М. Концептуальные предпосылки экзистенциально-феноменологической психологии Р. Лэйнга // Новое в психолого-педагогических исследованиях. 2013. № 2. С. 178.

⁴ Лэйнг Р.Д. Расколотое «Я». М.; СПб.: Белый Кролик, 1995.

(в отличие от последующих работ, например, «Я и Другие» и т. д., где он преобразует экзистенциальную феноменологию в социальную), говоря о свободном выборе человека, результатом которого и становится психическое заболевание. В клинической практике Лэйнг так же, как и Бинсвангер, воспринимает страдающего шизофренией как личность, наделенную особой экзистенцией, основанной на собственных переживаниях, в результате чего понятие болезнь трактуется как способ бытия-в-мире, вид особого взаимодействия с другими и с самим собой.

Ключевое место в концепции Лэйнга отводится понятию «онтологической защищенности». Основания онтологической защищенности закладываются, по мнению Лэйнга, в период раннего детства, когда главенствующим мотивом выступает восприятие себя и мира в качестве живого и реально существующего. Это ощущение Лэйнг называет первичной онтологической безопасностью. Именно при таком типе восприятия формируется стабильная структура бытия с пластичной надстройкой личности (тип здоровой психики). Шизоидное же состояние основано на обратных характеристиках: фундамент становится гибким, а личностная надстройка жесткой.

Онтологически незащищенный человек воспринимает свое пребывание-в-мире как раздробленное, временно несогласованное и лишенное индивидуальности, в результате чего он постоянно прилагает усилия по удержанию собственной целостности. Как отмечает Н.В. Коптева, «Переживания собственного воплощенного Я распространяются на других людей. Взгляд человека не только на человеческую природу, но и на мир в целом основан на переживании себя»¹. Поскольку главным мотивом всех действий является стремление оградить и сохранить свою уникальность, свое «Я», человек начинает сознательно уходить не только от бытия-с-другими, но и от бытия-с-собой. Страх потерять свое бытие выражается в осознанном отказе от реальности и действительного существования. В результате психотик либо

¹ Коптева Н.В. Концепция онтологической неуверенности-уверенности Р. Лэйнга // Развитие личности. 2011. № 1. С. 52.

пребывает в своем особом мире, который он вынужден конструировать взамен реальности для поддержания внутренней целостности, либо пытается подменить свое бытие бытием Другого, пытаясь полностью слиться с ним. «Я» такого человека стремится к трансценденции, и это сопровождается диссонансом между телом и сознанием. Лэйнг отмечает, что даже онтологически защищенный человек может временно войти в такое состояние, но шизоид, в отличие от остальных, пребывает в нем постоянно.

Онтологическая неуверенность, по Лэйнгу, являет себя в трех формах: 1) поглощении - потери индивидуальности, боязни отношений с другими из-за страха потери своего «Я»; 2) разрывании – переживании личности как пустоты, а окружающего мира как угрожающего, враждебного и наводящего ужас и отчаянье; 3) окаменении – страхе деперсонализации и овеществлении бытия окружающих людей. Вне зависимости от того пути, которым пойдет пытающаяся удержать индивидуальность личность, главной ее задачей станет сохранение собственного бытия, а, значит, его сокрытия от посторонних.

Лэйнг предлагает следующие схемы для описания сущности бытия-в-мире: («Я»/тело) ↔ другой – соответствует восприятию обычного человека, и «Я» ↔ (тело/другой) – модель психотика. В последнем случае, на его взгляд, «Я» попадает в замкнутый круг: постоянно растущая потребность самозащиты порождает уклонение от реальности, от общения с другими. Под предлогом сохранения собственной целостности «Я» лишает окружающих собственного бытия и наделяет их статусом вещи, неосознанно выступая в качестве агрессора. В таком состоянии невозможно взаимодействие по принципу «Я – Ты». Общение происходит по схеме «квази-вещь – вещь», следствием чего становится уничтожение своей самости под предлогом защиты от внешнего мира. Это ведет к добровольному уходу в небытие, в состояние, называемое Лэйнгом смерть-в-жизни. Естественно, смерть в данном случае рассматривается с позиций экзистенциализма, как смерть «Я», духовного, а не телесного начала. Так шизофреник защищает себя от действительной

смерти, поскольку вещь или некто, находящиеся в состоянии небытия (смерти), не могут быть подвержены повторному процессу умирания.

Особое внимание Лэйнг уделяет факту переживания своего тела, трактуя при этом телесность как границу между «Я» и внешним миром, обуславливающую возможность эмпирического постижения действительности, опредмечивающуюся (являясь объектом) для других. Люди, как правило, воспринимают собственное бытие как целостность тела и «Я». «Большинство людей чувствуют, что они начались тогда, когда началось их тело, и что они закончатся тогда, когда их тело умрет»¹, – отмечает он. Расщепление между переживанием своей телесности и «Я», называемое Лэйнгом «невоплощенным Я», является предпосылкой онтологической неуверенности. Тело, воспринимаемое в качестве внешнего объекта по отношению к его носителю, способствует внутреннему отстранению от действительности, от индивидуального бытия-в-мире, что приводит к конструированию внутренней реальности, заменяющей человеку враждебный внешний мир. Такие построения приводят к возникновению ложного «Я», заполняющего внутрителесное пространство. Истинное «Я» при этом теряет индивидуальность, становится нереальным и пустым и превращается в стороннего наблюдателя, чьи функции – контроль и критика переживаний и действий тела. Разъясняя этот концепт, В.М. Лейбин пишет: «Как система, ложное Я служит дополнением того внутреннего, подлинного Я, которое занимается утверждением своей уникальности и индивидуальности, благодаря свойственному способу существования в этом мире. Именно для того, чтобы стать субъектом без какого-либо объективного намерения, ложное Я функционирует и действует в границах человеческого бытия в мире»².

Ложное «Я» Лэйнг предлагает именовать системой ложного(-ых) «Я», поскольку «...личина или персона, которые могут носить подобные индивидуумы, состоят из смеси всевозможных частичных «Я», ни одно из которых не

¹ Лэйнг Р.Д. Расколотовое «Я». С. 24.

² Лейбин В.М. Исследовательские задачи и терапевтические наработки Р. Лэйнга // Новое в психолого-педагогических исследованиях. 2015. № 1. С. 134.

развито столь полно, чтобы обладать своей собственной всесторонней личностью»¹. Ложное «Я» проявляется в трех формах: маска нормального человека, ложный фасад истерика (переплетение истинного и ложного «Я») и ложное «Я» шизофреника (противостояние истинного и ложного «Я» выражающееся во взаимной деперсонализации). Тем не менее, «Я» не может быть разрушено полностью, поскольку целью «вхождения в небытие» является его сохранение.

Особое внимание Лэйнг уделяет исследованию процесса коммуникации между психотиком и другими, что позволяет ему не только отразить специфику переживания бытия онтологически неуверенной личностью, но и показать разницу между восприятием других подобной личностью и восприятием друг друга психически здоровыми людьми. В результате Лэйнг, как мы уже отмечали, отменяя понятие психической болезни, признает существование людей со специфическими параметрами пространства опыта, внутренний мир которых, сконструированный крайне оригинальным образом, оказывает влияние на способ их взаимодействия с окружающими. При этом специфичность данного способа, на взгляд Лэйнга, вовсе не свидетельствует о патологии, поскольку нормальность личности, по его словам, определяется, главным образом, способностью воспринимать другого в рамках принятого в конкретном обществе стандарта, определяющего степень схожести индивидов.

Основная критическая линия экзистенциальной психиатрии – критика естественно-научно ориентированного анализа человека, опирающегося на количественные методы. Человек расценивается как включенный в порядок бытия, он вписывается в онтологическое пространство, становясь тем, кто может вскрыть бытийные структуры. Сокрытое бытийное в понятийном плане приходит на место бессознательного. Так переосмысливаются понятия психоанализа и экзистенциализма, и в синтезе этих двух направлений вырабатывается антропологически направленная теория, основной задачей которой становится понимание человека в мире, описание онтологических оснований антропологических феноменов.

¹ Лэйнг Р.Д. Расколотое «Я». С. 28.

Как в рамках неврологии, так и в рамках психиатрии философски ориентированные направления обращают свое внимание не на болезнь как на патологический процесс, а на больного и страдающего человека. Они отвоевывают человека у медицины и предлагают антропологическую трактовку взаимодействия человека с миром. Для антропологической теории, развитой в рамках неврологии, осмысление этой проблемы проходит через исследования процесса восприятия (например, в «Феноменологии восприятия» Мерло-Понти), в частности, восприятия тела. Тело перестает трактоваться как организм и понимается как антропологическая целостность, которая связывает человека с миром.

Болезнь в рамках экзистенциальной неврологии и является специфической разновидностью отношений человека с миром, отличающимся от общепринятого модусом существования. Этот модус может позитивно трактоваться (об этом, как мы показали, говорит, например, О. Сакс), он должен восприниматься как состояние, которое что-то может дать человеку. Существование больного признается полноценным существованием. Подобная модель развивается в экзистенциальной психиатрии.

Лэйнг в своей антропологии болезни представляет психическое заболевание как феномен человеческого бытия, совершая сдвиг от естественнонаучно ориентированного, причинного объяснения к философскому пониманию, герменевтике существования. И Лэйнг, и Бинсвангер поднимают не только и не столько проблемы причин и симптомов болезни, сколько антропологические по своей направленности проблемы укорененности человека в бытии (в понятии онтологической неуверенности), выбора (в концепте мира-проекта) и конфигурации существования человека (в понятии экзистенциальных априори).

Подводя итог вышесказанному можно говорить о том, что в экзистенциальной модели болезни медицина отходит от понимания человека только как объекта исследования. Она получает возможность осмыслить заболевание в рамках индивидуального опыта, дополнив симптоматику экзистенциально-феноменологическими терминами. Критика медицины затрагивает ее есте-

ственнонаучную направленность и концентрируется на развитии комплексного подхода к феномену человека. В рамках данного подхода психическое заболевание получает онтологическую реабилитацию: термин психическая болезнь вводится в дискурс философии и понимается как результат трансформации человеческого бытия.

Экзистенциально-антропологическая проблематика настолько доминирует в этой модели, что можно даже говорить о ее самостоятельной ценности для философии. В критической литературе, касающейся экзистенциально-феноменологической психиатрии, ее представители называются прямыми последователями экзистенциальных философов. Это справедливо, поскольку они продуктивно развивают озвученные ранее идеи в новом предметном пространстве, что способствует расширению и углублению не столько психиатрии, сколько антропологической проблематики.

Глава 2.

Антропологический статус болезни в критической теории общества и эпистемологии

2.1. Болезнь как социальный феномен

В 1960-е годы XX века происходит смещение ракурса постановки проблемы нормального и патологического. Гуманитарные науки в общем и философия в частности начинают интересоваться обществом, механизмами включения в него индивида и понятием социального, и это не случайно, поскольку эти годы – время активных общественных преобразований и активного социального протеста. Философский дискурс болезни также приобретает социально-ориентированную специфику, на первый план выходит проблематика социальной заданности нормы и социальной обусловленности патологии.

В данном параграфе получает свое изложение социальная модель болезни, представленная в теории И. Иллича. Отличительной особенностью социальной модели болезни является социально-критический анализ современного общества и его институтов. Во всех исследованиях, посвященных данной тематике, человек противопоставляется обществу, а индивидуальная воля признается подавляемой социальными институциями. Центральной идеей социальной модели болезни являются идеи реорганизации медицины как социального института.

Наиболее ярко идеи реорганизации медицины представлены в тех работах Иллича, которые переосмысливают основные положения медицинской теории и общественное устройство в целом. Фигура Ивана Иллича чрезвычайно значима для критической антропологии, а его работы в сфере критики общественных институций являются на сегодняшний день классическими, и написаны в духе критического социального движения 1960–1970-х г. Причем, особое внимание он уделяет сферам образования (в качестве примера можно

привести работу «Освобождение от школ») и медицины («Медицинская немезида»).

Иллич критикует в первую очередь институциональный характер медицины, а также систему бюрократии, неотъемлемо присущую любому социальному институту. Он говорит о том, что изначально социальные институты создавались с целью облегчить жизнь внутри общества путем решения задач, встающих перед ним. Однако с течением времени, с наращиванием бюрократической системы и с ускорением роста технологической мощи, социальные институты начинают мешать этому. Данная ситуация характерна не только для медицины, но и для всех сфер человеческой деятельности: «место охраны здоровья занимает лечение, улучшение условий жизни подменяется социальной работой, личная безопасность – полицейской защитой, национальная безопасность – военным противостоянием, и повсюду крысиные бега принимаются за производительный труд. Здоровье, учение, личное достоинство, независимость и творческие силы практически приравнены к деятельности соответствующих государственных институтов, которые якобы служат этим целям...»¹.

Иллич пишет о том, что современная медицина отчуждает человека от собственного опыта, навязывая ему определенные модели переживания себя и мира, но он не просто ставит под сомнение ее основные положения, а предлагает взамен собственную теорию болезни.

Социально-эпистемологическую критику медицины, как и основные тезисы своей антропологической теории, Иван Иллич раскрывает в работе «Медицинская Немезида». Примечательна сама судьба этой книги. Она была встречена двоякой реакцией: одна часть медицинского сообщества разразилась волной критики, главным аргументом которой было заявление о том, что Иллич, не являясь медиком по образованию, не способен адекватно проанализировать социальный институт медицины; вторая же часть попросту

¹ Иллич И. Освобождение от школ. Пропорциональность и современный мир (фрагменты из работ разных лет). М.: Просвещение, 2006. С. 25.

проигнорировала данную работу. Однако с течением времени, медики перешли от попыток опровержения тезисов, изложенных в ней, к их полноценному обсуждению, а потом и вовсе включили эту книгу в список обязательно рекомендованных к прочтению студентами медицинских вузов изданий.

Иллич является одним из пионеров в использовании термина «медиализация»¹. После этой работы термин стал широко употребляться², и, как утверждает Н. Роуз, «медиализация стала клише критического социального анализа»³. Иллич утверждает, что господство медицины основано на ее видимой эффективности, которая во многом обусловлена бурным развитием медицинских технологий. Однако несмотря на то, что все разработки в этой области призваны сохранять здоровье, люди все чаще сталкиваются с противоположным положением дел: «пациент в тисках современной медицины является лишь одиноким представителем человечества в тисках разработанной им самим пагубной технологии. Это происходит, когда люди начинают управлять здравоохранением на основании технической модели, когда они сговариваются в попытке получения, как если бы это был товар, того, что называется “улучшение здоровья”»⁴. На фоне этих событий, в пространстве медицины начинает образовываться целая подобласть по контролю за прогрессом, включающая в себя многочисленные организации, руководствующиеся биоэтическими принципами. При этом сама биоэтика как дисциплина является ярчайшим примером внутренней «чистки» этого пространства, спровоцированной ускоряющимися темпами роста медицинских технологий⁵. Кроме технического прогресса биоэтика затрагивает этику отношений между врачом и пациентом, а так же профессиональные деформации, прису-

¹ О предыстории термина см.: Михель Д.В. Медиализация как социальный феномен // Вестник Саратовского государственного технического университета. 2011. № 2 (60). С. 256–263.

² См.: Metzl J.M. Herzig R.M. Medicalisation in the 21st century: Introduction // The Lancet. 2007. The Lancet. 2007. Vol. 369. № 9562. P. 697.

³ Rose N. Beyond Medicalization // The Lancet. 2007. The Lancet. 2007. Vol. 369. № 9562. P. 700.

⁴ Illich I. Limits to Medicine: Medical Nemesis, The Expropriation of Health. London: Boyars, 1976. P. 42.

⁵ Силуянова И. В. Антропология болезни. Изд-во Сретенского монастыря, 2011. С. 20.

щие любой сфере человеческой деятельности, но приобретающие особую опасность именно в медицине. В связи с этим Иллич подчеркивает ее несостоятельность. Он говорит о том, что пагубные последствия роста технологий, а также параллельное укрепление позиций обезличенного, чисто механического подхода к лечению (в рамках которого: «халатность становится “случайной ошибкой человека” или “системой поломок”, черствость – “научной отрешенностью”, а некомпетентность подменяется ссылками на “отсутствие специализированного оборудования”»¹), если и не окончательно снимает, то переносит проблемы злоупотреблений из этической сферы в техническую.

В связи с данными обстоятельствами Иллич предлагает обратиться к эпистемологии болезни, к ее социальной истории. Он подчеркивает, что истоки эпистемологии можно описать следующим тезисом: «всякая болезнь – это социально конституированная реальность». Причем, отношение к здоровью он рассматривает сквозь призму отношения к смерти, анализируя всю историю медицины с точки зрения ее взаимоотношений со смертью и разделяя ее на шесть периодов²: *танец мертвецов* (данный этап датируется XV в., и характеризуется неразрывной связью жизни и смерти, где смерть воспринимается как потустороннее вмешательство); *пляска смерти* (конец XV – начало XVII в., когда смерть начинает восприниматься как самостоятельная сила, а человеческий организм теряет свою сакральность, превращаясь в объект для изучения, что приводит к развитию анатомии); *буржуазная смерть* (XVII–XVIII в., когда происходит разделение понятия смерти на естественную и искусственную, что выводит из тени фигуру врача); *клиническая смерть* (XIX в., в который стремительное развитие медицины приводит к появлению тезиса о том, что смерть является результатом болезней, поддающихся лечению при своевременном

¹ Illich I. Limits to Medicine. P. 40.

² См.: Власова О.А. Болезнь как новый антропологический горизонт: критическая антропология Ивана Иллича // Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия «Философия. Филология». 2013. № 2 (14). С. 99–101.

обращении к врачу); *естественная смерть* (XX в., когда человек приобретает право на медицинское обслуживание, что способствует тому, что отношения между индивидом и его смертью опосредуются не личной борьбой, а фигурой врача); *смерть при интенсивном больничном наблюдении* (вторая половина XX в., где медицина приобретает черты религии).

В своих работах Иллич дает социально-критический анализ современности. Он подчеркивает, что в настоящее время, медицина, взяв на себя функции по тотальному контролю за здоровьем человечества, превратилась в манипулятивный социальный институт: «на глазах нескольких поколений медицинская монополия в здравоохранении бесконтрольно разрослась и стала посягать на нашу свободу распоряжаться нашим собственным телом. Общество наделило врачей единоличным правом решать, что является болезнью, кто является больным и кто может заболеть, людьми какова дальнейшая судьба таких людей»¹.

Конституируя и стандартизируя социальные роли, медицина, несомненно, способствует стабилизации общества, однако происходит это путем закрепощения индивидуальности. Фиксируя отклонения, медицина выносит суждения об их опасности или безопасности для общества, а также посредством масштабного бюрократического аппарата вписывает их в социальный порядок². В результате данной процедуры каждому индивиду приписывается искусственно выведенная роль больного или потенциально больного.

Одним из ключевых понятий философии медицины у Иллича является понятие «ятрогенез» – состояние, при котором сама сфера медицины и врачи, как ее работники, начинают стимулировать развитие заболеваний. Данное явление Иллич описывает как контрпродуктивность, и говорит, что истоки ее возникновения необходимо искать в прогрессе, сводящем продление человеческой жизни к сугубо техническим манипуляциям с телом как объектом.

¹ Illich I. Limits to Medicine. P. 5.

² Hammond I. Lessons from Ivan Illich // Canadian Association of Radiologists Journal. 2005. Vol. 56. № 1. P. 13.

