

Е. А. РОМЕК

ПСИХОТЕРАПИЯ: РОЖДЕНИЕ НАУКИ И ПРОФЕССИИ

Ростов-на-Дону

2005

ББК 53.57

Р70

Ромек Е.А.

Р70 Психотерапия: рождение науки и профессии. – Ростов-на-Дону: ООО «Мини Тайп», 2005. 392 с.

ISBN 5-98615-006-6

В книге обосновывается статус психотерапии как самостоятельной научной дисциплины и сферы практической деятельности. Читатели узнают о попытках обосновать «начала» психотерапии с помощью ведущих философских и психологических учений XX в., познакомятся с драматичной историей противостояния психотерапевтических «партий» – «феноменологического» и «эмпирического» подходов, проанализируют их методологию и поймут, почему, несмотря на различие символов веры, они определяют психотерапию одинаково: «Лечебное воздействие на психику и через нее на организм больного. Что же еще вам тут не понятно?» А непонятное скрывается не только в «воздействии», «психике» и даже «организме», но и в обстоятельствах жизни многих людей, предвещающих и вместе с тем готовящих самостоятельный статус психотерапии. Именно эти предварительные условия, начиная с XVIII в., в европейских странах вызвали к жизни особого рода исправительные («пенитенциарные») настроения и институции, актуализировали вопросы о «нормальности» и «аномальности» как конкретного индивида, так и самого общества, сделали востребованной государственную и частную практику коррекции человеческого поведения. С этими условиями и обстоятельствами, позволяющими разгадать тайну феномена, скрывающегося под названием «психотерапия» и знакомит настоящая книга.

Представляет интерес для психотерапевтов, психологов, философов, социологов, социальных работников и всех, интересующихся историей и концептуально-методологическими основаниями психотерапии и психиатрии. Книга может быть использована в качестве учебного пособия по курсам «Теоретические основы психотерапии и психологического консультирования», «История психотерапии», «Методологические основы психологии».

ISBN 5-98615-006-6

ББК

53.57

© Ромек Е.А. 2005

© ООО «Мини Тайп», 2005

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
Глава 1. Между «наукой» и «пониманием».....	16
1.1. Что же такое психотерапия?.....	16
1.1.1. Часть медицины или самостоятельная сфера деятельности?.....	16
1.1.2. Лечение или воспитание?.....	24
1.1.3. Наука, метафизика, освобождающая практика?.....	29
1.2. Эмпирическое обоснование психотерапии	38
1.2.1. Исследования психотерапии: социальная миссия и теоретические результаты.....	39
1.2.2. Анализ методологии эмпирических исследований психотерапии (на примере методики Л. Люборски)	50
1.3. Психотерапия в феноменолого-герменевти- ческой перспективе.....	60
1.3.1. «Наука о духе».....	60
1.3.2. Герменевтическая практика.....	64
1.3.3. Психоанализ и объективные законы лингвистики	67
1.3.4. Феноменология против психологизма.....	73
Глава 2. Концепция «душевной болезни» клинической психиатрии и ее гуманитарные и социально- правовые следствия.....	86
2.1. Концептуально-методологические основания кризиса психиатрии в начале XX в.....	86
2.2. Противоречия концепции «душевной болезни»	98
2.3. Психофизиологический дуализм и права человека.....	113
2.3.1. «Нравственная дефективность» и «преступное помешательство»	115
2.3.2. Права человека в психиатрическом законодательстве.....	128
Глава 3. Психическое расстройство как социальная проблема.....	138
3.1. Личность и социальная норма.....	138
3.1.1. «Норма – это патология, а патология – это норма».....	140
3.1.2. Психиатрические нормы с точки зрения антропологии.....	148
3.1.3. Нормы, которые управляют людьми «без их ведома».....	154
3.2. Критика «разума» философией «франкфуртской школы».....	158
3.3. Генезис и социальная функция института клинической психиатрии в «Истории безумия в классическую эпоху» М. Фуко	167
3.3.1. In statu quo ante: если это и не верно, то все же хорошо придумано.....	168
3.3.2. Исключая то, что следует исключить	172
3.3.3. Testimonium paupertatis.....	175