Постоянно нарастающее число различных обществ по контролю за достижениями в сфере медицины и качеством оказания медицинских услуг не в состоянии справиться с проблемой ятрогенеза, начинающей принимать масштабы эпидемии. Иллич утверждает, что это происходит в результате того, что решение проблем медицины возложено на саму же медицину, и саркастически добавляет, что подобное «самолечение» не может быть продуктивным: «утверждения медицинской гильдии о своей уникальной способности излечить саму медицину иллюзорны. <...> Самолечение медицинской системы обречено на провал. Если же напуганных этими вопиющими открытиями людей еще больше запугать, чтобы они поддерживали контроль экспертов над экспертами в производстве здравоохранения, станет еще хуже»¹. В связи с этим, он предлагает задействовать для решения данной проблемы непрофессионалов. Такой подход превратит задачу ятрогенеза в сугубо политическую, коей, по словам Иллича, она и являлась изначально: «излечение от ятрогенной болезни, которая поразила все общество, – политическая, а не профессиональная задача. Эта задача должна основываться на разделяемом всем обществом мнении о равновесии между свободой гражданина лечиться и гражданским правом равного доступа к здравоохранению»². То есть извлечение властных полномочий из медицинской сферы и возвращение их обратно, в сферу политическую, и должно привести к исцелению от ятрогенеза³.

Внутри ятрогенеза Иллич выделяет три типа или уровня ятрогений:

1. *Клинические ятрогении*. К ним он относит как непосредственный вред здоровью, нанесенный вследствие неправильного лечения, так и всякое нарушение прав пациента, в том числе и происходящие вследствие попыток врачей уйти от ответственности за допущенную халатность.

2. *Социальные ятрогении*. На этом уровне Иллич обозначает проблему возникновения такого феномена, как «болезненное общество», в основе ко-

¹ Illich I. Limits to Medicine. P. 45.

² Ibid.

³ См.: Barnet R.J. Ivan Illich and the Nemesis of Medicine // Medicine, Health Care and Philosophy. 2003. Vol. P. 273–286.

торого лежит стремление к повсеместной медикализации жизни, где человеку отведено место потребителя услуг и продуктов лечебной, профилактической и восстановительной медицины. Кроме того, данный феномен приводит и к появлению целого пласта маргинальных элементов, преднамеренно наносящих вред своему здоровью, и паразитирующих на теле общества путем получения льгот и привилегий (что происходит вследствие стремления социума оказывать поддержку людям с ограниченными возможностями, которая, сама по себе, несомненно является благом).

3. *Культурные ятрогении*. Выражаются в трансформации отношения человека к боли, болезни и смерти, что приводит к ситуации, в которой восприятие себя конституируется не личностью, а медицинским сообществом.

Следует отметить, что все три уровня представляют собой замкнутую систему, и приводят к необратимым изменениям: «Я надеюсь показать, что на каждом из ее трех уровней, ятрогения стала для медицины необратима: она выросла прямо в медицинскую деятельность»¹. Замкнутая система сохраняется до сих пор, сохраняется в рамках нее и ятрогения².

Описывая проблему ятрогенеза Иллич использует образ Немезиды, являющийся еще одним ключевым понятием в его философии. Этот образ он заимствует из античной мифологии: «Как и большинство абстрактных греческих существительных, Немезида приняла форму божества. Она представляла реакцию природы на высокомерие: на презумпцию индивида в стремлении приобрести атрибуты бога. Наша современная гигиеническая спесь привела к новому синдрому – медицинской Немезиде»³. Таким образом, Немезида, олицетворяя собой неизбежность наказания за попытки обладать тем, чем могли владеть только боги, в контексте медицины представляет ответную реакцию на бесконтрольное наращивание человеком технологического потенциала.

¹ Illich I. Limits to Medicine. P. 41.

² Davies R. Ivan Illich and Medical Nemesis // Nurse Education Today. 2012. Vol. 32. P. 5.

³ Illich I. Limits to Medicine. P. 37–38.

Именем греческой богини Иллич обозначает тот «процесс, посредством которого некоторые события или характеристики повседневной жизни превращаются в медицинские проблемы и тем самым подпадают под компетенцию врачей или других специалистов в области здоровья, занимающихся исследованием или лечением»¹. Медикализация при этом не разрешает, но усиливает проблему, словно карая человека возмездием за отчуждение здоровья.

Феномен Немезиды у Иллича носит глобальный характер. Он затрагивает не только медицину, но проявлен во всех сферах человеческой деятельности: «современная Немезида – это материальный монстр, рожденный всеобъемлющим промышленным сном. Она распространилась предельно далеко и широко и видна в универсальном образовании, общественном транспорте, промышленном наемном труде, и медикализации здоровья»². Данная Илличем трактовка феномена Немезиды подобна понятию биовласти Фуко. «По Фуко, биовласть возникает тогда, когда государство начинает приписывать себе заботу о качестве жизни индивидов и сообществ, т.е. дополняет практики распоряжения жизнью и смертью практиками заботы о ее, жизни, качественном проявлении»³, – отмечает П.Д. Тищенко.

Иллич говорит о том, что контрпродуктивность присуща всем без исключения социальным институтам и является обратной стороной технологического прогресса. При этом сила контрпродуктивности прямо пропорциональна темпам развития. Однако человечество не в силах осознать, что именно прогресс служит истоком возникновения данного феномена. В результате образуется замкнутый круг: в попытках решить проблему контрпродуктивности социальных институтов, человечество обращается к техническому прогрессу, который только усугубляет ситуацию. Это явление может быть опи-

¹ McLellan F. Medicalisation: A Medical Nemesis // *The Lancet*. 2007. Vol. 369. № 9562. P. 627.

² Illich I. *Limits to Medicine*. P. 263.

³ Тищенко П.Д. Биовласть: эвристическое пространство концепта в антропологии // *Этнографическое обозрение*. 2013. № 6. С. 104.

сано как синдром Сизифа – чем больше человек обращается к медицине, тем дальше он отходит от своего здоровья, и он принужден постоянно лечить свои болезни, диагностируемые медициной снова и снова¹.

Решение данной проблемы Иллич призывает искать не в наращивании технологий, а в поиске альтернативных, автономных путей развития: «Точно так же, как современники Галилео отказывались посмотреть в телескоп и увидеть спутники Юпитера, поскольку просто боялись, что их геоцентрическая картина мира рассыплется в прах, так наши современники отказываются увидеть немезиду, поскольку не способны поставить автономный, непромышленный путь производства в основу своих социополитических конструкций»². В контексте медицины альтернативный путь выражается в личной ответственности за собственное здоровье и в выработке собственного отношения к болезни и смерти, в противовес сложившимся на данный момент и навязываемым индивиду социальным и символическим системам осмысления себя и мира. Это вовсе не означает, что Иллич выступает против врачебного вмешательства. Он говорит о том, что институт медицины может и должен помогать больному терапевтически, но вмешательство в процессы жизни и смерти не должно носить тотальный характер, выражающийся, в том числе, в установке социальных ролей и последующем навязывании индивиду соответствующих им схем мышления и поведения.

Осознанная и ответственная жизнь предполагает отказ от потребительского отношения к здоровью, только способствующему ятрогениям, и культивирование открытого отношения к собственной болезни³. Здоровье, по Илличу, неотделимо от личной ответственности: «здоровье означает процесс, ответственность за который лежит на самом человеке и только отчасти на других»⁴. Таким образом, осознанное отношение к собственному здоровью

¹ Edwards R.H.T. Nemesis, Sisyphus, and a Contribution from the Medical Humanities to Health // Journal of Epidemiology & Community Health. 2003. Vol. 57 № 12. P. 926.

² Illich I. Limits to Medicine. P. 266.

³ Smith R. Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health // Journal of Epidemiology & Community Health. 2003. Vol. 57 № 12. P. 928.

⁴ Illich I. Limits to Medicine. P. 273.

предполагает наличие самодисциплины. Однако сводить личную ответственность за здоровье и способность противостоять болезни только к процессам саморегуляции было бы ошибочно. Тем самым Иллич дает понять, что гипертрофированная забота о здоровье, выражающаяся в повсеместном увлечении здоровым образом жизни, самолечением и т.д., – тоже не выход. Вышеперечисленные методы личной ответственности представляют собой не собственный выбор человека, а навязанную ему извне «глобальной системой здравоохранения» схему поведения. Причем основная опасность заключается в том, что эти «глобальные системы здравоохранения» не диктуются сверху, наподобие директив или приказов, а встраиваются в психику человека, в его «я». В связи с этим, Иллич подчеркивает, что забота о здоровье начинается с осмысленного отказа от погони за ним, тем более, что в настоящее время само понятие здоровья претерпевает ряд трансформаций. Именно поэтому Иллич пишет о том, что ни здоровье, ни ответственность не могут полноправно войти в состав личного проекта: «было бы политически наивным в новых условиях, когда здоровье и ответственность стали чем-то технически невозможным, пытаться возродить их в качестве составной части чьего-либо индивидуального проекта»¹.

Иллич настаивает на необходимости бороться с тотальным характером медицины как социального института. Это обуславливается тем, что при снижении контроля за здоровьем возрастают показатели индивидуальной адаптации к окружающим условиям и повышается уровень ответственности. Более того, Иллич утверждает, что для того чтобы жить и умереть «нормальным людям нужно минимальное бюрократическое вмешательство»².

В связи с этим он предлагает программу «Гигиенической автономии», как альтернативу системе здравоохранения. Суть этой программы состоит в требовании признания за человеком следующих свобод: свобода признавать

¹ Цит. по: Дюпюи Ж.-П. Медицина и власть. Пер. Е. Каменской // Отечественные записки. 2006. № 1.

² Illich I. Limits to Medicine: Medical Nemesis. P. 275.

себя больным; свобода в любое время отказаться от всякого медицинского лечения; свобода принимать лекарства или лечение по собственному произволению; свобода самостоятельно выбрать врача, т.е. выбрать из сообщества того, кто считает своим призванием практику исцеления, независимо от того, является он иглотерапевтом, гомеопатом, астрологом, знахарем, либо кем-то еще; свобода умереть без диагноза¹.

В «Гигиенической автономии» он поднимает вопрос об осознанности людей, говорит, что все граждане должны понять и принять как данность то, что невозможно избежать страданий и смерти, невозможно полностью излечиться от болезней. Более того, несмотря на то что стремление к здоровью само по себе является благом, оно должно ограничиваться рамками разума. В противном случае, оно, наоборот, может привести к возникновению заболеваний.

В связи с этим требуется отвлечься от чрезмерной заботы о здоровье, поскольку победить все болезни с помощью технического прогресса все равно не удастся. Иллич призывает человечество, охваченное сиюминутными порывами и стремлениями, остановиться и прочувствовать свою хрупкость и решающую роль случая в жизни каждого, призывает нас жить эмоционально насыщенной жизнью: «я призываю всех изменить свой взгляд на вещи и свое умонастроение, я призываю оставить заботу о своем здоровье и начать культивировать искусство жизни. Добавлю – не только его, но искусство страдания тоже, как и искусство умирания»². Так Иллич переходит от безответственности современной контрпродуктивной медицины к ответственности антропологического подхода. Именно в рамках него человек может пониматься как живущий и выбирающий свою жизнь, как ответственный за свою судьбу, за свое здоровье и за свою болезнь.

Таким образом, начиная свою теорию с социальной критики болезни, Иллич обращает внимание на личностный пласт болезни и здоровья, а соци-

¹ Цит. по: Дюпюи Ж.-П. Медицина и власть.

² Там же.

ум выступает лишь пространством в его критицизме, пространством философского осмысления болезни же по-прежнему остается индивидуальность, страдания и жизнь конкретного человека.

Выражая логику социальной модели болезни, Иллич рассматривает медицину как одну из социальных институций, а болезнь, особенно психическую, - как результат стандартизации. Социальная критика сосредоточена вокруг отношений «социальная группа – индивид», «человек – общество». Иллич говорит об опыте болезни как переживании жизни и смерти, о его необходимости для человека и переходит к утверждениям о невмешательстве медицины в этот опыт, а затем и к критике медицины как стандартизованного образования, производящего болезни, но не исцеляющего от них.

Подход Иллича к общественному устройству, созвучен с подходом антипсихиатрического движения. Он заключается в призыве к игнорированию социальных институций и осуществлению перехода на принципиально новый уровень общения между людьми. Однако, как справедливо отмечает Т. Шанин, Иллич был великим демистификатором, направлявшим свою критику «не в пустоту отрицания, а на усилие альтернативного понимания реальных людей, обществ и истории»¹. И, несмотря на то, что Шанин характеризует его взгляды как радикально анархические, он неизменно подчеркивает глубину поставленных Илличем вопросов, и их важность не только для философии и антропологии, но и для каждой сферы человеческой деятельности.

Таким образом, начиная свою теорию с социальной критики болезни, Иллич обращает внимание на личностный пласт болезни и здоровья, а социум выступает лишь пространством в его критицизме, пространством философского осмысления болезни же по-прежнему остается индивидуальность, страдания и жизнь конкретного человека.

¹ Шанин Т. Иван Иллич – человек на все времена / Иллич И. Освобождение от школ. Пропорциональность и современный мир (фрагменты из работ разных лет). М.: Просвещение, 2006. С. 8.

2.2. Социальное принуждение и проблема подлинности личности

Социальная модель болезни формулируется в XX веке в связи с осмыслением не только телесных, но и душевных болезней. В 1960-е годы, с развитием социально-критических тенденций, в философском дискурсе психической болезни происходит соответствующий переворот: психиатры обращаются от проблемы человека к проблемам общества, и делают область психической патологии пространством своей социальной критики. Пространство психиатрии, таким образом, маргинализуется, как это было в экзистенциально-феноменологической психиатрии. Оформляется оппозиционное пространство, вызревающее на противопоставлении естественнонаучной парадигме и на протесте против имеющейся социальной структуры общества¹. Маршал Маклюэн подметил данную тенденцию следующей фразой: «Если XIX век был эпохой редакторского кресла, то наше столетие – век психиатрической кушетки».²

Социальная антропология болезни становится в 1960-е годы центральным, системообразующим элементом дискурса психического заболевания. Она культивирует достижения экзистенциально-феноменологической психиатрии, расширяя их до социально-антропологической теории и подготавливая пространство для формирования эпистемологической перспективы.

Антипсихиатрическое движение (Р.Д. Лэйнг, Д. Купер, Т. Сас, Ф. Базалья и др.)³, заимствуя методы и средства экзистенциального психоанализа, в первую очередь, призывает к свободному самоопределению человека в рамках

¹ См. Штернберг Э.Я. О некоторых крайних течениях в современной зарубежной социальной психиатрии (антипсихиатрические тенденции) // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 1972. Вып. 8. С. 1241–1248.

² Маклюэн М. Понимание медиа: внешнее расширение человека. Пер. с англ. В.Г. Николаева. М.: Канон-пресс, 2003. С. 56.

³ См. Семичев С.Б. Антипсихиатрическое движение: его современное состояние / Медицина и идеология. М., 1985. С.170–185.

личностной экзистенции¹. С этой точки зрения отсутствует разница между психическим заболеванием и нормальным состоянием человека, поскольку под безумием представители антипсихиатрии понимают не предустановленные стандарты поведенческих реакций, а стремление индивида выйти за пределы навязанных обществом штампов. Как подчеркивает Е. В. Косилова: «Этот протест был связан с общей атмосферой 60-х годов. После работ критиков психиатрии стало очевидно, что это во многом не наука, а идеология. Радикалы сформулировали тезис: шизофрения – процесс не эндогенный и не биохимический, а психологическая реакция индивидуума... на социально тяжелые условия: невыполнимые требования, недостаток терпимости, неверное воспитание и т. п.»².

С целью отхода от стереотипов в восприятии себя, мира и себя как пребывающего-в-мире здесь используется феноменология (методы которой в отречении от собственной позиции позволяют понять вещь и другого, усмотреть непосредственно им присущие априорные структуры), и Dasein-анализ, способствующий пониманию структур, лежащих в основе пребывания-в-мире. Эти методы в основном касаются феноменологии внутреннего опыта и отвечают за конструирование личностного мира. Но, помимо попыток постижения человека, антипсихиатрия осуществляет и попытку революции в области общественного устройства путем тотальной критики государственных структур и отношения к психической болезни как репрессируемой патологии. Антипсихиатры (Д. Купер, и И. Гофман Ф. Базалья) выступают против современного им отношения к душевнобольным как к потенциально опасным и недееспособным людям как со стороны государства, так и со стороны общества³. Придерживаясь позиций экзистенциального марксизма, они подвергают критике тоталитарный характер общества и понятие нормы, как механизма отчуждения. С

¹ См.: Коптева Н.В. Два способа «не быть собой» в концепциях К. Хорни и Р. Лэйнга // Вопросы психологии. 2016. № 3. С. 127–137.

² Косилова Е.В. История психиатрии: философский аспект // Мысль. 2009. № 8. С. 156.

³ См.: Власова О.А. Антипсихиатрия: социальная теория и социальная практика. М.: НИУ ВШЭ, 2014.

этих позиций больной воспринимается как человек, наделенного отличной от формируемого стандарта мировоззренческой позицией. Они убеждены, что «страдания людей большей частью вызваны им подобными, и что решения должны основываться на человеческих – а не на химических или электрических – вмешательствах»¹.

«Одной из таковых становится антипсихиатрия Р.Д. Лэйнга. Он осуществляет переход от теории внутриличностного опыта к теории межличностной коммуникации. При этом он уделяет особое внимание исследованию процесса коммуникации между психотиком и другими, что позволяет ему не только отразить специфику переживания бытия онтологически неуверенной личностью, но и показать разницу между восприятием других подобной личностью и восприятием друг друга психически здоровыми людьми. В результате, Лэйнг, признает существование людей со специфическими параметрами пространства опыта, внутренний мир которых сконструирован крайне оригинальным образом, и оказывает влияние на способ их взаимодействия с окружающими. При этом, специфичность данного способа, на взгляд Лэйнга, вовсе не свидетельствует о патологии, поскольку нормальность личности, по его словам, определяется, главным образом, способностью воспринимать другого в рамках принятого в конкретном обществе стандарта, определяющего степень схожести индивидов².»

В работах, следующих за «Разделенным я», Лэйнг отчасти отходит от позиций, занимаемых в этой книге. Но главным на всем протяжении его творчества остается крайнее неприятие клиники и норм лечения, которые существо-

¹ Модели безумия: Психологические, социальные и биологические подходы к пониманию шизофрении. Под ред. Дж. Рида, Л.Р. Мошера, Р.П. Бенталла. Ставрополь: Изд-во Возрождение, 2008. С. 34.

² См.: Лэйнг Р. «Я» и Другие. Пер. Е. Загородной. М.: ЭКСМО, 2002.; СПб.: Белый Кролик, 1995; Лэйнг Р. Д. Феноменология переживания. Райская птичка. О важном. Пер. Е. Н. Махнычевой. Львов: Инициатива, 2005. С. 27.

вали на тот момент¹. По словам А. М. Руткевича, Лэйнг и его сторонники на протяжении всей своей деятельности стремились демифологизировать любые формы насилия над человеком. Самой отвратительной и неприемлемой формой насилия они считали насилие политическое, основным орудием которого называли клиническую психиатрию. Соответственно именно клиническая психиатрия и устройство психиатрических больниц чаще всего подвергались критике.²

Безумие при этом характеризуется как бунтарская реакция организма на стремление социума подвести личность под господствующие стандарты. Лэйнг отказывается от понятия «ненормальности», подчеркивая, что шизоидный тип личности не обязательно подразумевает под собой «соскальзывание» в «болезнь». Он лишь предполагает особый взгляд на мир с иного ракурса. Лэйнг подчеркивает, что шизоидный склад характера характерен для многих выдающихся писателей и художников. Особое устройство психики не только не мешает творческому процессу, а во многом помогает ему, позволяя создавать и воплощать самые фантастические образы и новаторские идеи³. Психически больные, по его словам, настолько же нормальны, насколько нормальность подходит к определению здоровых людей. Даже более нормальны, чем они, поскольку подлинно безумный человек не способен осознать свою причастность к заболеванию, в то время как «больной» – это тот, кто посредством осознания своего истинного состояния начинает выздоравливать.

Еще одной ключевой фигурой, развивавшей критическую антропологию болезни в рамках антипсихиатрического движения, был Дэвид Купер. Он дополнил социальную модель болезни описанием концепций социального взаимодействия, избрав в качестве метода марксистский анализ. Купер развивает заимствованное у Лэйнга понятие метанойи и понимает ее как процесс, приводящий человека к истинному осознанию своего «я», выводя его за пре-

¹ См.: Руднев В.П. Миф психотерапии // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2006. № 1. С. 97–102.

² Подробнее см. Лэйнг Р.Д. Расколотовое «Я». М.; СПб.: Белый Кролик, 1995.

³ Подробнее см. Лэйнг Р.Д. Расколотовое «Я». М.; СПб.: Белый Кролик, 1995..

дела социальной системы. Метанойа включает в себя множество глубинных внутренних преобразований и происходит на трех уровнях: 1) *погружение в область «паранойи» (существования вне своего «я»); 2) работа над своим «я», ведущая к внутренней целостности, автономии и реализации себя-в-мире (нойа); 3) анойа (антинойа) – трансцендирование за пределы себя и мира.* Метанойа напоминает осознанный выбор жизненного проекта у Сартра и направлена на достижение экзистенциальной коммуникации. Таким образом, безумие трактуется как процесс перерождения. В отношении концепции Лэйнга Е.В. Косилова отмечает: «...Интегрированное цельное Я – это вторичное состояние субъекта, к тому же требующее постоянных усилий для его поддержания, а первичным состоянием является расщепленность»¹. Такая позиция как раз и развивается Купером, предлагающим считать социальную норму расщепленностью, а безумие – путем к целостному Я.

Являясь революционером, Купер ко всему подходит с точки зрения скептицизма и деконструкции. Он считает революцию единственно возможной формой бытия-в-мире, противопоставляя это осмысленное бытие пассивному существованию, связанному с поглощением предоставляемой информации и последующим условным рефлексом в виде стереотипного поступка, являющегося следствием широкого внедрения методик социального контроля². Это позволяет ему сохранить идеал свободного самоопределения человека и следовать этому идеалу.

Внимание Купера сосредотачивается на грамматике жизни как развертывании власти. Эта грамматика разворачивается на следующих уровнях: 1) микрополитический уровень внутреннего пространства личности; 2) микрополитический уровень семьи; 3) микрополитический уровень конфронтационных групп (групп, имеющих структуру семьи – полиции, образовательных учреждений и т. д.); 4) макрополитический уровень (уровень политических

¹ Косилова Е.В. Изучение субъекта в норме и патологии: когнитивный и феноменологический подход // Человек. Общество. Инклюзия. 2016. № 3-1. С. 74.

² См.: Дёрнер К. Гражданин и безумие. К социальной истории и научной социологии психиатрии. Пер. с нем. И.Я. Сапожниковой. М.: Алетея, 2006. С. 256.

образований как системы). Причем все его внимание сосредоточено в основном на втором уровне, представляющем собой универсальную единицу, по образу и подобию которой строятся все дальнейшие общественные образования. Безумие у него выступает феноменом, дающим ключ к пониманию властных отношений, а семья, воспринимаемая в качестве нуклеарной единицы капиталистического общества, является универсальной моделью, на примере которой можно рассмотреть все структурные образования государства и выполняемые ими функции. Именно семья, выступая в качестве первичного агента социализации, выполняет функции преемственности (сохранения традиций, в том числе по поддержанию существующей власти). Для Купера «семья – это социально трансформированные, безымянные люди, работающие или проживающие вместе в какой-либо институциональной структуре»¹.

Семья, по Куперу, опасна еще и тем, что она устраняет способность к сомнению, заменяя развитие самостоятельного мышления и формирование экзистенциальной картины мира плановым внедрением принятых в данном обществе взглядов на мир и социальную систему. Как отмечает Н.Н. Хомутова, «диалог может становится не только способом преодоления болезни, но и путем к заболеванию»². Семья и школьное образование «прививают» человеку определенные правила поведения, что, лишая личность автономии, априори делает его несчастным. Возникает опасность утраты собственного «я», поскольку в процессе воспитания «мы все усваиваем огромное множество приемов отказа от самих себя и агглюнативной жизни, помещая в себя частицы других, а затем игнорируя различия между составляющими нас “я” других и своим собственным “я”»³. Отсутствие автономии в стремлении обрести подлинную экзистенциальную свободу неизбежно ведет к психическо-

¹ Купер Д. Что значит родиться в семье. Пер. с англ. О.А. Власовой // *Личность. Культура. Общество*. 2009. Том XI. Вып. 4. № 51–52. С. 315.

² Хомутова Н.Н. Философские аспекты понятия «переживания» в концепции Р.Д. Лэйнга // *Успехи современной науки*. 2016. № 5. С. 26.

³ Там же. С. 316.

му заболеванию. В данном контексте безумие не может существовать в рамках, обозначенных обществом, и поэтому является угрозой, что влечет за собой применение таких репрессивных мер, как изоляция и принудительное медикаментозное лечение. Купер призывает к революции, главной задачей которой является реабилитация безумия.

Переосмысливая теории общественного устройства, предложенные Д. Купером и Р. Лэйнгем, Томас Сас выстраивает свою теорию, критикующую существующие в современном обществе властные отношения, обуславливающие необходимость деконструкции понятия психической болезни¹. Сас, как и Д. Купер, проявляет крайнее несогласие с существующими взглядами на понятие нормы и статус безумца. Он так же, как и другие антипсихиатры, критикует социальное устройство и развивает проект деинституализации некоторых его институтов с целью формирования новых, более демократичных основ социальной реальности.

Сас не выделяет уровни социальной организации, поддерживая уже имеющиеся теории группового функционирования. Выдвигая свой вариант социальной теории, основанный на принципах демократии и либертарианства, он в первую очередь, исследует механизмы навязывания норм институтами власти². Не отступая от принятых в антипсихиатрии взглядов на безумие как миф («Миф душевной болезни»), он в очередной раз подчеркивает трагичность положения инакомыслящих, основанного на тотальном характере власти, выступающей фундаментальным принципом, поддерживающим функционирование общества. Данный принцип можно отчасти отнести к анахронизмам, поскольку он был выработан в результате тысячелетиями реализуемой, психологически привлекательной модели общественных отношений, представляющейся людям «единственным приемлемым способом организации» и рассматриваемой как «божественный

¹ См.: Сас Т. Миф душевной болезни. Пер. В. Самойлова. М.: Академический проект, 2010.

² См.: Власова О.А. Смерть общества во имя воскрешения человека // Личность. Культура. Общество. 2009. Т. 11. Вып. 4. № 51-52.

образец жизни на Земле, на небесах и в аду»¹. Несмотря на наличие в социуме идей демократии и равенства, общество до сих пор содержит в себе структурные особенности данной модели, поддерживаемые разработанной системой наказаний. Сас считает, что только с помощью реформации можно создать новое общество, свободное от агрессии со стороны тотальных институций. В противном случае социум продолжит запрещать индивидам проявлять независимое мышление, поскольку оно угрожает идее групповой солидарности.

Сас отмечает, что обществу необходима фигура врага, дабы сильнее сплотить своих членов. В виду отсутствия извне достаточно сильного противника, на которого можно было бы направить агрессию масс, он избирается внутри социума, представляя собой определенный тип личности. Данный тип становится в общественном сознании фигурой переноса, на которую проецируются страхи и опасения людей, и выступает в навязываемой ему со стороны общественных институтов роли козла отпущения. А.С. Судьин отмечает в отношении идей Саса: «Наиболее цитируемыми из его работ являются те места, где он обрушивается с критикой на современное состояние психиатрической помощи и объявляет врачей-психиатров агентами социального контроля. Такое видение им психической болезни заставляет задуматься о том, кому и для чего это выгодно. По его мнению, индивиды, ведущие себя неконформно, чье поведение отличается от принятых правил, просто объявляются психически нездоровыми, репрессируются по воле правящих кругов»².

Цель этого явления состоит в исключении индивидов, угрожающих структуре социального устройства (вследствие ярко выраженных отклонений от принятых стандартов поведения угрожающих общественному порядку) из пространства социального взаимодействия. Сас демонстрирует этот процесс

¹ Сас Т. Фабрика безумия: Сравнительное исследование инквизиции и движения за душевное здоровье. Пер. А. Ишкильдина. Екатеринбург: Ультра. Культура, 2008. С. 42.

² Судьин С.А. Психически больной и его семья в теории и практике социологии психического здоровья. Нижний Новгород: НИСОЦ, 2015. С. 43.

на примере отношения к ведьме (в Средневековье) и душевнобольному (в современности). Сравнивая особенности их общественно-правового положения, Сас отмечает идеальное соответствие социальных статусов представителей данных социальных категорий образу жертвы. Следует подчеркнуть, что ведьмы, как и душевнобольные «не выбирают эту роль – ее им приписывают»¹. Эта параллель позволяет Сасу перейти к сравнению институциональной психиатрии с инквизицией, предпринимаемому им с намерением «продемонстрировать, что представление о душевной болезни выполняет в современном мире ту же самую функцию, которую в позднем Средневековье выполняло представление о ведьмах, то есть что вера в психические болезни и социально значимые последствия, к которым эта вера приводит, оказывают такое же влияние на мораль и на политические решения, что и вера в колдовство...»². То есть, рассматривая инквизицию в роли властной структуры выполняющей функции защиты общества от угрозы распада вследствие распространения ересей (колдовства), Томас Сас, отмечает процесс смены религиозной парадигмы на научную³, в результате которого «природа заняла место Бога, государство – Церкви, а душевная болезнь – колдовства»⁴. Это обстоятельство привело к институализации психиатрии, выступившей полноправной преемницей традиционных для инквизиции методов, служащих сохранению и поддержанию собственной функциональности и слегка смягченной гуманизацией общества. Исходя из такой картины, как отмечают Кельнер и Тарасов, «обычная госпитализация в психиатрическую клинику и установление там диагноза рассматривается... как несправедливый акт насилия над личностью больного, равносильный заключению его в тюрьму»⁵.

Институциональная психиатрия, так же как и инквизиция наделяется полномочиями применять меры общественного контроля, «оправданные ме-

¹ Сас Т. Фабрика безумия. С. 23.

² Сас Т. Фабрика безумия. С. 21–22.

³ Там же. С. 238.

⁴ Там же. С. 238.

⁵ Тарасов К.Е., Кельнер М.С. «Фрейд-марксизм» о человеке. М.: Мысль, 1989. С. 178.

дицинскими или религиозными представлениями, и предполагающие теологическое или терапевтическое вмешательство, такое как сожжение ведьмы у столба или принудительная госпитализация душевнобольного»¹. Отступление от принятых правил поведения помещает индивида в группу риска, подвергая его опасности став жертвой репрессий, получить статус душевнобольного. Это грозит существенным ограничением прав и свобод личности, применяемым на основе ее несоответствия понятию нормы, неоднозначность которого на данный момент является очевидной. Во-первых, при попадании (даже случайно) под надзор психиатра, индивид «становится пациентом, которого невозможно оставить без диагноза». Во-вторых, понятие нормы подкрепляется исключительно авторитетом власти. Сас демонстрирует эти положения в работе «Фабрика безумия», выдвигая тезис о необходимости отказа от предоставляющего определенные властные привилегии совмещения понятий безумия и преступления: Институциональные психиатры «провозглашают, что душевная болезнь и преступность – одно и то же, и что душевнобольные опасны в тех отношениях, в которых не опасны все остальные»².

Данное высказывание, являясь выражением узости мышления на бумаге, становится очевидным правонарушением в жизни. Используя такие виды власти как влияние (основывается на добровольном повиновении индивидов, фундаментом которого выступает возможность удовлетворить желания людей) и сила (принудительная власть, основанная на причинении вреда), институциональная психиатрия проявляет присущую ей идеологическую направленность не только формируя миф безумия, но и репрессирова соответствующих критериям этого мифа индивидов. А. Якубик подчеркивает: «...Если нет “психической болезни”, то не может быть “диагноза”, “госпитализации” и “лечения”. Упомянутые понятия - лишь метафорические определения. Люди могут изменить свое поведение с помощью психиатра или без него. В первом случае психиатрическую помощь неправильно называют “ле-

¹ Сас Т. Фабрика безумия. С. 24.

² Сас Т. Фабрика безумия. С. 57.

чением», а перемену в поведении, если она происходит в одобряемом обществом направлении, – “излечением” или “выздоровлением”»¹.

Таким образом, выступая с позиций крайнего критицизма, Сас пытается обратить внимание людей на правовое, а точнее, бесправное, положение пациента психиатрической клиники. С момента признания психической недееспособности, жизнью индивида фактически распоряжается психиатр. Фигура врача наделяется неограниченными полномочиями, представляющими собой, по сути, «систематическое использование насилия и обмана, маскируемого запутанной структурой больниц и клиник, врачебной риторикой и престижем медицинской профессии»². Неограниченные полномочия психиатра основаны на тотальном характере дарованной ему власти. Они реализуются через принцип принуждения и, воздействуя на личность, причиняют сумасшедшему существенный вред: «причинение вреда людям, объявленным безумными, – это ее существенная функция: институциональная психиатрия создавалась в соответствии с замыслом защитить и усовершенствовать группу (семью или государство), наказывая и унижая индивида (безумца или больного)»³. Подобное утверждение, казалось бы, должно подводить нас к мысли о многочисленных злоупотреблениях, присутствующих в рамках психиатрии, но Сас говорит о бессмысленности высказываний подобного рода. Институциональная психиатрия сама по себе является «злоупотреблением», которое необходимо подвергнуть деконструкции, с целью создания новой науки о человеке, основанной на теории индивидуальности и находящейся в пространстве медицины.

Сас приходит к следующему выводу: коль скоро сумасшествие находится под юрисдикцией медицины, то к нему, как и к любой другой болезни, угрожающей исключительно ее непосредственному владельцу, следует подходить с позиций информированного согласия: «поскольку не существует общественного интереса, предписывающего диагностику, в том случае, когда индивид испытывает страдания, пациент волен по собственному желанию прибег-

¹ Якубик А. Истерия. Методология. Теория. Психология. М.: Медицина, 1982.

² Сас Т. Фабрика безумия. С. 61.

³ Там же. С. 29.

нуть к любым медико-диагностическим методам, либо отказаться от них»¹. Смысл данного утверждения предельно прост. Позволив индивиду самостоятельно распоряжаться своей свободой, Сас снимает как проблему недобровольной госпитализации индивида, так и проблему его принудительного лечения, вновь наделяя душевнобольного отнятыми у него конституционными правами.

Подобный подход к восприятию психической болезни как общественно-го мифа характерен не только для Т. Саса, но и для антипсихиатрического движения в целом («безумие ... есть возможность схватить в ее крайних проявлениях корень той истины, что стоит за нашим специфическим пониманием себя самих»²). Лейтмотивом данного движения является в первую очередь призыв к свободному самоопределению человека в рамках личностной экзистенции. С этих позиций разница между безумством как тяжелой, неизбежно регрессирующей формой психического заболевания и нормальным состоянием человеческого существа перестает быть существенной. Представители антипсихиатрии понимают под безумием не предустановленные стандарты поведенческих реакций, а стремление индивида выйти за пределы навязанных обществом штампов. Но поскольку процесс отчуждения выполняется социальными институтами наделенными властными полномочиями, представители антипсихиатрии, как уже говорилось выше, осуществляют попытку революции в области общественного устройства путем тотальной критики государственных структур (в рамках складывающихся внутри них межличностных и групповых отношений на основе подчинения, т. е. властных отношений) на примере отношения к психической болезни как к репрессируемой патологии.

Это точка зрения развивается в антипсихиатрии не только психиатрами, но и близкими к ним социологами и получает популярность в американской социологии с ее вниманием к теории стигматизации и исключения. Здесь ве-

¹ Там же. С. 59.

² Cooper D. Introduction / Foucault M. *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. Trans. by R. Howard. London; New York: Routledge, 2001. P. vii. Цит. по: Власова О.А. Смерть общества во имя воскрешения человека. С. 310

душим теоретиком становится Ирвинг Гофман¹. Как и Купер, Гофман пытается показать схему трансформации представлений о своем «я» и об окружающем мире, выдвигая идею о психическом заболевании как тотальном мифе, призванном оградить порядок общественного устройства от инакомыслия². Он так же показывает порочность государственных образований, направленных на воспитание человека в качестве безличного и опосредованного существа. Эти институции (армия, больницы, школа, церковь и т. п.) призваны подавлять человека и переформировывать его «я» при введении в социум. Но, в отличие от позиции Купера, заявляющего, что закрепощение человека, подавление его «я» и вовлечения в обезличенные массы происходит уже на уровне семьи, Гофман утверждает, что семья не имеет отношения к тотальным институциям. Наоборот, личность человека формируется в условиях семьи, а при дальнейшей социализации (происходящей при участии институций) «я» индивида видоизменяется вследствие столкновения «с рядом унижений, обесцениваний, оскорблений и профанаций “я”». Его я последовательно, пусть даже и неумышленно, умерщвляют»³.

В работах Гофмана четко прослеживается тема принуждения и власти, акцентирование которой и характерно для работ всех представителей антипсихиатрического движения. Тотальные институции, на его взгляд, выполняют функции наказания и сдерживания, что происходит в результате разделения общества на обитателей и персонал. Гофман выделяет три вида тотальных институций: 1) религиозные (добровольное умерщвление «я»); 2) тюрьмы (разрушение «я» против воли личности); 3) все остальные институции, ключевой особенностью которых является изменение «я» представляющее собой «естественный эксперимент, который показывает, что

¹ См.: Goffman E. *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books, 1961.

² См. Батыгин Г.С. Континуум фреймов: драматургический реализм Ирвинга Гоффмана // Вестник РУДН. Серия «Социология». 2001. № 2. С. 5–24.

³ Гофман Э. Об особенностях тотальных институций. Пер. с англ. О.А. Власовой // Личность. Культура. Общество. 2008. № 3–4. С. 41.

можно сделать с «я»¹. Данная классификация не является исчерпывающей, но способствует проведению исследования в качестве отправной точки.

Механизмы, осуществляющие умерщвление «я» в данном случае достаточно просты: лишение индивидуальности и отрыв от привычно выполняемой социальной роли. Тотальные институты стирают индивидуальность не только путем придания личности статуса вещи (одинаковая униформа, запрет на личное имущество и т.д.), но и посредством лишения его автономии путем нарушения и последующего разрушения личных границ (пациент всегда находится под присмотром в обществе себе подобных). Более того, естественные защитные реакции на закрепощение (борьба за право свободного конституирования своего мира) становится признаком «заболевания» и влекут за собой немедленное наказание. Данное разрушение логической связи между человеком и его действиями Гофман называет «закручиванием». Мир тотальных институций строится по следующей схеме: 1) установление правил поведения; 2) система поощрения за их исполнение; 3) наказание за неповиновение.

Тотальность социальных институций и их властный характер, закрепощающий личность, не могут не вызывать реакцию протеста² и у Франко Базалья – наиболее радикального представителя антипсихиатрического движения³. В отличие от Гофмана, описывающего закрепощающие личность особенности тотальных институций, и Купера, деконструирующего их на бумаге, он переходит от критики социального устройства (в частности устройства психиатрических больниц) к активной реорганизации структуры взаимоотношений «человек – социальный институт».

¹ Власова О.А. Смерть общества во имя воскрешения человека // Личность. Культура. Общество. 2009. Том XI. Вып. 4. №51–52. С. 311.