3.3.4. Медицинские нозологии и практическая медицина	178
3.3.5. Необходимые изменения.....	182
3.3.6. Timeo danaos.....	186
3.4. Фуко и Хайдеггер: есть ли будущее у наук о человеке?.....	194
3.4.1. Проблема социальной нормы в «генеалогии власти» М. Фуко.....	196
3.4.2. Антипсихиатрия: борьба за права психиатрических пациентов.....	204
3.4.3. Философские основания и практическая реализация «феноменологического» направления антипсихиатрии.....	214
Глава 4. Концепция сущности человека классической европейской философии как теоретико-методологическая основа решения проблемы психических расстройств.....	224
4.1. Психофизиологический дуализм в современных науках о человеке	224
4.2. Культурный генезис человека: Кант, Гердер	230
4.3. Диалектика всеобщего и единичного в становлении человека (Гегель).....	234
4.4. Разрешение психофизиологической проблемы К. Марксом.....	241
390	
Глава 5. Предмет и задачи психотерапии в свете концепции культурно-исторического развития психики (Л.С. Выготского).....	255
5.1. Социокультурные закономерности формирования высших психических функций человека и его психологических систем.....	257
5.2. Органический дефект и развитие личности	271
5.3. Противоречия «неорганической» жизни человека как предмет психотерапии.....	284
Глава 6. Психотерапия: функция и социальное становление.....	303
6.1. Концепция монистической сущности человека и социальная функция психотерапии.....	303
6.2. Социокультурные практики в разрешении противоречий «неорганической» жизни.....	319
6.2.1. Исторические предпосылки: магические практики и «ритуалы» шизофреников.....	320
6.2.2. Внушение.....	325
6.2.3. От гипноза к «технике» психоанализа	331
6.3. Психотерапия как профессия.....	343
6.3.1. Бремя дурной репутации.....	344
6.3.2. Исходная форма.....	348
Заключение.....	368
Литература.....	372

ВВЕДЕНИЕ

В одной из последних своих работ¹ Ю. Хабермас называет психотерапию «подлинной деонтологией». Понятие «душевная болезнь», подчеркивает он, возникло по аналогии с соматической болезнью и должно быть заменено нормативным понятием «нарушенного самобытия». В XX в. психотерапия фактически вытеснила универсальную этику прошлых времен. Преодолевая психические расстройства, она «без каких-либо сомнений» берет на себя классическую задачу ориентации в жизни, является самопознанием, возвышающим статус *homo sapiens*, потому что не уничтожает свободу человека².

Именно в этом качестве психотерапия оказалась востребованной в современной России. В условиях стремительных социальных изменений, произошедших в нашей стране, у широких слоев населения сформировалась потребность в профессиональной психотерапевтической помощи и поддержке. К сожалению полноценному удовлетворению этой потребности препятствует ряд обстоятельств.

Прежде всего психотерапевтическая практика традиционно относится в России к сфере медицины и осуществляется врачами-психиатрами, часто не имеющими необходимой социально-гуманитарной и профессиональной психотерапевтической подготовки. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ № 294 от 30 октября 1995 г. «О психиатрической и психотерапевтической помощи» наделяет правом заниматься психотерапевтической деятельностью только лиц, получивших медицинское образование. Но программа такого образования включает лишь считанные часы психологии, гуманитарных и общественных дисциплин, а психотерапия преподается в камуфляже под медицину. Следствием этого является то, что врачи-психиатры, не имеющие профессионального образования в области психотерапии, могут заниматься этим видом деятельности на законных осно-

¹ Хабермас Ю. Будущее человеческой природы. М., 2002.

² Там же. С. 14-15.

ваниях, тогда как психологи и обществоведы, прошедшие углубленный курс психотерапевтической подготовки (дополнительного образования), уравнины в правах с представителями «альтернативной медицины» (экстрасенсами, колдунами и т.п.).