² Ромек Е.А. Психотерапия: теоретическое основание и социальное становление. Ростов-н/Д: Изд-во Рост. Ун-та, 2002. С. 67.

³ Мы оставляем в стороне проекты деинституализации во Франции, об этом см.: Дьяков А.В. Феликс Гваттари, философ трансверсальности. СПб.: Владимир Даль, 2012. С. 37–74, 521–536.

Отправной точкой антиинституциональной деятельности для Базалья становится образ обезличенного и апатичного пациента клиники. Эта апатия – продукт системы взаимоотношений, основанной на крепелиновской концепции, сводящей безумие к процессу постепенной необратимой деградации личности. В противовес такому представлению о безумии Базалья, во-первых, подходит к практике с позиций феноменологии, и во-вторых, говорит о необходимости изменения отношения к психически больному. То есть, вслед за Гофманом и Купером он призывает отказаться от позиций патернализма и выстраивать отношения на равных. Отличие лишь в том, что основополагающим фактором равноправных отношений для Базалья становится наличие агрессивности. Она является движущей силой, помогающей пациенту проявлять несогласие, отстаивать свои права, в том числе и право на личное мнение.

Руководствуясь данными принципами, Базалья, осуществляя деятельность на должности директора психиатрической больницы в Триесте (1971), начинает работу по преобразованию клиник как социальной институции. Окончательной целью этой работы является их ликвидация. В результате его решительных действий закон «О психиатрической помощи» (1904), в котором психическое заболевание определялось в категориях опасности для себя и окружающих, был заменен на Закон № 180 (1978) «О психиатрической реформе», согласно которому клиника как тотальная институция была упразднена. Психиатрические лечебницы на территории Италии были повсеместно заменены Центрами психической помощи, отношение к больному поменялось с субъект-объектного на субъект-субъектное.

Таким образом, представители антипсихиатрии говорят не о болезни, а о временном эмоциональном расстройстве, возникающем как результат попадания человека в напряженную ситуацию. И здесь можно провести параллель с сартровской пограничной ситуацией. Человек оказывается перед фактом необходимости сознательного выбора себя при столкновении с ничто, которое, в трактовке Гофмана представляет собой уничтожающую «я» силу общественной институции.

Антипсихиатры воспринимают душевную болезнь как социальный миф, проистекающий из неспособности принять некоторые моменты существования, приводящие человека к девиантному поведению и отчуждающие его от общества. Процесс отчуждения продвигается социальными институтами, наделенными властными полномочиями, что обуславливает необходимость выделения уровней социальной структуры и принципов их взаимодействия, выполненное Д. Купером.

Д. Купер, И. Гофман и Ф. Базалья высказывают крайнее несогласие с существующими взглядами на понятие нормы и статус безумца, что приводит к критике социального устройства и развитию проекта деинституционализации некоторых его институтов с целью формирования новых, более демократичных основ социальной реальности. Но деинституционализация таит в себе угрозу перехода власти от дисциплинарной (подчиняющей и уничтожающей «я» человека посредством репрессий) к медицинской, когда при отказе от физического принуждения возникает принуждение психологическое. Освобождаясь от непосредственного угнетения, человек попадает под социальный контроль (в центрах, заменивших клинику, помощь оказывается по-прежнему с позиций «норма–отклонение»). Как справедливо заметил Мишель Фуко, безумец по-прежнему определяется в терминах «подгонки под морально признаваемый и одобряемый социальный образец». Фактически поведение больного определяют в категориях способности к функционированию в обществе или ее отсутствию с целью наметить путь возможной реабилитации (попытки обучения недостающим навыкам взаимодействия). И так, несмотря на деинституционализацию, происходит возвращение концепции болезни в ее биологическом понимании.

В контексте социальной модели медицина выступает в качестве одной из социальных институций, а болезнь, особенно психическая, понимается как механизм стандартизации. Критика социальной модели сосредоточена вокруг отношений «социальная группа – индивид», «человек – общество». Центральным моментом критики становится тотальный характер общества, бю-

рократизация социальных институтов и их манипулятивная настроенность. Именно эти черты способствуют подавлению личной свободы индивида и служат препятствием подлинному бытию. Поэтому неудивительно, что критика медицины как науки и как социальной практики приводит к проектам деинституализации.

Конечно, социальная антропология болезни содержит провокативные элементы. Конечно, она во многом спорна¹. Однако она, как и теория И. Иллича, объединяет достижения нескольких наук и открывает междисциплинарные перспективы не только в понимании психического заболевания, но и в исследованиях человека и общества, феноменов власти и принуждения. Проблема социального принимает в этой перспективе новое звучание.

2.3. Эпистемология разума и неразумия

Среди различных моделей философского осмысления психического заболевания одна из самых распространенных – та, которую можно охарактеризовать как историко-эпистемологическую. Она сформировалась на пересечении философии и теории культуры, истории и психологии, и в ее основе – осмысление психического заболевания как феномена культуры, точнее, как феномена истории культуры, меняющего свой облик во времени.

Эта модель, представленная уже в работах Ж. Деверо, Р. Бенедикт, М. Херсковитца, находит свое наиболее четкое выражение в работах французской историко-культурной школы, а затем и в эпистемологических работах М. Фуко и Р. Кастеля². Параллельно с французскими исследователями над эпистемологической трактовкой феномена болезни работает голландский психиатр Я. Х. Ван ден Берг. Впервые о культурно-исторической специфике

¹ См.: Казаковцев Б.А., Ястребов В.С., Митихина И.А., Митихин В.Г. Современная психиатрическая реформа и реорганизация сети психиатрической помощи // Психическое здоровье. 2009. № 9. С. 3–22.

² Власова О.А. Критерии нормативности в пространстве общества и истории: социальная феноменология безумия // Журнал социологии и социальной антропологии. 2007. № 2. С. 184–190.

психического заболевания начинают говорить этнологи и антропологи¹: в 1930-е гг. в работе «Нормальное и патологическое» Рут Бенедикт указывает, что болезнь есть функция культуры и зависит от принятых в культуре норм. Эту тему подхватывают радикально настроенные психиатры, и в 1960-е гг. начинают звучать утверждения о том, что психическое заболевание продуцируется обществом.

Своеобразный синтез историко-культурного и философского подходов осуществляется во французской традиции исторической эпистемологии: в работах Ж. Кангийема², М. Фуко, Б. Латура, Р. Кастеля³. Эта традиция, продолжая развивать философию науки, превращает ее в историю систем мысли как целостной историко-культурной парадигмы, науки как совокупности традиций. Поэтому эпистемологическая модель психического заболевания акцентирует историко-культурную трактовку болезни. Психическое расстройство при этом не просто анализируется в ракурсе истории общества и культуры, но посредством этого анализа вскрываются механизмы и основания самой культуры и истории. Наиболее ярко такая историко-культурная трактовка представлена в работах Мишеля Фуко.

Тема болезни занимает одно из центральных мест в творчестве Фуко: она буквально пронизывает все его творчество, зачастую выступая в качестве призмы, взглянув через которую философ осмысляет не только остальные интересующие его темы (например, проблемы власти и знания), но и смотрит на жизнь в целом, на культуру как таковую⁴. Однако сам подход к болезни,

¹ См.: Ожиганова А.А. Антропология и медицина: перспективы взаимодействия (дискуссия 1980-х – 2000-х годов) // Этнографическое обозрение. 2011. № 3. С. 10–22, а также: Михель Д.В. Медицинская антропология: исследуя опыт болезни и системы врачевания. Саратов: Саратов. гос. техн. ун-т, 2015.

² Кангилем Ж. Что такое психология? (Выступление на конференции 18 декабря 1956 г. в Философском колледже в Париже) // Эпистемология и философия науки. 2012. № 1. С. 212-225.

³ Кастель Р. «Проблематизация» как способ прочтения истории. Пер. А. Маркова / Мишель Фуко и Россия. СПб.: Европейский ун-т в Санкт-Петербурге, 2001.

⁴ См.: Автономова Н. С. Эпистемологическая концепция М. Фуко и ее эволюция // Французская философия сегодня. Анализ немарксистских концепций. Под ред. И. С. Вдовиной. М., 1989. С. 45-64.

медицине как таковой и к истории медицины у Фуко весьма нетрадиционен. Ю.С. Савенко характеризует суть этой позиции следующим образом: «Предпринятая Фуко социологизация понятия болезни лишает для него смысла классическое разделение двух независимых осей психических расстройств: здоровье – болезнь и норма – патология»¹. В основном это связано с интересом философа к процессам маргинализации и патологизации, что обуславливает его обращение к теме психического заболевания.

В работах Фуко прослеживается мысль о формировании статуса умалишенного под влиянием общественных ценностей и установок, сходная с основными положениями концепцией антипсихиатрии. Однако сам Фуко неоднократно подчеркивал, что не сомневается в реальности психического заболевания и существовании душевнобольных (это подтверждается введением термина «неразумие»). Таким образом, абстрактные конструкции, выстраиваемые мыслителем, служат цели классификации и упорядочивания имеющихся представлений о безумии, цели исследования эпистемологии, и не являются способом ухода от проблемы².

В своей первой книге «Психическая болезнь и личность»³ Фуко предстает как феноменолог, стремящийся постичь природу психического заболевания в отрыве от каких бы то ни было социальных отсылок⁴. Здесь он пытается найти отправную точку психического заболевания, в которой сокрыта не столько возможность, сколько необходимость болезни. В этом безустанном поиске и рождается первый вариант исторической эпистемологии болезни,

¹ Савенко Ю.С. Переболеть Фуко// Новое литературное обозрение. 2001. № 49. С. 31.

² В этом его позиция совпадает с позицией прогрессивного историка психиатрии Ж. Гаррабе (Гаррабе Ж. История шизофрении. Пер. с франц. А.Д. Пономарева. М.; СПб., 2000).

³ Фуко М. Психическая болезнь и личность. Пер. с фр., предисл. и коммент. О. А. Власовой. Изд. 2-е, стереотип. СПб.: Гуманитарная Академия, 2010. С. 23.

⁴ См.: Власова О.А. Ранний Фуко: до «структуры», «археологии» и «власти» / Фуко М. Психическая болезнь и личность. Пер. с фр., предисл. и коммент. О. А. Власовой. Изд. 2-е, стереотип. СПб.: Гуманитарная Академия, 2010. С. 5–66, а также: Власова О.А. «Антропологический сон» Мишеля Фуко: ранние работы / Фуко М. Ранние работы. Пер. О.А. Власовой. СПб.: Владимир Даль, 2015. С. 3–82.

завершенную версию которого мы обнаружим в его второй книге «История безумия в классическую эпоху».

Начав с критики концепции органической целостности, Фуко, под влиянием идей Ж. Кангийема и его работы «Нормальное и патологическое»¹, приходит к мысли о существовании в пространстве медицины некой патологии, благодаря которой она как сохраняет свое единство, хотя и рождает ряд противоречий. Основным из них является дуализм представления о болезни. С одной стороны, болезнь – это борьба организма с чем-то внешним, а с другой, – это процесс противостояния внутренних сил, из чего выводится еще один план – диалектика внутреннего и внешнего. Также в главе психология конфликта, Фуко, основываясь на работах Павлова, выдвигает еще одну трактовку понятия болезни, согласно которой болезнь есть не что иное как форма адаптации индивида к непреодолимым противоречиям внешней среды, то есть одной из форм защиты от диалектических конфликтов. Особое внимание при этом он уделяет выполняющему функцию а priori существования понятию тревоги. С этим понятием Фуко познакомился во время написания предисловия к статье Л. Бинсвангера «Сон и существование». Работа над этим текстом позволила Фуко расширить свой инструментарий понятиями из экзистенциально-феноменологической психиатрии. На наш взгляд, Фуко успешно справился с задачей выявления смысла понятия отчуждения в исторической перспективе благодаря осмыслению внутреннего измерения болезни и выявлению наиболее глубинных структур осознания себя и мира². Как справедливо заметил А. С. Колесников: «Здесь чувствуется марксистская интерпретация феноменов “душевной болезни” и попытки Фуко искать в уче-

¹ См.: Canguilhem G. On the Normal and the Pathological. Trans. by C.R. Fawcett. Dordrecht: D. Reidel, 1987.

² См.: Табачникова С.В. Комментарий переводчика / Фуко М. Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности. Работы разных лет. М. 1996. С. 321–396.

нии Павлова позитивное решение проблемы “взаимоотношения человека и его среды”»¹.

Несмотря на весьма продуктивные идеи, изложенные в работе «Психическая болезнь и личность», эпистемология психического заболевания выглядит в ней, скорее, как первый набросок, нежели как завершенная система. Фуко, как отмечает В.П. Визгин, «только еще искал свой собственный путь»². Сам философ считал свою работу не более чем юношеским экспериментом и старался вовсе о ней не упоминать, объявляя своей первой книгой «Историю безумия», в которой он, отойдя от восторженного взгляда на психоаналитические трактовки и веры в экзистенциально-феноменологическую психиатрию, выстраивает по-настоящему целостную эпистемологию психического заболевания. Д.Б. Голобородько подчеркивает: «В работе «Психическая болезнь и личность» (1954) главным является анализ понятия как результата исторического процесса. Более основательно он будет развит в “Истории безумия”. Но трансформации подвергнется и сам объект исследования. Ведь эволюция психиатрии и психологии – это только малая часть “истории безумия в классическую эпоху”. Искать условия возникновения “безумия” в истории психиатрии – это значит путать причину со следствием»³.

В «История безумия в классическую эпоху» Фуко опять опирается на исследования Кангйема, развивая две его идеи: 1) необходимость пересмотра концепций нормы и патологии (болезнь – это всего лишь особый способ пребывания-в-мире, следовательно, не существует никакого априорного онтологического различия между нормальным и патологическим); 2) медицина является скорее искусством на стыке нескольких наук, чем самостоятельной дисциплиной. Однако наиболее значимым заимствованием был «метод» Кан-

¹ Колесников А.С. Мишель Фуко и его «Археология знания» / Фуко М. Археология знания. Пер. М.Б. Раковой, А.Ю. Серебрянниковой. СПб.: Гуманитарная академия, 2004. С. 8–9.

² Визгин В.П. Онтологические основания философии Мишеля Фуко // Метафизика. 2012. № 4 (6). С. 109.

³ Голобородько Д.Б. Концепции разума в современной французской философии. М. Фуко и Ж. Деррида. М.: ИФ РАН, 2011. С. 7–8.

гийема. Позднее Фуко вспоминал: «...Это ему я обязан пониманием того, что история науки находится с неизбежностью в ловушке альтернативы: или хроника открытий, или описание идей и взглядов, которые, в свою очередь, обрамляют науку либо со стороны ее неопределенного генезиса, либо со стороны того, что из нее откладывается вовне; но что можно, что нужно писать историю науки как историю некоторого связного и одновременно открытого трансформациям ансамбля теоретических моделей и концептуальных инструментов»¹.

«История безумия» представляет собой оригинальную работу, задуманную с целью описать психическую болезнь как процесс непрерывного отчуждения. А.В. Дьяков отмечает: «Оригинальность подхода Фуко... заключается в том, что он предлагает рассматривать становление безумия в классическом (и постклассическом) психиатрическом дискурсе»². В этой книге Фуко прослеживает становление форм и опыта безумия на примере изгнания из общества, породившем практику изоляции, в ходе которой «...изолировали не каких-то “чужих”, которых не распознавали раньше просто потому, что к ним привыкли, – чужих создавали, искажая давно знакомые социальные обличья, делая их странными до полной неузнаваемости»³. В стремлении выяснить способ и критерии отчуждения Фуко рассматривает безумие в его исторической перспективе, неразрывно связанной с реалиями и дискурсом конкретной эпохи. Тем самым, он отходит от ранней феноменологической направленности и предстает перед нами как структуралист.

Практика изоляции не только помогает Фуко проследить становление форм опыта безумия, но и в какой-то мере формирует этот опыт. Отсюда следует необходимость рассмотрения истоков ее зарождения и процесса становления. Фуко пишет, что практика изоляции стала активно применяться на

¹ Фуко М. Порядок дискурса. Инаугурационная лекция в Коллеж де Франс, прочитанная 2 декабря 1970 года / Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности. Сост., пер. с франц., коммент. и послесл. С. Табачниковой. М.: Касталь, 1996. С. 91.

² Дьяков А.В. Мишель Фуко и его время. СПб.: Алетейя, 2010, С. 83

³ Фуко М. История безумия в классическую эпоху. Пер. с фр. И. К. Стаф. М.: АСТ, 2010. С. 91.

территории Европы в связи с распространением проказы. Меры, ранее применявшиеся к прокаженным, претерпев незначительные трансформации, переносятся на фигуру безумца, позволяя сохранить как обычай исключения из общества, так и его структуру: «все формы этого исключения сохраняться, хоть и наполняться, в рамках совершенно иной культуры, совсем новым смыслом...»¹.

Развитие представлений о безумии и эволюцию сущности данного феномена в работе Фуко можно проследить поэтапно. Сначала безумие воспринимается как глупость (Средневековье), затем оно получает возможность высказывания, и получает культурно-символическое измерение², превращаясь в языковой опыт (Возрождение). И, наконец, оно погружается в пучину безмолвия, попадая в сферу исключения. Предпосылками к этому служит как развитие философской мысли в целом, исключившее феномен безумия и его проблематику из рассмотрения (Фуко приводит пример Декарта, который показал, что безумие есть невозможность мыслить), так и социально-экономические реалии.

Как подчеркивает Фуко, несмотря на то, что в экономическом плане практика изоляции выявила свою полную несостоятельность, она стала поворотным моментом. Отныне безумие начинает восприниматься в социальном аспекте, на него надевают оковы разума и морали, лишив изначально присущей свободы. «...Оно оказалось в заточении, в крепости изоляции, в оковах Разума и моральных норм, и погрузилось в их беспросветный ночной мрак»³, – пишет он. Кроме того, практика изоляции порождает понятия отчуждения и сумасшествия, позволяя Фуко, как подчеркивает А.В. Дьяков, проследить в ее историческом развертывании археологию отчуждения, с последующим воссозданием этой концепции⁴.

¹ Там же. С. 15.

² См.: Семиотика безумия. Сост. Н. Букс. Париж: Сорбонна. Рус. ин-т; М.: Европа, 2005.

³ Фуко М. История безумия в классическую эпоху. с. 97.

⁴ Дьяков А.В. Мишель Фуко и его время. СПб.: Алетейя, 2010, с. 83.

Изначально разрозненное (вследствие смешения безумцев с маргинальными элементами и венерологическими больными) пространство изоляции постепенно становится однородным, приводя к формированию концепта Неразумия, приобщившего безумцев к понятию вины. С этого времени наказание начинает представляться лекарством, что порождает целый комплекс терапевтических средств, репрессивных по своей сути: «если тело следует лечить, чтобы уничтожить заразу, то плоть необходимо карать, ибо именно она отдает нас во власть греху; и не только карать, но и упражнять ее, умерщвлять, не боясь оставить на ней болезненные раны, ибо здоровье слишком легко превращает наше тело в орудие греха»¹. Теперь больному необходимо в первую очередь раскаяться, выразив свое раскаяние в подчинении правопорядку заведения, в котором он содержится. Совокупность терапевтических мер, приводящих к подобному поведению, служившему симптомами выздоровления, превращает больницу в исправительное учреждение².

По мнению Фуко, в классическую эпоху происходит смешение смыслов понятий безумия и нравственности. Специально для обозначения этого процесса Фуко вводит понятие «неразумие». Девиации поведения в ряде случаев приравниваются к душевной болезни вследствие понимания безумия как отсутствия разума. Таким образом, безумие включается в моральный опыт человека и сближается с преступлением. Образ безумца становится предельно размытым, при этом диагностику заболевания, а также курс лечения может назначать не только врач.

Как пишет Фуко, «в Общем госпитале врач назначался не потому, что людей, помещаемых туда, считали больными, но потому, что боялись болезни среди тех, кто в изоляторе»³. Теперь эту медицинскую функцию берет на

¹ Фуко М. История безумия в классическую эпоху. С. 107.

² См. Фуко М. Безумие и общество / Интеллектуалы и власть: (Избранные политические статьи, выступления и интервью). Пер. С.Ч. Офертаса под ред В.П. Визгина и Б.М. Скуратова. М., 2002. С. 7–18

³ Фуко М. История безумия в классическую эпоху. С. 139.

себя судья. Вынося решение о заключении, он волен так же и выносить решение о сумасшествии, обладая полномочиями врача и сводя болезнь к понятию нормы и патологии. С этого момента пространство медицины начинает сближаться с юридическим пространством, порождая двойственность опыта безумия: в юридическом сознании безумец предстает перед нами как правовой субъект, наделенный определенными обязанностями по отношению к обществу, а в социальном сознании он приравнивается к преступнику. В первом плане происходит ограничение или лишение свободы (вверяющее безумца во власть другого), во втором безумец начинает восприниматься в качестве другого, изгоя, что ведет к психологическому отчуждению индивида. Эти две области, по Фуко, будут разделены вплоть до XIX века.

Однако, наряду с помещением безумцев в пространство изоляции, продолжает сосуществовать и практика их демонстрации, благодаря чему мы получаем возможность увидеть разницу между безумием и неразумием. Кроме того, общественное сознание в классическую эпоху воспринимало безумие как проявление животного начала, затмевающего собой человеческую сущность субъекта¹. Представая перед людьми в качестве животного, безумец получает и соответствующее обращение. Наказание перестает носить карательный характер, оно становится методом укрощения, окончательно отупляющим, но единственно способным исцелять. Таким образом, животное начало начинает восприниматься в качестве естественного, хотя и негативного, состояния. Безумие выставляется напоказ в крайних своих проявлениях, благодаря чему практика изоляции наглядно показывает весь аморализм столь притягательного неразумия, предупреждая о неизбежности падения человека, и показывая ту глубину, на которую ему предстоит пасть.

Исходя из выстроенной Фуко эпистемологии, безумие в классическую эпоху представляет собой изнанку разума, и становится настоящей проблемой и со стороны философии, и со стороны медицины. Философия стремится

¹ См.: Фуко М. Безумие, отсутствие творения // Фигуры Танатоса: Искусство умирания. Под ред. А.В. Демичева, М.С. Уварова. СПб., 1998. С. 203–211

выяснить природу разума и отграничить его от неразумия, отделить рациональное от иррационального. Эта тенденция приводит к объединению сфер разума и рациональности. Безумец начинает восприниматься как человек, разум которого совмещен с неразумием. Начинает формироваться новый образ безумца: слегка размытый благодаря практике изоляции, он вбирает в себя все признаки неразумия, что приводит к характерной для всего XVIII века ситуации: безумец мгновенно вычисляется на основе своей инаковости. Он – другой, причем его чужеродность выведена исходя более из интуиции, чем из логики. Ю. Хабермас так характеризует замысел «Истории безумия»: «что возвышает эту книгу среди прочих исследований историков науки, ориентированных на историю культуры, так это философский интерес к безумию как феномену, дополнительному по отношению к рассудку: безумие отстраняет от себя ставший монологическим рассудок, чтобы безопасно совладать с собой как предметом, очищенным от субъективности разума»¹.

Фуко подчеркивает, что, благодаря своей инаковости, безумие получает статус объекта, вновь вводящего это заболевание в пространство медицины и в дальнейшем выступившего решающим фактором для появления науки о безумии. С этого момента происходит обращение к феноменам, в которых выражается болезнь, давшее начало симптоматическому методу. Д.Б. Голобородько отмечает: «Медицинская истина смогла утвердиться только после того, как тот опыт, в котором “безумие” было частью более общего мира неразумия, был полностью забыт. Поэтому в медицинском и клиническом представлении о безумии невозможно найти никаких следов предшествующего ему опыта»².

В XVIII в. появляется ряд заведений, где размещаются исключительно умалишенные. Этот феномен получает первостепенное значение, поскольку, разместив большую часть безумцев в «свое, только для них предназначенное

¹ Хабермас Ю. Философский дискурс о модерне. М.: Весь мир, 2003. С. 203.

² Голобородько Д.Б. Концепции разума в современной французской философии. М. Фуко и Ж. Деррида. М.: ИФ РАН, 2011. С. 22.

убежище»¹, он локализует безумие, помогая ему обрести собственную истину. Благодаря этой практике безумие сначала занимает обособленное положение, а потом обретает собственную структуру. Наряду с этим неразумие начинает утрачивать характерность своих черт, подводя все многообразие проявлений под общий знаменатель вольнодумства.

Фуко в очередной раз подчеркивает ошибочность мнения, утверждающего, что именно изоляция породила сначала интерес, а потом уже жалость к безумию, переросшую в филантропию и социальную поддержку. Он утверждает, что вовсе не жалость, а безразличие сформировало привычные нам черты безумия, и идеи, прозвучавшие в XIX в. были не изобретены, а лишь переформулированы с изменением изначальных посылок. Разница состоит только в том, что в XVIII в, в отличие от XIX, предложение помещать безумцев в специальные заведения было продиктовано страхом и политическими соображениями: «безумец воспринимается не как первая и невиннейшая из жертва изоляции, а как самый темный и одновременно самый наглядный, самый назойливый символ той силы, которая подвергает изоляции других»².

С течением времени обнаруживается полная несостоятельность института изоляции. Это уже не спасительное средство, призванное избавить улицы от маргинальных элементов, а грубейшая экономическая ошибка. Полностью ликвидировать этот институт не было возможности, поскольку для этого необходимо было закрепить за каждым классом изолированных свое социальное пространство. И если неразумие вписывалось в существующую социальную структуру, то безумие не находило в ней своей ниши. Это ставило в тупик законодательную власть, поскольку, как отмечает Фуко, «она не могла не санкционировать конец изоляции, и теперь не знала в какой точке социального пространства найти для него место – в тюрьме, в госпитале или же в кругу семейной благотворительности»³.

¹ Фуко М. История безумия в классическую эпоху, С. 450.

² Фуко М. История безумия в классическую эпоху, С. 466.

³ Фуко М. История безумия в классическую эпоху. С. 490.

На первом этапе реформирования изоляции создается социальный институт, но он ближе к изоляции, чем к медицинскому учреждению. На втором этапе безумие формально объявляется свободным, но это не более чем уловка, призванная вернуть безумца в рамках закона к статусу зверя. Эти ухищрения послужили основой психиатрического мифа об объективном познании безумия, который привел к уничтожению границ между пространством изоляции и медицинским пространством, установил нейтральное отношение между безумием и тем, кто его распознает, и породил безумца с преступником.

В классическую эпоху безумие становится публичным, однако не решено находится ли оно ближе к исправительному учреждению или к больничной палате. Соответственно неясно стоит ли обращаться с безумцами так же строго как с заключенными или к ним нужно относиться более лояльно, создав вокруг подобие семьи? Впоследствии Тьюк и Пинель совместят эти два подхода и создадут архетип современной психиатрической лечебницы. Изоляция получает новый облик не за счет постепенного внедрения терапевтических мер, а за счет трансформации внутреннего пространства. Как отмечает З.А. Сокулер в отношении работ Фуко по сексуальности и безумию: «В этих работах он показывает, что данные учреждения, кажущиеся современному человеку от века данными и совершенно естественными, формировались при определенных социальных отношениях и в определенных структурах власти и в то же время сами формировали определенные типы знания и власти...»¹.

Меняется подход к безумию. Если раньше оно рассматривалось сквозь призму дуализма «разум – неразумие», «хаос – порядок», теперь его рассматривают в аспекте индивида и его прав. Лечебница в классическую эпоху больше похожа не на больницу, а на место свершения правосудия, где терапевтические меры превращаются в репрессии в результате очевидной связи проступка и наказания. Фигура врача в этом пространстве наделяется прак-

¹ Сокулер З.А. М. Фуко: история сексуальности // Человек: образ и сущность. 2007. № 1. С. 119.

тически безграничной властью, однако происходит это не потому, что он обладает знанием о безумии, а потому что способен его обуздать. Его фигура олицетворяет одновременно и отца, и судью и сам закон, превращая зарождающуюся психиатрию (в рамках клинической практики) в науку о нравственном воздействии. Как пишет Е.И. Кириленко, «присутствие больного в семье сменилось его изъятием и изоляцией в клинике – этом театре нозологической медицины»¹.

Завершая систему своей эпистемологии, Фуко приходит к выводу, что изначально в самом понятии безумия была заключена безграничная свобода, являвшаяся неотъемлемым атрибутом существования безумца. Но в классическую эпоху четко обозначается противоречивость этой свободы. Причем, процесс освобождения безумцев не снимает это противоречие, а усиливают его, поскольку, заключив свободу в рамки структуры, они не оставляют от нее ничего кроме иронии. Ю. Хабермас видит в этом сравнение предпосылку эпистемологии модерна, он отмечает: «Как и в более поздних исследованиях [Фуко], в центре — сравнение классической эпохи с модерном. Обе разновидности практики исключения совпадают в том, что предусматривают принудительное разделение [разума и безумия]; четко выделяют в общей картине безумия черты, аналогичные разуму»². Формальное освобождение безумцев приводит к тому, что они получают ограниченную свободу в замкнутом пространстве лечебницы, однако лишаются даже собственной воли, перенесенной на желания врача и в них же отчужденной. Получив возможность высказывания, безумие выявляет истину о человеке, чем изменяет взгляд на собственную сущность. В безумии больше не угадываются очертания зверя, но виден искаженный лик человека. Безумие становится объектом познания, и, сталкиваясь с незаинтересованным взглядом другого, высвечивает свою истину. Оно не есть отсутствие разума, но противоречие в нем.

¹ Кириленко Е.И. Возможности культурологического подхода в исследовании гуманитарных аспектов медицины // Вопросы культурологии. 2010. № 1. С. 11.

² Хабермас Ю. Философский дискурс о модерне. М.: Весь мир, 2003. С. 254.

При таком подходе к безумию, в исследовании его тесной связи с современной ему культурой и историей, Фуко показывает характерную черту французской эпистемологической школы: история (прослеженная им на примере истории безумия) предстает для него как проблема. «Согласно данному принципу, – пишет Л.Ю. Соколова, – историк обращает прошлому актуальные в свете современности вопросы, интерпретируя тем самым исторические памятники: необходимо понять прошлое с помощью настоящего»¹.

Так Фуко пытается понять отчуждения безумцев, смотря на историю их изоляции, и через историю изоляции смотрит на отношение безумия и разума, стремясь объяснить самосознание современного человека, изнанка разума которого представляется им самим как неразумие. С.Л. Фокин отмечает: «"История безумия" входит в число тех книг, без которых западная культура не узнала бы того, как она сложилась в современных формах: с виду специальный труд по истории института психиатрических лечебниц Европы, представленный на соискание докторской степени в Сорбонне, работа Фуко извлекла на свет поразительную картину генеалогии новоевропейской ("классической", по терминологии мыслителя) культуры, становление которой начиная с Возрождения сопровождалось неукоснительным вытеснением из социальной жизни многообразных элементов неразумия, игравших существенную роль в организации духовного мира Средневековья»².

Эпистемология болезни с ее историко-культурным подходом к безумию расширила рамки традиционной проблематики истории культуры и истории как таковой. Конечно же, ее исследования нельзя в полной мере назвать ни историческими, ни культурологическим, ни философскими. Однако в этом и состоит ценность этого междисциплинарного подхода.

Эпистемологическое исследование психического заболевания позволяет Фуко включить его в процесс исторической смены мировоззрений, или си-

¹ Соколова Л.Ю. Очерки французской философии XX века. СПб.: Роза мира, 2006. С. 81.

² Фокин С.Л. Образы литературы в «Истории безумия» М. Фуко // Фигуры Танатоса. Искусство умирания. Вып. 4. Под ред. А.В. Демичева, М.С. Уварова. СПб.: Изд-во СПбГУ, 1998. С.211.

стем разума. Такая трактовка приводит его к тому, что он начинает говорить не о заболевании, а о безумии, и его антропологическом статусе. Термин «психическая болезнь» окончательно гуманитаризуется. В «безумии» Фуко практически нет следа болезни. Оно для него носитель социальных структур, и то различительное понятие, которое позволяет прояснить пространство культуры и истории.

2.4. Историко-культурная перспектива: антропологическая соотносимость здоровья и болезни

Не менее интересна историко-эпистемологическая трактовка психического заболевания, предложенная голландским психиатром Я. Х. Ван ден Бергом. Его работам, написанным в экзистенциально-феноменологическом ключе, на настоящий момент уделено крайне мало внимания. Это, несомненно, является упущением, поскольку он, наряду с другими мыслителями, принадлежащими к Утрехтской школе феноменологической психологии и антропологии¹, внес немаловажный вклад в развитие представлений о телесности и природе психического заболевания.

К тому же, Ван ден Берг не ограничивался феноменологией и психотерапией. В круг его интересов входили проблемы антропологии, исторической психологии, веры и духовности. Он разработал концепт метаблетики, название которого происходит от греческого «metaballein» – «изменение». Суть метаблетики состоит в изучении и осмыслении культуры через повседневное существование человека, причем исторические трансформации человека приобретают базовый характер, именно на их основе рассматриваются все последующие изменения. Следует отметить, что метаблетика представляет собой еще и метод, с помощью которого Ван ден Берг анализирует случаи из клинической практики.

¹ Об утрехтской школе феноменологической психологии см.: Van Manen M., Levering B. Phenomenological Anthropology in the Netherlands and Flanders / Phenomenology World-Wide. Ed. T. Tymieniecka. Dordrecht: Kluwer Press, 2002. P. 274–286.

Метаблетика Ван ден Берга основана на феноменологии. Именно феноменология, знакомство с которой началось у Ван ден Берга с работы Хайдеггера «Бытие и время», помогла ему по-иному осмыслить окружающий мир вещей и явлений. Благодаря ей он смог выстроить собственный метод анализа, позволяющий заглянуть за факты и дать высказаться самим вещам. В своем стремлении непредвзято отразить действительность, он, подобно большинству феноменологов, уделяет много времени исследованию дорефлексивного опыта: «у объектов есть что нам сказать – это общепризнанная истина среди поэтов и живописцев. Поэтому поэты и живописцы рождаются феноменологами. Хотя, скорее, все мы рождаемся феноменологами... Мы все понимаем язык объектов»¹.

Феноменология, в первую очередь, занимается описанием, поэтому, методы феноменологии, перенесенные в пространство психиатрии, позволяют более пристально изучить внутренний мир больного, посредством описания его обыденной жизни: «описать мир человека означает изобразить конкретную, выражающуюся в опыте конфигурацию исходных отношений я, других и вещей»². При этом феноменология перестает играть роль метода, и становится позицией, призмой, через которую психиатр смотрит на мир. Более того, Ван ден Берг стремится продемонстрировать, что одного клинического случая вполне достаточно, чтобы выявить суть психического заболевания и максимально точно постичь структуру внутренней реальности больного. Эта идея наиболее полно отражена в его работе «Другое существование»: «как правило, общая психопатология состоит из сводного обзора симптомов и синдромов и описания общих заболеваний; случай пациента описывается только для иллюстрации обсуждаемого вопроса... Мое намерение состоит в том, чтобы показать, что единичный пациент, независимо от того, к какой

¹ Van Den Berg J. H. A Different Existence: Principles of Phenomenological Psychopathology. Pittsburgh: Duquesne University Press, 1972. P. 75.

² Sipiora M.P. Obligations Beyond Competency: Metabletics as a Conscientious Psychology // Janus Head. 2008. Vol. 10 (2). P. 429.

группе принадлежит его болезнь, воплощает в себе всю психопатологию»¹. Перефразировав слова Ван ден Берга, можно сказать, что понимание других людей заключено в осмыслении внутреннего опыта одного единственного человека, поскольку всех нас связывает одно и то же человеческое существование.

В качестве отправной точки психического заболевания Ван ден Берг выделяет состояние тотального одиночества, пронизывающего все бытие человека: «когда пациента попросили высказать свое мнение о других людях, одна вещь стала очевидна: у него не было настоящих взаимоотношений с кем-либо. Его все раздражают <...> Люди на улице остаются на любопытном расстоянии, что дает ему ощущение заброшенности. Даже когда они прикасаются к нему, на тротуаре, он все еще чувствует расстояние. Похожие на безжизненных кукол, они бессмысленно передвигаются по слишком широкой улице»². Окружающие люди воспринимаются больным в лучшем случае с точки зрения пользы, а в худшем – в качестве элементов, несущих скрытую или явную угрозу. Именно тотальное одиночество приводит человека к грани, переступив через которую он попадает из мира здоровых людей в особую реальность психически больных. Одиночество, как высшая степень обособленности, вынуждает человека конструировать собственные объекты, реальные только для него самого. Иными словами, оно служит источником галлюцинаций и бреда.

Метаморфозы обыденной реальности Ван ден Берг разбивает на четыре основных группы: 1) изменения, произошедшие в видимом мире, возникающие в основном из-за ошибочного переноса пациентом неисправной структуры своей психики на внешние объекты; 2) изменения в его теле, возникающие из-за ошибочной локализации беспокойства в какой-либо области тела или органе (конверсия); 3) изменения в его отношениях с другими людьми (фактически, пациент становится «жертвой переноса», неосознанно распро-

¹ Van Den Berg J. H. A Different Existence. P. 3.

² Van Den Berg J. H. A Different Existence. P. 13

страня свое отношение к какой-либо значимой персоне на всех окружающих его людей); 4) изменения, произошедшие в его прошлом, и его взгляд на будущее (мифологизация прошлого).

Все вышеперечисленные метаморфозы, несмотря на свою иллюзорную природу, настолько же реальны для больного, насколько для здорового человека реальны события, происходящие в действительности. Более того, Ван ден Берг подчеркивает, что мир больного даже реальнее, чем мир здорового человека, поскольку «мы в состоянии освободиться от чар удручающего пейзажа, пациент же, не в состоянии освободить себя от мрачной обстановки»¹. Таким образом, галлюцинация представляет собой точку соприкосновения и пересечения миров здорового и больного человека. И, для того, чтобы целостно постичь мир больного, чтобы выявить природу и статус галлюцинации, Ван ден Берг, как справедливо отмечает О.А. Власова, стирает границу между здоровьем и патологией, возводя галлюцинацию на один уровень с восприятием². Это приводит его к общеизвестному и неоспоримому для каждого психиатра принятию переживаний больного, как особой реальности «у него не наблюдается никаких проблем фантазии или заблуждений. Реальность определяла его действия. Для него было просто невозможно отрицать пугающий опыт собственного пребывания на улице; он видел вещи таким»³. Но суть взаимоотношений психотика с вещами и способ конституирования его мира по-прежнему ускользают от понимания, и врач может довольствоваться только описанием симптоматики и чувств пациента.

Поскольку изменение реальности для психически больного человека происходит по четырем вышеперечисленным направлениям, то, для изучения психического заболевания Ван ден Берг предлагает последовательно отвечать на аналогичные вопросы: каковы отношения между человеком и 1)

¹ Van Den Berg J. H. A Different Existence. P. 19

² Власова О.А. Философские проблемы феноменологической психиатрии: Курск: Курск. гос. ун-т., 2007. С. 167–168.

³ Van Den Berg J. H. A Different Existence. P. 10.

объектами окружающего мира; 2) его собственным телом; 3) другими людьми; 4) его прошлым и с временем в принципе¹.