Не определен социально-правовой статус психотерапии. В настоящее время в Государственной Думе РФ находится несколько проектов закона «О психотерапии», отражающих позиции и интересы разных групп специалистов – от психиатров до экстрасенсов. Вместе с тем во многих странах мира имеются полноценные законы, выделяющие психотерапию в самостоятельную сферу теоретической и практической деятельности,

определяющие единые стандарты образования в этой сфере, инкорпорации новых видов, психотерапии и т.п. Но и за рубежом существуют множественные противоречия между психиатрией и психотерапией, а также людьми, профессионально занимающимися этими видами деятельности.

Наконец, в сознании россиян психотерапия чаще всего ассоциируется либо с психиатрией, либо с деятельностью разного рода «гуру», шаманов и экстрасенсов. В первом случае возникает страх принудительной госпитализаций и поражения в гражданских правах, во втором – надежда на чудо борется с опасениями стать объектом мошенничества. И эти опасения, увы, не беспочвенны. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [91] предусматривает возможность ограничения в результате психиатрического освидетельствования целого ряда личных, экономических и политических прав граждан, закрепленных за ними Конституцией РФ. По данным Восточно-европейского института психоанализа в 2000 г. в России насчитывалось 2 тысячи дипломированных психотерапевтов, 15 тысяч психиатров и 300 (!) тысяч магов, колдунов, провидцев и т.п., паразитирующих на недостатке квалифицированных специалистов на рынке психотерапевтических услуг и получающих доходы, превышающие бюджет Министерства здравоохранения РФ [155, с. 3-5]. Между прочим, количество «альтернативщиков» дает представление о масштабах потребности россиян в психотерапевтической помощи.

4

Исследование социального статуса психотерапии приобретает в этом контексте особую актуальность. Сторонники разных концепций психотерапевтического законодательства обосновывают свои позиции, главным образом, ссылками на зарубежный опыт. Между тем, этот опыт не только разнообразен, но и противоречив. В США, например, некоторые виды психотерапии вписаны в систему здравоохранения, другие осуществляются в рамках частной практики. В Германии психотерапевтическая помощь финансируется по преимуществу из средств медицинского страхования, хотя практика в этой области не требует врачебного образования. В Австрии, Дании, Швейцарии и других европейских странах психотерапия законодательно закреплена в качестве самостоятельной сферы научной и практической деятельности, а предпочтительной основой профессионального обучения считается базовое образование в области общественных и гуманитарных наук. В России в 20-е гг. прошлого столетия психотерапия (психоанализ, психотехника, дефектология) получила развитие в рамках сферы образования³. Отсюда ясно, что проблема социального статуса психотерапии в нашей стране, как, впрочем, и в любой другой, не может быть решена «по прецеденту», эта проблема – теоретическая. Она заключается в *определении предмета и задач психотерапии, выявлении ее социальной функции, реконструкции ее становления в качестве профессиональной сферы деятельности.*

В прошлом столетии психотерапия изучалась практически всеми ведущими направлениями общественно-гуманитарного знания – психологией, философией (феноменологией, экзистенциализмом, герменевтикой, структурализмом, франкфуртская школой, постмодернизмом), социальной и культурной антропологией, социологией, педагогикой. О психотерапии написано много.

³ Русское психоаналитическое общество было зарегистрировано в Наркомпросе (1922). Психоанализ определялся в учредительных документах как «один из методов изучения и воспитания человека в его социальной среде» [221, с. 228].

5

Раньше других сложилась традиция истории отдельных направлений. У истоков психоаналитических «хроник» стоял сам Фрейд и его верные «апостолы» О. Ранк, К. Абрахам, Э. Джонс, М. Эйтингтон, Ш. Ференци и др. Позже их дело продолжили историки психоанализа и психотерапии – М. Гротьян, А. Каротенуто, Й. Кремериус, В.М. Лейбин, З. Лотан, Ж. Массерман, В.И. Овчаренко, К. Пападопулос, А. Прогофф, С. Розенцвейг, Э. Самуэлс, Р. де Соссюр, Х. Элленбергер, А. Эткинд и многие другие. Аналогичные, хотя и более скромные традиции существуют и в других школах психотерапии. Скажем, история психодрамы изложена в работах Я.Л. Морено и З. Морено, Г. Лейтц, Х. Петцольда, Р. Ренувье, Г. и Ч. Чапувых, Э. Шайфеле и др., история гуманистической терапии – в работах К. Роджерса, А. Маслоу, Д. Мартина, Р. Мейливера, М. Фрийдмана, Д. Хауарда, Б.У. Шоца и др.