Для ответа на эти вопросы, Ван ден Берг предлагает обратиться к возможности восприятия чистого объекта в принципе, и, после размышлений, он приходит к выводу о том, что такое восприятие не возможно. Объекты доступны для нас только в определенном контексте, обусловленным индивидуальным проектом². И это неделимое единство восприятия (стоит особенно подчеркнуть, что слово «восприятие» здесь подразумевает под собой созерцательность, а не размышление, поскольку «не обдумывая, мы пожимаем друг другу руки, мы говорим. У нас нет проблемы с ответами на эти вопросы в жизни. Как только мы начинаем думать о них, однако, как только мы пытаемся изучить их, возникают неисчислимы трудности. Вопросы, которые, дорефлексивно, были ясны, стали неясными после размышления»³) особенно важно для органичного взаимодействия с миром. Поэтому, перед психиатром, действующим в феноменологически-экзистенциальных рамках, встает задача прояснить истинные отношения человека с объектами окружающей реальности (Это стремление сближает концепцию Ван ден Берга с понимающей психологией К. Ясперса). По Ван ден Бергу, «тот факт, что психиатрический пациент чувствует себя потерянным и одиноким, не означает, что психиатр должен рассматривать своих пациентов как индивидуумов в исходном смысле этого слова: как изолированных, самодостаточных и отделенных от среды»⁴.

Человек не возможен в отрыве от мира. «Напротив, человеческая субъективность отражается в мире, который нас окружает и частью которого

¹ Ibid. P. 30

² Подробнее см.: Van Den Berg J. H. The Human Body and the Significance of Human Movement // Psychoanalysis and Existential Philosophy. Ed. H. M. Ruitenbeek. New York: Dutton & Co, 1962.

³ Van Den Berg J. H. A Different Existence. P. 34

⁴ Visscher J, De. Jan Hendrik van den Berg: About Phenomenology, Historical Psychology and Medical Anthropology // Medische Anthropologie. 2012. Vol. 24 (2). P. 372.

мы являемся, и через него»¹, - пишет Р. Романишин, объясняя эту позицию. По этим причинам Ван ден Берг выступает противником разделения субъекта и объекта в психологии и психиатрии. Этот дуализм, впервые обозначенный Декартом, несомненно, стимулировал развитие физических наук, но не являлся определяющим в области гуманитарного знания, и, особенно психологии и психиатрии. Если отделить субъекта от окружающей реальности, от предметов, с которыми он взаимодействует, то он утрачивает свою исключительность. По словам Ван ден Берга, это происходит потому, что «Наш мир не является главным образом конгломерацией объектов, которые можно описать научно. Наш мир - это наш дом, реализация субъективности. Если мы хотим понять существование человека, мы должны слушать язык объектов»². Поэтому, при описании обстановки, важна максимальная конкретизация. Каждый человек связывает себя с вещами индивидуальной смысловой сетью, определяющей его самоощущение, или, как сказал бы Бинсвангер, динамический порядок собственного существования. Но если для здорового человека этот порядок обладает общепринятой логикой, то у психиатрического больного, он выстраивается из глубокого одиночества и изоляции и обладает уникальными характеристиками, имеющими значимость только для самого больного. Кроме того, поскольку Ван ден Берг работает в ключе феноменологии, он отрицает утверждение о том, что личность состоит из множества взаимосвязанных слоев. Для него существует только один единственный слой – жизнь как таковая³. Таким образом, если внимательно отнестись к словам, то можно составить целостную картину личности, ибо «когда психиатрический пациент говорит, на что его мир похож, он заявляет прямо и без ошибок, что он из себя представляет»⁴.

¹ Romanyshyn R.D. The Necessity for the Humanities in Psychology: Some Thoughts on the Work of J.H. van den Berg // *The Humanistic Psychologist*. 2012. Vol. 40 (3). P. 234.

² Van Den Berg J. H. A Different Existence. P. 39.

³ См.: Romanyshyn RD. Journeying with Van den Berg // *Janus Head*. 2008. Vol. 10 (2). P. 397–414.

⁴ Van Den Berg J. H. A Different Existence. P. 45.

Наряду с миром, тело так же выступает неотъемлемой частью человеческого существования. Эти два понятия (тело и мир) могут быть только равными и никогда не находятся в отношении подчинения одного другому, поскольку само существование возможно только в их единстве. Человек тесно связан со своим телом, посредством и с помощью которого он воспринимает окружающий мир. Говоря о теле, человек говорит о самом себе, однако суть человеческого существования нельзя свести к телесности. Ван ден Берг разделяет тело на рефлексивное и предрефлексивное. Рефлексивное тело выступает объектом научного познания, тогда как предрефлексивное является неделимым и лишь частично познаваемым единством. Ван ден Берг пишет, что тело напрямую отражает существование человека, приводя в качестве примера случай больного, жалующегося на аритмию и боли в области сердца. Специалисты-кардиологи, осматривавшие его дали заключение о хорошем физическом состоянии пациента и отсутствии у него каких-либо патологий. Однако, после осмотров, молодой человек не перестал испытывать дискомфорт и болезненные ощущения. Это происходило потому, что тело, по мнению Ван ден Берга, одновременно находится в двух планах. С одной стороны, тело выступает в качестве объекта – то есть представляет собой вещь в ряду других вещей, которую можно изучать, рассматривать и даже анатомировать. Подобный подход придал импульс к развитию медицины. Именно благодаря ему эта наука появилась в том виде, который мы знаем¹. С другой стороны, тело является неотъемлемой частью личности, и может быть познано лишь частично. В первом случае мы имеем дело с рефлексивным телом, во втором – с предрефлексивным. В случае психического заболевания страдает именно предрефлексивное тело. Возвратимся для иллюстрации к случаю с пациентом: Ван ден Берг приходит к выводу, что дискомфорт больного

¹ См.: Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998.

вызван психосоматикой¹; больной, испытывая беспокойство и не осознавая его истинной причины, локализовывал это беспокойство в области сердца. Таким образом, хотя в рефлексивном теле пациента, осмотренном специалистами, и не было найдено отклонений, а тем более патологий, состояние больного не улучшилось потому что предрефлексивное тело полностью отражало внутренние переживания больного, состояние его мира.

Проблематика тела не сводится у Ван ден Берга к простому разделению на рефлексивное и предрефлексивное. В поисках более точного и глубокого понимания мира психически больного, он знакомится с трудами представителей экзистенциальной философии. Ван Ден Берг, творчески переосмысливает и включает в свой концепт тела еще три измерения, почерпнутые из работы Сартра «Бытие и ничто»: 1) тело, перемещенное вовне; 2) тело, на которое смотрит другой человек и 3) тело человека, который понимает, что на него смотрят. Но, Ван ден Берг, в отличие от Сартра, придающего взгляду враждебный и отчуждающий характер², пишет о наличии взглядов другого рода: симпатизирующих и одобряющих, нацеленных на понимание и принятие Другого. В заключение, Ван ден Берг дополняет представления о телесности еще двумя измерениями, без которых, по его мнению, концепт тела не может быть осмыслен во всей полноте: 1) первичная оценка собственного тела и 2) эмоциональная оценка тела или части тела другого человека.

Концепт тела в философии Ван ден Берга представляет собой целостное единство всех вышеперечисленных измерений тела, включенных в окружающую реальность. Ван ден Берг подчеркивает, что тело и мир равнозначны. Невозможно поставить какое-либо из этих понятий на первое место, поскольку и мир и тело взаимовлияют друг на друга: окружающие

¹ Подробнее о психосоматике можно узнать ознакомившись с теорией медицинской антропологии Виктора фон Вайцеккера.

² См. Сартр Ж.-П. Бытие и Ничто. Опыт феноменологической онтологии. Пер. с франц., предисл., примеч. В.И. Колядко. М.: Республика, 2002. С. 348–353.

объекты образуют контекст существования человека¹. Человеческое существование в некоторой степени подчинено окружающей реальности, но оно в такой же степени обусловлено и внутренними установками. Поэтому Ван ден Берг предлагает объединить в диалоге предрефлексивное тело и предрефлексивный мир.

Следующий аспект, который анализирует Ван ден Берг, – отношения с людьми. Как мы уже говорили, психические заболевания являются следствием тотального одиночества; отсутствия сопричастности к мирам Других. Все попытки выстроить близкие и доверительные отношения с окружающими заранее обречены на провал, поскольку психотик, метафизически, представляет собой вещь в ряду других вещей. Пребывая в мире на позициях вещи, он воспринимает всех окружающих в качестве безымянных объектов, что полностью отрицает саму возможность общения. Основываясь на вышеперечисленных изменениях, Ван ден Берг описывает суть существования психотика. Его жизнь – это «существование субъекта, без прошлого, проживающего свое существование в чужом теле, которое, в свою очередь, окружено странными объектами, в центре этих объектов могут встретиться другие субъекты, в равной степени заключенные в чуждые тела, и в такой же степени нуждающиеся в прошлом»².

Последний и самый важный аспект, рассматриваемый Ван ден Бергом – темпоральность. Объединение тела и мира происходит во времени, причем время представляет собой непрерывный поток прошлого настоящего и будущего. По словам Ван ден Берга, «Время наше достояние. Мы живем в нем. Мы течем с ним»³. И действительно, наше прошлое, так же, как и будущее, обретает жизнь, актуализируясь в настоящем. В настоящем выстраивается индивидуальная динамика человеческого существования. Настоящее, выполняет связующую роль. Однако оно не является решающим

¹ Sipiara M.P. Obligations Beyond Competency: Metabletics as a Conscientious Psychology // Janus Head. 2008. Vol. 10 (2). P. 428.

² Van Den Berg J. H. A Different Existence. P. 73.

³ Ibid. P. 73.

фактором для возникновения расстройства. Истинным значением наделена взаимосвязь прошлого и будущего¹, поскольку именно от способа их соединения зависит опыт индивидуального существования: «прошлое обеспечивает условия для того, что случится в жизни, но жизненные акты укоренены в будущем. Это одинаково верно и для аномального существования. Прошлое обеспечивает условия для возникновения невроза, но сам невроз возникает по причине блокировки будущего»². Иными словами, от опыта, полученного в прошлом и укорененного в воспоминаниях, зависит то, каким предстанет перед нами будущее. А если заблокировано будущее, то человек полностью находится во власти прошлого. Ван ден Берг считает, что во взаимоотношениях человека со временем скрывается механизм возникновения невротических расстройств.

Ван ден Берг пишет об опыте существования с позиции индивидуализма. Этот подход помогает Ван ден Бергу определить темпоральную организацию человека, ведь время, о котором он говорит неотделимо от субъекта. Говоря о будущем и настоящем, мы всегда подразумеваем, что обсуждается что-то конкретное личное время, так же как при затрагивании прошлого мы говорим о личном опыте существования, принадлежащем конкретному человеку, и вытекающем из его желаний и предпочтений. При этом, особое внимание исследователь уделяет попыткам понять где «норма» переходит в патологию, чем именно мир здорового человека отличается от мира больного. Это стремление обусловлено не только попытками найти критерии, по которым определяется состояние помешательства, но и определить ключевые аспекты патологического, которые необходимо исследовать в первую очередь.

С этой целью, как уже упоминалось в начале параграфа, он создает особый метод анализа психопатологических проявлений, именуемый

¹ Giorgi A. The Phenomenological Psychology of J.H. van den Berg // Journal of Phenomenological Psychology. 2015. Vol. 46. P. 149.

² Van Den Berg J. H. A Different Existence. P. 85.

метаблетикой¹. С помощью метаблетики Ван ден Берг осмысливает психическое заболевание не только с позиций медицины, но и с точки зрения философии.

Метаблетика тесно связана с изменением человека и представлений о нем во времени, что ставит ее в один ряд с историческими дисциплинами. Однако, благодаря акцентуации внимания на культурно-антропологической составляющей исторической парадигмы, метаблетика, в первую очередь, обращается к проблеме повседневного бытийствования человека и сосуществования с Другими, взаимодействия с окружающей средой. «Люди меняются в истории, потому что меняется реальность, в которой мы живем»², – разъясняет Б. Мук. Здесь Ван ден Берг опять повторяет свой тезис о взаимосвязи субъективности от среды, объектов, с которыми она связана. «Обращение метаблетической феноменологии к изменяющейся природе реальности поэтому есть обращение к отношениям образа человека и реальности»³, – заключает Р. Романишин. В связи с этим, данная дисциплина признает, что исторические трансформации человека и представлений о нем носят базовый характер и являются основополагающими для всех последующих изменений.

Метаблетика пытается связывать воедино исторические и культурные трансформации человека с изменениями представлений о нем, исходя из нее «одновременные события, имевшие место в различных областях культуры, могут взаимно отражать и объяснять одно другое»⁴. Берта Мук обобщает методологические основания метаблетики в шести принципах, разделенных на две группы. Теоретические принципы: 1) принцип невмешательства в

¹ О биографической ситуации формирования метода Ван Ден Берга см.: Romanyshyn R.D. Jan Hendrick van den Berg Answers Some Questionz: An Interview with J.H. van den Berg // Janus Head. 2008. Vol. 10 (2). P. 377–383.

² Mook B. The Metabletic Method: An Interdisciplinary Look at Human Experience // Phenomenology & Practice. 2009. Vol. 3. P. 27.

³ Romanyshyn R.D. The Despot Eye: An Illustration of Metabletic Phenomenology and Its Implications // Janus Head. 2008. Vol. 10 (2). P. 506.

⁴ Zwart H. The Year 1953: Metabletical Contemplations on the Advent of Metabletics // Journal of Metabletica. 2014. № 8. P. 19.

феномены – исследование феноменов в реальном контексте, в целостности, без внесения изменений, 2) принцип реальности – рассмотрение феноменов повседневной жизни, а не исключительной субъективности, 3) принцип изменения – феномены реальности не являются статичными образованиями, а меняются во времени. Практические принципы: 1) принцип синхронности – одновременность событий в одной (гомогенный синхронизм) или нескольких (гетерогенный синхронизм) сферах жизни и культуры, 2) принцип уникальности случая – исследуемое явление или группа явлений должны рассматриваться на примере какого-либо конкретного исторического события или конкретного человека, 3) принцип акцента – все исследование метаблики должно строиться вокруг акцентированного случая истории, события или человека¹.

При помощи метаблики Ван ден Бергу удастся выявить этапы развития антропологии: 1) *Рождение западной анатомии* (данный этап связан с исследованием внутреннего строения человеческого тела. В 1306 г. был впервые препарирован труп, а позже, результаты этого и последующих вскрытий вместе с иллюстрациями данного процесса послужили основанием для выпуска учебника по анатомии. Главным, по мнению Ван Ден Берга, здесь выступает отношение к телу не как к объекту, а как к личности, о чем свидетельствует взгляд анатома, направленный на глаза трупа); 2) *Анатомия Везалия* (связан с отделением человека от собственного тела и от окружающего мира. Тело становится объектом в связи с выходом в свет анатомии Визалия, что, по мнению исследователя, послужило предпосылкой к разделению здоровья человека на психическое и физическое: «Истоки дифференциации между физическим и психическим здоровьем лежат между 1300 и 1543 гг. Изначально этой дифференциации не существовало»²). Кроме того, Ван Ден Берг отмечает что именно в этот период времени художники

¹ Mook B. The Metablastic Method: An Interdisciplinary Look at Human Experience. P. 28–30.

² Van Den Berg J. H. A Metablastic-Philosophical Evaluation of Mental Health / Mental Health: Philosophical Perspectives. Ed. H.T. Engelhardt & S.F. Spicker. Dordrecht; Boston: D. Reidel Publishing Company, 1978. P. 127.

начинают писать пейзаж отдельно от фигуры человека.); 3) *Сердце человека – насос* (Сердце человека становится таким же органом тела, как и все остальные после того, как в 1628 г. У. Харви продемонстрировал, что оно есть полый мышечный орган). Первые три обозначенных выше этапа в развитии антропологии последовательно дифференцировали тело человека и его душу. 4) *Английская болезнь* (Данная эпоха характеризуется первым в истории возникновением и описанием невроза (1733 г.). Это совпадает с началом индустриализации, что еще больше отдаляет мир от человека); 5) *«Магнетический сон» Месмера и «Двойник» Ж.-П. Ричтера* (Связано с описанием Месмером явлений магнетизма около 1780 г. Параллельно с этим описываются проявления сомнамбулизма. Оба этих состояния имеют сходные характеристики с бессознательным состоянием пациентов, описанных З. Фрейдом, и подводят исследователей человеческой психики к ощущению двойственности человеческого существования); 6) *Всемогущее бессознательное* (Данный этап связан с выходом работы З. Фрейда «Толкование сновидений». Человечество впервые открывает для себя существование бессознательного, которое, по словам Ван Ден Берга, представляет из себя некоего «патологического двойника», присущего каждому человеку); 7) *Ослабевание бессознательного* (Начало этого этапа связано с 1945 г. Именно в этот период времени появляются работы, ставящие под сомнение существование бессознательного. В результате, внутриличностный конфликт начинают рассматривать как межличностный, что исключает невроз из области патологического. Однако, вместе с этим, Ван Ден Берг отмечает обратный феномен: всеобщую невротизацию).

Веками нарастающая дифференциация тела души и психики приводит к появлению понятия психического здоровья/болезни. Однако, Разделив историю антропологии на этапы, Ван ден Берг наглядно продемонстрировал всю искусственность и неуместность данного понятия. По его словам: «Существует здоровье, и это здоровье всего, что существует: здоровье целостности человека и его ландшафта, человека и его тела. Разделение души

и тела, как и другое разделение человека и мира является выражением того факта, что все мы теряем здоровье»¹.

Таким образом, рассматривая человеческое существование с позиций экзистенциально-феноменологической психиатрии, Ван ден Берг, при помощи метода метаблитики стремиться понять внутреннюю структуру мира больного, определить его отношения с окружающими вещами. Он сосредотачивается на индивидуальной истории человека, исследует явления конкретного патологического сознания. И, хотя данный подход не характерен для работ, написанных в духе феноменологии, в его основе лежит роднящее Ван ден Берга с Хайдеггером признание существования основополагающих фундаментальных структур, модификации которых лежат в основе патологического опыта.

Предлагая феноменологическое толкование болезни взамен общепринятому медицинскому толкованию, Ван ден Берг начинает испытывать потребность в укоренении своих теоретических построений. Метаблитика становится одновременно и методом обоснования и методом критики: в ней Ван ден Берг укрепляет связь индивида со средой, выводя понятия непосредственного существования на уровень исторической антропологии, а также предлагает эпистемологическую трактовку понятий «здоровье», «болезнь» и других сопутствующих медицинских терминов.

В контексте феноменологической теории, а затем и теории историко-антропологической болезнь перестает рассматриваться как патологическое состояние и представляется как специфическая форма отношений со средой. Посредством метаблитики Ван ден Берг показывает, что то, что принято обозначать как «болезнь», есть форма отношений, которая не всегда характеризовалась как патологическая, и даже не всегда акцентировалась.

Обратив взгляд в историю, мы видим изменение условий человеческого существования и изменение образа человека, более того, мы видим формирование тех полярностей, на основании которых базируется медицина:

¹ Van Den Berg J. H. A Metablitic-Philosophical Evaluation of Mental Health. P. 135.

«тело/душа», «болезнь/здоровье», «внешнее/внутреннее». Критицизм антропологии Ван ден Берга является одновременно критицизмом оснований (понятий, методов медицины) и критицизмом исторических предпосылок, и он выражается на уровне понятий «здоровье» и «болезнь». Он не обращается к уровню социальной критики, а напрямую связывает человека с историей.