Притом что подобные исторические исследования дают ценнейший материал для теоретической рефлексии, сами они, как правило, такой рефлексии избегают, отождествляя предмет, задачи, социальный и дисциплинарный статус психотерапии с их пониманием в описываемом направлении. Так, историки бихевиоризма описывают его становление в контексте развития психологии – поведенческая терапия трактуется ими как одно из практических применений теории научения, созданной Э. Торндайком, Дж. Уотсоном, Б.Ф. Скиннером и др. Историки психоанализа традиционно рассматривают классический психоанализ, аналитическую и индивидуальную психологию в качестве *методов лечения* «душевных» расстройств, применяемых наряду с психиатрическими методами. Исследователи экзистенциально-гуманистической терапии, напротив, подчеркивают антагонистичность этой терапии клинической психиатрии (к которой нередко причисляется и психоанализ) и воссоздают историю их противостояния. Сама же психотерапия трактуется ими как развитие личности средствами философии.

Часто история направлений психотерапии излагается в научной и учебной литературе как история психологических теорий. Именно таким образом описывают в своей

6

«Истории современной психологии» Д. Шульц и С.Э. Шульц становление психоанализа, бихевиоризма, гуманистической терапии, ставя их в один ряд со структурной психологией, функционализмом, гештальтпсихологией и т.д. [218]. Сходным образом поступают авторы учебника «Теории личности» Л. Хьелл и Д. Зиглер [204] и многие другие.

В последней четверти прошлого века под влиянием Х. Эллиенбергера, утверждавшего в своей книге «Открытие бессознательного: история и эволюция динамической психиатрии» (1970) [240], что психоанализ зародился на почве месмеризма, появились работы по истории психотерапии, авторы которых рассматривали ее как продолжение целительской практики магнетизеров и гипнотизеров XVIII-XIX вв. В той или иной мере этой позиции придерживаются Р. Дарнтон, Г. Дринка, С. Гоулд, Л. Шерток, Р. де Соссюр и др. В отечественной литературе соотношение месмеризма и психотерапии исследовалось М.Я. Ярошевским, С.А. Подсадным и др. Указывая на несомненную связь между месмеризмом и психотерапией, последователи Х. Эллиенбергера, к сожалению, не выявляют качественного своеобразия последней ни в отношении способа преодоления психических расстройств, ни в том, что касается ее социального статуса. В итоге граница между психотерапией и ее историческими предпосылками, к числу которых помимо месмеризма относятся различные религиозные (магические, ритуальные, суггестивные) культурные, идеологические практики, размывается. Это приводит к фактическому уравниванию психотерапевтов с экстрасенсами, шаманами, гадалками и т.п.

Не менее авторитетна теоретико-дидактическая традиция изложения «основ» различных направлений с присущими им антропологическими учениями («теориями личности»), методологией, терапевтическими техниками. Эта традиция представлена работами классиков – «Лекциями по введению в психоанализ» З. Фрейда, «Психодрамой» Я.Л. Морено, «Гештальт-семинарами» Ф. Перлза, «Взглядом на психотерапию» К. Роджерса и т.д.; академическими исследованиями, подобными книге Г.А. Лейтц

7

«Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Я.Л. Морено», «Энциклопедии глубинной психологии» и т.д.; обширной учебной литературой.

Проблема однако в том, что различные направления психотерапии апеллируют не только к разным, но и к противоположным концептуальным основаниям, антропологическим концепциям, методологиям, по-разному формулируют свои цели, часто находятся в антагонистических отношениях друг к другу. Например, гуманистическая терапия базируется на экзистенциально-персоналистской философии XIX-XX вв., отказывается от научных методов исследования личности и видит свою цель в ее развитии

средствами эмпатии и поддержки. Поведенческая терапия ориентируется на эмпирико-аналитические критерии научности, квалифицирует «теории» личности как «метафизические» построения и усматривает свою задачу в том, чтобы на основе знания стимулов, воздействующих на человека, изменять его поведение. В силу расхождений такого рода фактическими основаниями причисления определенного направления к психотерапии является традиция, авторитет его адептов в той или иной стране, его терапевтическая репутация и тому подобные «привходящие», как сказал бы Аристотель, обстоятельства. В этой ситуации единственным «объективным» критерием принадлежности целительской практики к психотерапии становится ее эффективность.

Именно этим руководствуется медицинская традиция, рассматривающая психотерапию в качестве одного из методов лечения «душевных болезней», наряду с фармакологическим и судорожным. Действенность этого «метода» психиатры объясняют, как правило, «психическим воздействием» врача на пациента, т.о. его личным влиянием (поддерживающим, воспитательным, суггестивным). Закономерным следствием такой позиции становится признание психотерапии частью медицинской деонтологии, или профессиональной этики прими. Концептуально-методологические и антропологические основания различных школ психотерапии обретают и рамках этого представления значение современных аналогом «пассов», прикосно-

8

вений, свидетельств о чудесных исцелениях безнадежных больных и т.п., к которым магнетизеры XVIII в. прибегали для усиления своей власти над пациентами. Смысл образования в области психотерапии сводится таким образом к освоению различных «техник» «психического воздействия», а сама она – к внушению, или психологически обоснованному месмеризму.

Тот факт, что психотерапия инкорпорирована медициной, несмотря на двусмысленное понимание врачами природы ее действия, является результатом совместных усилий ученых разных стран, доказавших ее терапевтическую эффективность. Эмпирические исследования психотерапии проводились, начиная с 50-х гг. XX в. преимущественно академическими психологами – А. Бергином, Р. Валлерстейном, О. Кернбергом, Д. Кислером, М. Ламбертом, Л. Люборски, Д. Маланом, Х. Струппом, Дж. Франком, У. Хентшелем, Д. Шапиро и др. На основе эмпирической методологии исследователи оценивали результаты лечения психических расстройств различными видами и методами психотерапии. В итоге ее терапевтическая эффективность была доказана статистически и в наши дни уже не оспаривается. Эмпирические исследования сыграли решающую роль в признании психотерапии медицинским сообществом, но их теоретические «плоды» не удовлетворили ни самих исследователей, ни практикующих психотерапевтов. Обширный статистический материал, собранный десятками

ученых оставлял без ответа вопрос о том, на чем основан «лечебный» эффект психотерапии, почему, в частности, действенность различных методов и техник примерно одинакова. Попытки решить эту проблему эмпирическим путем не увенчались успехом.

Психотерапевтические исследования активизировали дискуссию по проблеме научного и дисциплинарного статуса психотерапии, в которой приняли участие такие признанные авторитеты в области эпистемологии как Р. Карнап, Э. Нагель, К. Поппер, А. Грюнбаум, Х.-Г. Гадамер, Ю. Хабермас, П. Рикер и др. Итогом этой дискуссии можно считать осознание недостаточности формально-логических критериев (принципов верификации, фальсификации,

9

гипотетико-дедуктивного вывода и т.п.) для определения научного статуса психотерапии: различные исследователи приходили на их основе к противоположным выводам.