Обобщив представленный в главе анализ, можно заключить, что экзистенциально-ориентированная критика медицины становится первым этапом построения социальной и эпистемологической модели болезни. Призывы обратиться к опыту больного человека, посмотреть на болезнь как таковую и у Иллича, и у антипсихиатров (в особенности, у Лэйнга и Купера), и у Ван ден Берга с Фуко являются первым шагом к критической теории.

Иллич говорит об опыте болезни как переживании жизни и смерти, о его необходимости для человека и переходит к утверждениям о невмешательстве медицины в этот опыт, а затем и к критике медицины как стандартизованного образования, производящего болезни, но не исцеляющего от них. Антипсихиатры (Лэйнг) описывают опыт онтологической защищенности и незащищенности, поиски человеком подлинного пути (Купер) и делают вывод о тоталитарном воздействии общества на личностную сферу и о том, что медицина (в частности, психиатрия) может служить орудием этого воздействия). Ван ден Берг подчеркивает необходимость рассмотрения больного человека как связанного с повседневной реальностью и обращается к исторической изменчивости этих отношений. Фуко в ранних работах пытается описать экзистенциальный уровень болезни, а затем углубляется в исследование социальных структур, которые имеют с ней дело.

Социальная модель психического заболевания при этом является более радикальной, поскольку дает критику устройства современного общества и современной медицины, доходя иногда до обличения основ. Эпистемологическая модель смягчает этот критицизм, обращаясь к

прошлому, критикую не-современные формы. Они обе указывают на тесную связь медицины и теории болезни с историческими формами мировоззрения, с изменением образа человека, критикуя фундамент общества и медицины не напрямую, а косвенно.

Однако во всех моделях неизменной остается антропологическая направленность – устремленность к человеку. Если экзистенциально-феноменологическая неврология и психиатрия являются апологией внутреннего мира и переживания, то социальная и эпистемологические теории представляются путем к осознанию зависимости от общества и призывом к освобождению от притеснения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В XX веке в западной философии формулируется специфическое критическое проблемное пространство, в рамках которого осмысляется ряд антропологических феноменов. Одним из этих феноменов является болезнь. Философская концептуализация болезни занимает важное место в психоанализе и экзистенциализме, социальной критической теории, структурализме, постструктурализме и других течениях. Все это разнородное поле можно разделить на ряд моделей, развитие которых и их специфика связаны с изменением собственных парадигм в философии XX в.

В современном мире болезнь принято рассматривать в негативных категориях, тем не менее, даже на органическом уровне это понятие не является однозначно отрицательным. В работе показано, что целесообразнее рассматривать болезнь как позитивный феномен – несущий собственную ценность и обладающий собственным содержанием и историей. Во всех подходах к болезни, развитых в рамках западной философии XX века, подчеркивалась эта позитивная сущность.

Философская критика болезни различается в зависимости от тех исходных точек, на основании которых осмыляется сама болезнь. Несмотря на кажущееся противоречие трактовок, соматические и психические заболевания сходным образом представляются в философии: через понимание болезни как специфического модуса бытия. В целом, обобщив проанализированные идеи и концепции, можно выделить модели философского осмысления болезни в междисциплинарных направлениях XX века.

Экзистенциально-феноменологическая модель психического заболевания развивается в рамках экзистенциально феноменологической психиатрии. Она включает онтологическую реабилитацию психического заболевания (вводит психическое заболевание в дискурс философии) и развивает экзистенциальную теорию, в рамках которой психическое заболевание понимается как результат изменения пространственных и временных ориенти-

ров, трансформации оснований человеческого бытия. Философская теория болезни работает здесь, в основном, с внутриличностным миром человека: говорит об опыте, сознании, переживании.

Социальная модель психического заболевания формируется в рамках антипсихиатрии, и в ней развивается социальная антропология болезни. Сущность психического заболевания понимается с социальных позиций как маргинальность и несоответствие общепринятым нормам, а практика психиатрической помощи – как практика не лечения, а изоляции. Социальная антропология болезни, сформированная Лэйнгом, его соратниками и последователями в рамках антипсихиатрии, становится связующим звеном, системообразующим элементом философского дискурса психического заболевания. Она развивает достижения экзистенциально-феноменологической психиатрии и расширяет их до социально-антропологической теории, закладывая основания для выстраивания эпистемологической перспективы.

Эпистемологическая модель психического заболевания акцентирует историко-культурную трактовку болезни. Психическое расстройство при этом не просто анализируется в ракурсе истории общества и культуры, но посредством этого анализа вскрываются механизмы и основания самой культуры и истории.

Во всех моделях в пересечении проступают феноменологический и социальный пласты. Это пространство конкретизируется в исследованиях: непосредственного общения, развития человека в обществе и функционирования общества в целом. Поэтому в антропологии болезни можно выделить три уровня: внутриличностный, межличностный и институциональный.

Человек, являясь существом социальным, формирует свои представления об окружающем мире не только на основе опыта собственного существования, но и на основе взаимодействия с окружающим миром. Таким образом, в сознании индивида личный опыт пересекается с социальным. Однако в ситуации болезни изначально патологический индивидуальный опыт, накладываясь на сеть социальных интеракций, рождает совершенно особый способ бытия-в-

мире. И критическая антропология болезни, рассматривая это особое бытие, затрагивает актуальные проблемы, поскольку рассматривает опыт человека на всех возможных уровнях.

Считая внутриличностный индивидуальный опыт первым уровнем социальной феноменологии, феноменологическая психиатрия и экзистенциальная неврология признают, что он имеет универсальную структуру, задающую условия существования индивидуального сущего. Межличностный уровень социальной феноменологии представляется как сеть межличностных интеракций, в рамках которых человек формирует и реализует собственную идентичность. Индивидуальный опыт как выражение первого уровня оказывает непосредственное влияние на межличностный уровень, поскольку его содержание определяет взаимоотношения личности с другими.

Институциональный уровень формируется благодаря вовлеченности человека в функционирование социальных структур, при этом номинальной универсальной моделью выступает семья. Посредством исследования психической болезни антипсихиатрия, в рамках социальной модели психического заболевания, переходит к изучению социальных структур, которые воспринимаются как что-то внешнее по отношению к индивиду. Пространством связывания социального и внутриличностного уровня становится уровень межличностного общения. Социальный уровень исследуется и в его историческом измерении, следствием чего и является конструирование эпистемологической модели психического заболевания.

На всех уровнях – внутриличностном, межличностном и институциональном – в рамках трех обозначенных моделей прорабатываются проблемы экзистенциальной основы человеческого бытия, межличностного взаимодействия, свободы и принуждения, актуальные как для самой философии, так и для общества в целом. Во всех трех моделях психическое заболевание становится своеобразным феноменом, посредством которого анализируется экзистенциальная подоснова бытия, общество, история, т.е. методологическим инструментом, вспомогательной стратегией исследования. Дискурс психи-

ческой болезни становится, таким образом, не только естественнонаучным психиатрическим, но и философским, общегуманитарным дискурсом.

Три модели рефлексии болезни и три уровня рефлексии представляются, прежде всего, как модели и уровни критической антропологии, при этом, сами понятия «здоровье» и «болезнь» являются понятийными средствами этой критики, но не целевыми понятиями.

В рамках экзистенциальной модели медицина отвоевывает себе право говорить о болезни как определенного рода опыте человека, выражать его не только на языке симптомов, но и посредством философского экзистенциально-феноменологического словаря. В центре критики оказывается сам статус медицины как естественнонаучной дисциплины и утверждается ее невозможность постичь все многообразие проявлений человека. Позитивизм медицинской науки, ее основы, методы лечения, границы, словарь, особенности анализа феноменов атакуются экзистенциально-феноменологическими неврологами и психиатрами. По их утверждению, человек гораздо больше того, что о нем можно сказать на языке медицинского позитивизма, его проявления не могут быть адекватно поняты посредством формальных критериев. Психиатры и неврологи следуют за философами, которые противостоят позитивизму в философии и развивают философско-антропологически, экзистенциально-ориентированную мысль, и их теории оказываются продолжением теорий философской антропологии (М. Шелер), экзистенциальной философии (М. Хайдеггер, К. Ясперс, Ж.-П. Сартр).

В рамках социальной модели критика сосредоточивается вокруг отношений «социальная группа – индивид», «человек–общество», она продолжает социальную критику 1960-х гг. и подобна той, которую развивают в своих работах представители Франкфуртской школы, постструктурализма и проч. В центре критики оказывается тоталитарный характер общества как образования, подавляющего личную свободу своих членов, как инстанции, которая препятствует подлинному бытию личности и подлинным отноше-

ниям между людьми. Медицина выступает одной из социальных институций, болезнь – социальным механизмом стандартизации. Она критикуется не только как наука, как теория, но и как социальная практика, поэтому критицизм антипсихиатрии выливается в деинституализацию.

Эпистемологическая критика одновременна социальной в медицине. Выводы о зависимости заболевания от общества приводят к следствию: если общество изменяется во времени, меняется и образ болезни, и демонстрация этого и есть задача всех исторических эпистемологий болезни. Эпистемологическая модель уходит от жесткой критики социальной модели и выбирает своей мишенью незыблемость представлений о человеке, показывая изменчивость представлений о нем и добавляя еще одно – историческое – измерение в антропологические исследования.

Критическая антропология болезни, как было показано в диссертации, развивается в отношении как обычного телесного (соматического) заболевания, так и в отношении психической болезни. Проведенный анализ показан, что существенной разницы в критицизме (его направленности и уровнях) по отношению к двум указанным группам заболеваний нет: не смотря на то, что критика психического заболевания и психиатрии стала наиболее нашумевшей в культуре XX в., она развивает те же критические положения: об излишнем позитивизме медицины, о недопустимости отношения к человеку как к организму, о болезни как переживании, о социальной заданности медицины как института и практики, об исторической изменчивости образа человека и представлений о здоровье и болезни.

Критицизм, развитый в рамках экзистенциально-феноменологической, социальной, эпистемологической моделей, выступил основанием сначала для междисциплинарного, а затем и для трансдисциплинарного синтеза в пространстве медицины, для критического осмысления новых медицинских технологий и подходов, для построения новых форм антропологии. Несмотря на то, что проанализированные модели были сформированы еще в прошлом веке, как критическая точка они не утрачивают своей актуальности:

имена Фуко, Иллича, Ван ден Берга, Лэйнга, Гольдштейна и проч. встречаются во многих современных работах. В плане перспектив настоящего исследования было бы продуктивно: 1) осмысление роли критицизма и его составляющих в развитии междисциплинарных областей медицины (биоэтики, трансдисциплинарных исследований и проч.), 2) сравнительное исследование критических теорий в разных областях наук о человеке, 3) сопоставление философского и медицинского критицизма; 4) не только негативных, но и продуктивных возможностей антропологической критической теории в медицине. Это предмет будущих исследований.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Автономова Н.С. Эпистемологическая концепция М. Фуко и ее эволюция // Французская философия сегодня. Анализ немарксистских концепций. Под ред. И. С. Вдовиной. – М.: Наука, 1989. – С. 45–64.
2. Бабин С.М., Случевская С.Ф. Взаимоотношение философии и медицинской модели психотерапии / Случевские чтения: феноменология и экзистенциальная психотерапия. Под ред. С. М. Бабина. – СПб.: ИПК «Коста», – 2016. – С. 73–83.
3. Бардина С. М. Междисциплинарность как методологическая особенность «философии психиатрии». Дисс. канд. филос. н.: 09.00.01 – онтология и теория познания. – М., 2014. – 184 с.
4. Батыгин Г.С. Континуум фреймов: драматургический реализм Ирвинга Гоффмана // Вестник РУДН. Серия «Социология». – 2001. – № 2. – С. 5–24.
5. Беялетдинов Р.Р., Гребенщикова Е.Г., Киященко Л.П., Попова О.В., Тищенко П.Д., Юдин Б.Г. Социогуманитарное обеспечение проектов персонализированной медицины: философский аспект // Знание. Понимание. Умение. – 2014. – № 4. – С. 12–26.
6. Бибихин В.В. Дело Хайдеггера / Хайдеггер Время и бытие: статьи и выступления. Пер. В.В. Бибихина. – СПб.: Наука, 2007. – С. 5–19.
7. Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. Избранные статьи с приложением Я. Нидлмена. Пер. с англ. Е. Суприной. – М.; СПб: КСП+, Ювента, 1999. – 299 с.
8. Бинсвангер Л. Случай Эллен Вест / Экзистенциальная психология. Экзистенция. Пер. с англ. М. Занадворова, Ю. Овчинниковой. – М.: ЭКСМО, 2001. – С. 207–228.
9. Бинсвангер Л. Феноменология и психопатология. Пер. О.В. Никифорова // Логос. – 1992. – № 3. – С. 125–135.

10. Быкова Е.С. Парадигмы здоровья в контексте философской антропологии. Дисс. канд. филос. н.: 09.00.13 – религиоведение, философская антропология, философия культуры. – Тула, 2007. – 155 с.
11. Вдовина И.С. М. Мерло-Понти: От первичного восприятия к миру культуры // Мерло-Понти М. Феноменология восприятия. – СПб., 1999. – С. 204–209
12. Вдовина И.С. Морис Мерло-Понти: интересубъективность и понятие феномена // История философии. – 1997. – № 1. – С. 59–68.
13. Вдовина И.С. Феноменология во Франции (Историко-философские очерки). – М.: Канон+, РООИ «Реабилитация», 2009. – 400 с.
14. Виггинс О., Шварц М. Влияние Эдмунда Гуссерля на феноменологию Карла Ясперса. Пер. Л.Н. Виноградовой // Независимый психиатрический журнал. – 1997. – №4. – С. 4–12.
15. Визгин В.П. Онтологические основания философии Мишеля Фуко // Метафизика. – 2012. – № 4 (6). – С. 109–120.
16. Власова О.А. Антипсихиатрия: становление и развитие. – М.: РГСУ «Союз», 2006. – 221 с.
17. Власова О.А. Антипсихиатрия: социальная теория и социальная практика. – М.: НИУ ВШЭ, 2014. – 432 с.
18. Власова О.А. «Антропологический сон» Мишеля Фуко: ранние работы / Фуко М. Ранние работы. Пер. О.А. Власовой. – СПб.: Владимир Даль, 2015. – С. 3–82.
19. Власова О.А. Болезнь как новый антропологический горизонт: критическая антропология Ивана Иллича // Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия «Философия. Филология». – 2013. – № 2 (14). – С. 98–109.
20. Власова О.А. Критерии нормативности в пространстве общества и истории: социальная феноменология безумия // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2007. – № 2. – С. 184–190.

21. Власова О.А. Ранний Фуко: до «структуры», «археологии» и «власти» / Фуко М. Психическая болезнь и личность. Пер., предисл. и комент. О. А. Власовой. – СПб.: Гуманитарная Академия, 2009. – С. 5–66.
22. Власова О. Рональд Лэйнг: между философией и психиатрией. – М.: Изд-во Егора Гайдара, 2012. – 520 с.
23. Власова О.А. Смерть общества во имя воскрешения человека // Личность. Культура. Общество. – 2009. – Т. 11. вып. 4. – С 51–52.
24. Власова О.А. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ: история, мыслители, проблемы. – М.: Территория будущего, 2010. – 640 с.
25. Власова О.А. Философские проблемы феноменологической психиатрии: – Курск: Курск. гос. ун-т., 2007. – 210 с.
26. Волкова И.И. Болезнь как социальный феномен // Труды СГА. М., – 2007. С. 95–103.
27. Воробьев Р.В. Феномен здоровья: онтологический анализ. Дисс. канд. филос. н.: 09.00.01 – онтология и теория познания. – Саратов, 2013. –159 с.
28. Гайденко П.П. Прорыв к трансцендентному: Новая онтология XX века. – М.: Республика, 1997. – 495 с.
29. Гаррабе Ж. История шизофрении. Пер. с франц. А.Д. Пономарева. – М.; СПб., 2000. – 184 с.
30. Гашков С. К проблеме телесности во французской постфеноменологии // Логос. – 2010. – № 5 (78). – С. 231–244.
31. Глухова И. Людвиг Бинсвангер о возможности и фактичности психотерапевтического воздействия / Случевские чтения: феноменология и экзистенциальная психотерапия. Под ред. С.М. Бабина. – СПб.: ИПК «Коста», 2016. – С. 110–117.
32. Голобородько Д.Б. Концепции разума в современной французской философии. М. Фуко и Ж. Деррида. – М.: ИФ РАН, 2011. – 177 с.

33. Гольдштейн К. Принцип целостности в медицине // Независимый психиатрический журнал. – 1998. – № 4. – С. 66–75.
34. Гребенщикова Е.Г. Персонализация медицины и медиализация будущего // Философские проблемы биологии и медицины. Сборник статей. Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова, Московское философское общество. – 2015. – С. 75–77.
35. Гофман Э. Об особенностях тотальных институций. Пер. с англ. О.А. Власовой // Личность. Культура. Общество. – 2008. – № 3–4. – С. 38–50.
36. Губин В.Д. Онтология. Проблема бытия в современной европейской философии. – М.: Изд-во РГГУ, 1998. – 188 с.
37. Гуссерль Э. Основные проблемы феноменологии. Пер. А.А. Анипко / Разеев Д.Н., Гуссерль Э. В сетях феноменологии. Основные проблемы феноменологии. – СПб., 2004. – С. 225–365.
38. Dasein-анализ в философии и психологии. Под ред. Г.М. Кучинского, А.А. Михайлова. – Мн.: Европейский гуманитарный университет, 2001. – 204 с.
39. Декомб В. Современная французская философия. Пер. М.М. Федоровой. – М.: Весь мир, 2000. – 336 с.
40. Дёрнер К. Гражданин и безумие. К социальной истории и научной социологии психиатрии. Пер. И.Я. Сапожниковой. – М.: Алетейя, 2006. – 544 с.
41. Дьяков А.В. Мишель Фуко и его время. – СПб.: Алетейя, 2010. – 672 с.
42. Дьяков А.В. Феликс Гваттари, философ трансверсальности. – СПб.: Владимир Даль, 2012. – 589 с.
43. Дююи Ж.-П. Медицина и власть. Пер. Е. Каменской // Отечественные записки. – 2006. – № 1. – Т. 3. – С. 7–22.
44. Елагина Г.В. Проблема психической нормы: философско-методологический анализ. Дисс. канд. филос. н.: 09.00.01 – онтология и теория познания. – М., 2013. – 181 с.

45. Иллич И. Освобождение от школ. Пропорциональность и современный мир (фрагменты из работ разных лет). – М.: Просвещение, 2006. – 166 с.
46. Казаковцев Б.А., Ястребов В.С., Митихина И.А., Митихин В.Г. Современная психиатрическая реформа и реорганизация сети психиатрической помощи // Психическое здоровье. – 2009. – № 9. – С. 3–22.
47. Кангилем Ж. Что такое психология? (Выступление на конференции 18 декабря 1956 г. в Философском колледже в Париже) // Эпистемология и философия науки. – 2012. – № 1. – С. 212-225.
48. Кант И. Критика чистого разума. – М., – Мысль, 1994. – 591 с.
49. Кастель Р. «Проблематизация» как способ прочтения истории. Пер. А. Маркова / Мишель Фуко и Россия. – СПб.: Европейский ун-т в Санкт-Петербурге, 2001. – С. 10–33.
50. Кемпински А. Экзистенциальная психиатрия. – М.: Совершенство, 1998. – 320 с.
51. Кириленко Е.И. Возможности культурологического подхода в исследовании гуманитарных аспектов медицины // Вопросы культурологии. – 2010. – № 1. – С. 10–15.
52. Киященко Л.П., Моисеев В.И. Философия трансдисциплинарности. – М.: ИФ РАН, 2009. – 203 с.
53. Колесников А.С. Мишель Фуко и его «Археология знания» / Фуко М. Археология знания. Пер. М.Б. Раковой, А.Ю. Серебрянниковой. – СПб.: Гуманитарная академия, 2004. – С. 5–30.
54. Колядко В.И. Предисловие / Сартр Ж.-П. Бытие и Ничто. Опыт феноменологической онтологии. Пер., предисл., примеч. В.И. Колядко. – М.: Республика, 2002. – С. 13–18.
55. Кондрау Ж. Философские и антропологические основания Дазайн-анализа. Пер. И. Казаковой // HORIZON. Феноменологические исследования. – 2016. – № 2. – Т. 5. – С. 315–427.