Это обстоятельство стало дополнительным аргументом сторонников феноменолого-герменевтического подхода, утверждающих, что средствами науки постичь психотерапию вообще невозможно и рассматривающих ее в качестве герменевтической дисциплины и «освобождающей практики». Указанный подход сложился в рамках философски-культурологической традиции осмысления психотерапии, начало которой было положено К. Ясперсом, предпринявшим попытку описать психические расстройства, руководствуясь методом Э. Гуссерля, а после выхода «Бытия и времени» – методом М. Хайдеггера. Позже начинание Ясперса было продолжено В. фон Гибзаттелем, Е. Минковским, Э. Штраусом, Л. Бинсвангером, М. Боссом, Р. Лэйнгом, Д. Купером, Р. Мэем и др. Важнейший вклад в дело философского переосмысления психотерапии внес французский университетский психоанализ. Ж. Лакан и его многочисленные последователи перевели психоанализ на язык ведущих направлений философии XX в. – феноменологии, экзистенциализма, структурализма, аналитической и лингвистической философии, постмодернизма.

Философская «проработка» сделала психотерапию достоянием гуманитарной, художественной и литературной интеллигенции, однако в вопрос о ее социальном статусе ясности не внесла, скорее наоборот. В рамках указанной традиции психотерапия чаще всего трактуется как философия нового типа либо в смысле индивидуально центрированного мировоззрения, либо в значении «философского праксиса» – практического применения различных направлений философии (феноменологии, экзистенциализма, структурализма, лингвистической философии, постмодернизма). Что ж, некоторые направления психотерапии, действительно, используют в терапевтических целях философские учения. Понять закономерности психотерапевтической деятельности без помощи философии также вряд ли возможно. Но из этого вовсе не следует, что пси-

10

хотерапия и философия тождественны. Философия находит применение не только в психотерапии, но и в других областях общественной жизни – в науке, образовании, политике и т.д. Психотерапия использует наряду с философией психологические учения, культурные и религиозные практики, различные формы искусства, мифы, подчиняя все эти *предпосылочные образования* той функции, ради выполнения которой она возникла в XX в. Задача заключается в том, чтобы понять, в чем именно эта функция состоит. Отождествление психотерапии с другими феноменами, включая философию, не только не решает, но осложняет эту задачу.

Социально-философские исследования психиатрии и психотерапии были инициированы философией «франкфуртской школы», выдвинувшей после Второй мировой войны в центр общественного интереса проблему нормы-аномалии. Т. Адорно, М. Хоркхаймер, Г. Маркузе и Э. Фромм утверждали, что капитализм превратил социальные нормы в главное орудие господства, при помощи которого «рациональная власть» управляет поведением человека, планомерно вырабатывая все его жизненные ресурсы. Ж.-П. Сартр противопоставил в «Критике диалектического разума» коллективную деятельность людей (праксис) и ее ставшие формы – социальные нормы, поработавшие их и побуждающие к объединению и борьбе за свою свободу. Следуя этой традиции, М. Фуко представил психиатрические классификации «душевных болезней» в качестве наиболее изощренного и вместе с тем типичного примера «нормативной власти». Психиатрические пациенты обрели в этом контексте статус подлинных личностей и одновременно репрессированных диссидентов, нуждающихся в немедленном освобождении.

Как раз такой вывод сделали в конце 60-х гг. прошлого века участники «нового левого» движения в Европе и движения за гражданские права в США, выступившие с протестом против психиатрического «контроля над сознанием». Идейной выразительницей этого протеста стала антипсихиатрия – международное научное и общественно-политическое движение, объединившее правозащитни-

11

ков, бывших психиатрических пациентов, врачей, гуманитарную интеллигенцию, журналистов. Опираясь на аргументы философии «франкфуртской школы», экзистенциализма и «генеалогии власти» М. Фуко, антипсихиатры (П. Бреггин, Л. Калиновски, Д. Купер, Р. Лэйнг, Дж. Мэйсоц, К. Прибрам, Л. Стивенс, Х. Филлипсон, П. Хох, С. Чавкин, Т. С. Шац и многие другие) выступили с критикой клинической психиатрии как *пенитенциарного института буржуазного общества*.