56. Коптева Н.В. Два способа «не быть собой» в концепциях К. Хорни и Р. Лэйнга // Вопросы психологии. – 2016. – № 3. – С. 127–137.
57. Коптева Н.В. Концепция онтологической неуверенности-уверенности Р. Лэйнга // Развитие личности. – 2011. – № 1. – С. 48–60.
58. Косилова Е.В. Изучение субъекта в норме и патологии: когнитивный и феноменологический подход // Человек. Общество. Инклюзия. – 2016. – № 3-1. – С. 66–77.
59. Косилова Е.В. История психиатрии: философский аспект // Мысль. – 2009. – № 8. – С. 145–161.
60. Косилова Е.В. Психиатрия: опыт философского анализа. – М.: Проспект, 2014. – 272 с.
61. Кузнецов Д.П. Здоровье тела (научная статья) // Щавелев С.П. Дань Мнемозине: Рецензии и отзывы на издания и рукописи 1990-2000-х годов по историографии отечественной истории и археологии. В 2-х кн. Кн. 1. Курск, КГМУ, 2013. С. 437–445.
62. Кузнецов Д.П., Щавелев С.П. Исторические типы цивилизации, философии, медицины: культурологические параллели // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья, Воронеж, ВМА. – 2015. – №60. –С. 3–10.
63. Купер Д. Что значит родиться в семье. Пер. с англ. О.А. Власовой // Личность. Культура. Общество. – 2009. – № 4. – С. 313-324.
64. Куттер П. Современный психоанализ. – М.: Б.С.Г.-Пресс, 1997. – 356 с.
65. Лейбин В.М. Исследовательские задачи и терапевтические наработки Р. Лэйнга // Новое в психолого-педагогических исследованиях. – 2015. – № 1. – С. 123–140.
66. Лейбин В.М. Концептуальные предпосылки экзистенциально-феноменологической психологии Р. Лэйнга // Новое в психолого-педагогических исследованиях. – 2013. – № 2. – С. 167–189.

67. Лейбин В.М. Психоанализ и философия неофрейдизма. – М.: Политиздат, 1977. – 246 с.
68. Лейбин В.М. Психоанализ. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 592 с.
69. Лэйнг Р. «Я» и Другие. Пер. Е. Загородной. – М.: Независимая фирма «Класс», 2002. – 192 с.
70. Лэйнг Р.Д. Использование экзистенциальной феноменологии в психотерапии / Эволюция психотерапии. Т. 3. –М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – С. 69–71.
71. Лэйнг Р. Д. Феноменология переживания. Райская птичка. О важном. Пер. Е. Н. Махнычевой. – Львов: Инициатива, 2005. – 343 с.
72. Лэнг Р.Д. Расколотое «Я». М.: Академия; Белый кролик, 1995. – 350 с.
73. Магин М. Краткая систематизированная история представлений о болезни // Отечественные записки. – 2006. – № 1 (28). – С. 90–103
74. Маклюэн М. Понимание медиа: внешнее расширение человека. Пер. В.Г. Николаева. – М.: Канон-пресс, 2003. – 464 с.
75. Малкова Я.Ф. К. Ясперс: рождение экзистенциализма из духа психиатрии // Рабочие тетради по компаративистике. Гуманитарные науки, философия и компаративистика. – СПб, 2003. – С. 53–55.
76. Марков Б.В. Механизм и организм: качественный и количественный подходы в науках о природе и человеке // Вестник СПбГУ. Серия 17. Философия. Конфликтология. Культурология. Религиоведение. – 2014. – № 1. – С. 12–20.
77. Мерло-Понти М. Феноменология восприятия. – СПб.: Наука, 1999. – 602 с.
78. Мерло-Понти М. Человек и противостоящее ему // Человек и общество. Проблемы человека на XVIII Всемирном философском конгрессе. Вып. 4. – М.: ИНИОН, 1992. – С. 27–35.
79. Михель Д.В. Медикализация как социальный феномен // Вестник Саратовского государственного технического университета. – 2011. – № 2 (60). – С. 256–263.

80. Михель Д.В. Медицинская антропология: исследуя опыт болезни и системы врачевания. – Саратов: Сарат. гос. техн. ун-т, 2015. – 198 с.
81. Модели безумия: Психологические, социальные и биологические подходы к пониманию шизофрении. Под ред. Дж. Рида, Л.Р. Мошера, Р.П. Бенталла. – Ставрополь: Изд-во Возрождение, 2008. – 411 с.
82. Мотрошилова Н.В. Мартин Хайдеггер и Ханна Арендт: бытие – время – любовь. – М.: Академический проект, Гуадемус, 2013. – 544 с.
83. Неделяева Н. Н. Ценностное отношение к болезни как феномен массового сознания // Молодой ученый. – 2012 . – № 2. – С. 172–177.
84. Ожиганова А.А. Антропология и медицина: перспективы взаимодействия (дискуссия 1980-х – 2000-х годов) // Этнографическое обозрение. – 2011. – № 3. – С. 10–22.
85. Парсонс Т. О социальных системах. – М.: Академический проект, 2002. – 832 с.
86. Перцев А.В. Врачующая философия К. Ясперса / Западная философия: итоги тысячелетия. – Екатеринбург: Деловая книга; Бишкек: Одиссей, 1997. – С. 5–18.
87. Перцев А.В. Молодой Ясперс: рождение экзистенциализма из пены психиатрии. – СПб.: Изд-во РХГА, 2012. – 342 с.
88. Подорога В.А. Феноменология тела: Введение в философскую антропологию. (Материалы лекционных курсов 1992-1994 гг.). – М.: Ad Marginem, 1995. – 340 с.
89. Ромек Е.А. Психотерапия: теоретическое основание и социальное становление. – Ростов-н/Д: Изд-во Рост. Ун-та, 2002. – 376 с.
90. Руднев В.П. Миф психотерапии // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2006. – № 1. – С. 97–102.
91. Руткевич А.М. «Понимающая психология» К. Ясперса / История философии. – 1997. – № 1. – С. 23–39.

92. Руткевич А.М. От Фрейда к Хайдеггеру: Критический очерк экзистенциального психоанализа. – М.: Политиздат, 1985. – 175 с.
93. Савенко Ю.С. Переболеть Фуко// Новое литературное обозрение. – 2001. – № 49. – С. 89–94.
94. Сакс О. «Человек, который принял свою жену за шляпу» и другие истории из врачебной практики. Пер. Г. Хасина, Ю. Численко. – СПб.: Science Press, 2005. – 352 с.
95. Сакс О. Антрополог на Марсе. Пер. А. Николаева. – М.: АСТ, 2009. – 384 с.
96. Сакс О. Нога как точка опоры. Пер. А.В. Александровой. – М.: АСТ, 2012. – 320 с.
97. Сартр Ж.-П. Бытие и Ничто. Опыт феноменологической онтологии. Пер., предисл., примеч. В.И. Колядко. – М.: Республика, 2002. – 644 с.
98. Сартр Ж.-П. Воображаемое. Феноменологическая психология воображения. Пер. М. Бекетовой. – СПб.: Наука, 2001. – 319 с.
99. Сартр Ж.-П. Тошнота. Пер Ю.Я. Янохиной // Стена. Новеллы. – Харьков, 1999. – 398 с.
100. Сартр Ж.-П. Трансцендентность Эго. набросок феноменологического описания // Логос. – 2003. – № 2 (37). – С 86–121.
101. Сас Т. Миф душевной болезни. Пер. В. Самойлова. – М.: Академический проект, 2010. – 421 с.
102. Сас Т. Фабрика безумия: Сравнительное исследование инквизиции и движения за душевное здоровье. Пер. А. Ишкильдина. – Екатеринбург: Ультра. Культура, 2008. – 512 с.
103. Семиотика безумия. Сб. ст. Сост. Н. Букс. – Париж: Сорбонна. Рус. ин-т; М.: Европа, 2005. – 456 с.
104. Семичев С.Б. Антипсихиатрическое движение: его современное состояние / Медицина и идеология. – М., 1985.– С. 170–185.

105. Сидоров-Моисеев И.И. Психическая болезнь как интеллектуальный проект. Дисс. канд. филос. н.: 09.00.03 – история философии. – М., 2013. – 137 с.
106. Соколова Л.Ю. Очерки французской философии XX века. – СПб.: Роза мира, 2006. – 179 с.
107. Сокулер З.А. М. Фуко: история сексуальности // Человек: образ и сущность. – 2007. – № 1. – С. 119–196.
108. Ставцев С.Н. Введение в философию Хайдеггера. – СПб.: Лань, 2000. – 188 с.
109. Ставцев С.Н. Хайдеггеровская онтологическая тема и трансцендентально–феноменологическая традиция: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. филос. наук : 09.00.03. – Санкт-Петербург, 1997. – 24 с
110. Степанова Г.Б., Юдин Б.Г. Феномен здоровья // Управление здравоохранением. – 2015. – № 3 (45). – С. 27–43.
111. Судьин С.А. Психически больной и его семья в теории и практике социологии психического здоровья. – Нижний Новгород: НИСОЦ, 2015. – 116 с.
112. Табачникова С.В. Комментарий переводчика / Фуко М. Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности. Работы разных лет. Пер. с фр. – М. 1996. – С. 321–396.
113. Тавризян Г.М. Проблема человека во французском экзистенциализме. – М.: Наука, 1977. – 141 с.
114. Тарасов К.Е., Кельнер М.С. «Фрейд-марксизм» о человеке. – М.: Мысль, 1989. – 211 с.
115. Тищенко П.Д. Биовласть: эвристическое пространство концепта в антропологии // Этнографическое обозрение. – 2013. – № 6. – С. 102–108.

116. Улановский А.М. Феноменологический метод в психологии, психиатрии и психотерапии // *Методология и история психологии*. – 2007. – № 1. – С. 130–150.
117. Фокин С.Л. Образы литературы в «Истории безумия» М. Фуко // *Фигуры Танатоса. Искусство умирания*. Вып. 4. Под ред. А.В. Демичева, М.С. Уварова. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 1998. – С. 211–226.
118. Фрейд З. Я и Оно. Работы разных лет. Пер. Л. Голлербах. – Тбилиси: Мерани, 1991. С. 351–392.
119. Фуко М. Безумие и общество / *Интеллектуалы и власть: (Избранные политические статьи, выступления и интервью)*. Пер. С.Ч. Офертаса под ред В.П. Визгина и Б.М. Скуратова. – М., 2002. – С. 7–18
120. Фуко М. Безумие, отсутствие творения // *Фигуры Танатоса: Искусство умирания*. Под ред. А.В. Демичева, М.С. Уварова. – СПб., 1998. – С. 203–211
121. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. Пер. с фр. И. К. Стаф. – М.: АСТ, 2010. – 698 с.
122. Фуко М. Порядок дискурса. Инаугурационная лекция в Коллеж де Франс, прочитанная 2 декабря 1970 года / *Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности*. Сост., пер. с франц., коммент. и послесл. С. Табачниковой. – М.: Касталь, 1996. – С. 47–97.
123. Фуко М. Психическая болезнь и личность. Пер. с фр., предисл. и коммент. О. А. Власовой. Изд. 2-е, стереотип. – СПб.: Гуманитарная Академия, 2010. – 320.
124. Фуко М. Рождение клиники. – М.: Смысл, 1998. – 252 с.
125. Хабермас Ю. Философский дискурс о модерне. – М.: Весь мир, 2003. – 416 с.
126. Хайдарова Г.Р. Феномен боли в культуре. Дисс. докт. филос. н.: 24.00.01 – теория и история в культуре. – СПб., 2013. – 317 с.
127. Хайдеггер М. Бытие и время. Пер. В.В. Бибихина. – Харьков: Фолио, 2003. – 448 с.

128. Хайдеггер М. Время и бытие: статьи и выступления. Пер. В.В. Библихина. – СПб.: Наука, 2007. – 448 с.
129. Херсонский Б. Предисловие научного редактора / Сакс О. «Человек, который принял свою жену за шляпу» и другие истории из врачебной практики. Пер. Г. Хасина, Ю. Численко. – СПб.: Science Press, 2005. – С. 9–12.
130. Холл К.С., Линдсей Г. Теории личности. Пер. И.Б. Гриншпун. – М.: Психотерапия, 2008. – 720 с.
131. Хомутова Н.Н. Философские аспекты понятия «переживания» в концепции Р.Д. Лэйнга // Успехи современной науки. – 2016. – № 5. – С. 25–28.
132. Хубулава Г.Г. Философско-антропологический анализ коммуникации врача и пациента. Дисс. докт. филос. н.: 09.00.13 – философская антропология, философия культуры. – СПб., 2016. – 309 с.
133. Шанин Т. Иван Иллич – человек на все времена / Иллич И. Освобождение от школ. Пропорциональность и современный мир (фрагменты из работ разных лет). – М.: Просвещение, 2006. – 198 с.
134. Шерток Л., Соссюр Р. де. Рождение психоаналитика. От Месмера до Фрейда. Пер. Н.С. Автономовой. – М.: Прогресс, 1991. – 288 с.
135. Шестерикова О.А. Трансформация медицинского дискурса в современной европейской культуре. Дисс. канд. филос. н.: 24.00.001 – теория и история в культуре. – СПб., 2014. – 155 с.
136. Шпигельберг Г. Феноменологическое движение. Историческое введение. – М.: Логос, 2002. – 680 с.
137. Штернберг Э.Я. О некоторых крайних течениях в современной зарубежной социальной психиатрии (антипсихиатрические тенденции) // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 1972. – Вып. 8. – С. 1241–1248.
138. Эллиенбергер Г. Клиническое введение в психиатрическую феноменологию и экзистенциальный анализ / Экзистенциальная

- психология. Экзистенция. Пер. с англ. М. Занадворова, Ю. Овчинниковой. – М.: ЭКСМО, 2001. – С. 207–228.
139. Якубик А. Истерия. Методология. Теория. Психология. – М.: Медицина, 1982. – 224 с.
140. Ясперс К. Введение в философию. Пер. и вступ. ст. А. Шлегериса. – Вильнюс: Минтис, 1989. – 198 с.
141. Ясперс К. Власть массы / Ясперс К., Бодрийар Ж.. Призрак толпы. – М.: Алгоритм, 2007. – 272 с.
142. Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. Л.О. Акопяна. – М.: Практика, 1997. – 1059 с.
143. Barnet R.J. Ivan Illich and the Nemesis of Medicine // *Medicine, Health Care and Philosophy*. – 2003. – Vol. 6. – P. 273–286.
144. Canguilhem G. *On the Normal and the Pathological*. Trans. by C.R. Fawcett. – Dordrecht: D. Reidel, 1987. – 336 p.
145. Cooper D. Introduction / Foucault M. *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. Trans. by R. Howard. – London; New York: Routledge, 2001. – 299 p.
146. Davies R. Ivan Illich and Medical Nemesis // *Nurse Education Today*. – 2012. – Vol. 32. – P. 5–6.
147. Edwards R.H.T. Nemesis, Sisyphus, and a Contribution from the Medical Humanities to Health // *Journal of Epidemiology & Community Health*. – 2003. – Vol. 57 № 12. – P. 926–927.
148. Giorgi A. The Phenomenological Psychology of J.H. van den Berg // *Journal of Phenomenological Psychology*. – 2015. – Vol. 46. – P. 141–162.
149. Goffman E. *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. – New York: Anchor Books, 1961. – 386 p.
150. Goldstein K. Notes on the development of my concepts / Kurt Goldstein. *Selected papers. Ausgewählte Schriften*. Eds. A. Gurwitsch, E.M. Goldstein Haudek, W.E. Haudek. – The Hague, Nijhof, 1971. – 504 p.
151. Goldstein K. *The organism*. – Boston: Beacon Press, 1963. – 232 p.

152. Hammond I. Lessons from Ivan Illich // Canadian Association of Radiologists Journal. – 2005. – Vol. 56. № 1. – P. 13–14.
153. Harrington A. A feeling for the «whole»: the holistic reaction in neurology from the *Fin de siècle* to the interwar years / *Fin de siècle and its legacy*. Eds. M. Teich, R. Porter. – Cambridge: Cambridge University Press, 1990. – 211p.
154. Illich I. Limits to Medicine: Medical Nemesis, The Expropriation of Health. – London: Boyars, 1976. – 201 p.
155. McLellan F. Medicalisation: A Medical Nemesis // The Lancet. – 2007. – Vol. 369. № 9562. – P. 627–628.
156. Metzl J.M. Herzig R.M. Medicalisation in the 21st century: Introduction // The Lancet. – 2007. – Vol. 369. № 9562. – P. 697–69.
157. Mook B. The Metabletic Method: An Interdisciplinary Look at Human Experience // Phenomenology & Practice. – 2009. – Vol. 3. – P. 26–34.
158. Romanyshyn R.D. Jan Hendrick van den Berg Answers Some Questionz: An Interview with J.H. van den Berg // Janus Head. – 2008. – Vol. 10 (2). – P. 377–383.
159. Romanyshyn R.D. The Despotic Eye: An Illustration of Metabletic Phenomenology and Its Implications // Janus Head. – 2008. – Vol. 10 (2). – P. 505–527.
160. Romanyshyn R.D. The Necessity for the Humanities in Psychology: Some Thoughts on the Work of J.H. van den Berg // The Humanistic Psychologist. – 2012. – Vol. 40 (3). – P. 234–245.
161. Romanyshyn RD. Journeying with Van den Berg // Janus Head. – 2008. – Vol. 10 (2). – P. 397–414.
162. Rose N. Beyond Medicalization // The Lancet. 2007. The Lancet. – 2007. – Vol. 369. № 9562. – P. 700–702.
163. Sipiora M.P. Obligations Beyond Competency: Metabletics as a Conscientious Psychology // Janus Head. – 2008. – Vol. 10 (2). – P. 425–443.

164. Smith R. Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health // Journal of Epidemiology & Community Health. – 2003. – Vol. 57 № 12. – P. 919–922.
165. Van Den Berg J.H. A Different Existence: Principles of Phenomenological Psychopathology. – Pittsburgh: Duquesne University Press, 1972. – 141 p.
166. Van Den Berg J.H. A Metabletic-Philosophical Evaluation of Mental Health / Mental Health: Philosophical Perspectives. Ed. H.T. Engelhardt & S.F. Spicker. – Dordrecht; Boston: D. Reidel Publishing Company, 1978. – P. 121-135.
167. Van Den Berg J.H. The Human Body and the Significance of Human Movement // Psychoanalysis and Existential Philosophy. Ed. H. M. Ruitenbeek. – New York: Dutton & Co, 1962. – P. 90–129.
168. Van Manen M., Levering B. Phenomenological Anthropology in the Netherlands and Flanders / Phenomenology World-Wide. Ed. T. Tymieniecka. – Dordrecht: Kluwer Press, 2002. – P. 274–286.
169. Visscher J, De. Jan Hendrik van den Berg: About Phenomenology, Historical Psychology and Medical Anthropology // Medische Anthropologie. – 2012. – Vol. 24 (2). – P. 371–382.
170. Zwart H. The Year 1953: Metabletical Contemplations on the Advent of Metabletics // Journal of Metabletica. – 2014. – № 8. – P. 18–26.