Антипсихиатрия внесла значительный вклад в изменение отношения общества к психиатрическим пациентам, опровержение концептуальных

построений клинической психиатрии, реформирование психиатрических законодательств западных стран, запрещение некоторых методов «лечения» «душевных болезней». Вместе с тем ей свойственна логика негативизма, проявляющаяся, в частности, в отрицании самой проблемы психических расстройств. Пафос антипсихиатров часто ограничивается борьбой за уничтожение клинической психиатрии и предоставление психиатрическим пациентам права быть «Другими». Целый комплекс социальных проблем, связанный с тем, что страдающие психическими расстройствами люди (в той или иной мере) не могут участвовать в жизни общества, иногда беспомощны в отношении даже элементарных жизненных нужд, бывают агрессивны, часто не способны реализовать свои неотъемлемые гражданские права, включая право на «инаковость» и т.д., попросту игнорируется. Поэтому остается неясным, является ли психотерапия альтернативным клинической психиатрии гуманистическим способом преодоления психических расстройств, или же обе они выполняют «пенитенциарную» функцию.

К антипсихиатрической традиции примыкают исследования социальных философов и социологов – Д. Бакера, Р. Беккера и Х. Беккера, М. Б. Буххольца, Р. Вест. М. Газзаниги, Е. М. Лемерта, Н. Пере, В. Райта, В. Тэрнера, Н. Фокса, М. Чарлсворта и др., посвященные социальным, гуманитарным и правовым аспектам проблемы девиантного поведения. Авторы этого направления реконструируют

12

возникновение и изменение представлений о норме-аномалии, средствами компаративного и кросс-культурного анализа демонстрируют их относительность, рассматривают специфику правового статуса маргиналов (представителей сексуальных, религиозных, этнических, «культурных» меньшинств и т.п.) в современном западном обществе, ратуя за толерантность и политическую корректность. Однако как следует применять эти принципы в отношении людей, страдающих шизофренией, депрессией, умственной отсталостью, социальными страхами, истерией и множеством других «душевных» расстройств, они не разъясняют.

В конце 80-х гг. обозначилась тенденция изучения психотерапии как *целостного образования*. На первый план были выдвинуты проблемы, связанные с социальным, дисциплинарным, правовым статусом психотерапии как области профессиональной и научной деятельности. Стимулом к разработке этой темы стал процесс объединения психотерапевтов разных направлений в рамках национальных и международных организаций, формирование единых стандартов образования и качества психотерапевтической деятельности, подготовка и принятие в ряде стран психотерапевтических законодательств. Тенденция изучения психотерапии как самостоятельной и целостной сферы деятельности представлена в эмпирических исследованиях психотерапии, а также теоретических работах, авторы которых (Р. Дж. Бенч, Э. Бруннер, Р. Бухман, Э. Вагнер, Э. Ван

Дойрцен-Смит, В. Датлер, Г. Зоннек, Л. Рейтер, К. Д. Смит и др.) определяют статус психотерапии на основе науковедческих и социологических критериев. Недостатком этих исследований является *формализм*, в силу которого разные авторы на основе одних и тех же или различных критериев научности, профессиональной идентичности и т.п. приходят к противоположным выводам о социальном статусе психотерапии.

Отдельного упоминания заслуживает инициированный в 1985 году Фондом Милтона Эриксона проект «Эволюция психотерапии», в рамках которого 26 ведущим психотерапевтам, среди которых были А. Бек, Д. Киппер,

13

А. Эллис, З. Морено, Р. Сэнфорд, В. Сатир, Дж. Вольпе и др., предложили кратко ответить на вопрос «Что такое психотерапия?» и охарактеризовать специфику направлений, которые они представляют. В результате получился, по выражению Л. Кроля, то ли бестиарий, то ли музей – «почти зоологический путеводитель по редким видам живых существ» [76, с. 5], выявить сходство между которыми почти невозможно.

Таковы генеральные направления исследований психотерапии в современном социогуманитарном знании. Каждое из них представлено сотнями журнальных публикаций, диссертаций, монографий, научных сборников. Количество работ о психотерапии поражает еще больше, если принять во внимание, что написаны они менее чем за сто лет. Это обстоятельство само по себе свидетельствует о том, что «дело» психотерапии ни в коей мере не ограничивается рамками медицины, но имеет всеобщее значение. Вместе с тем в теоретической рефлексии неясность социального и дисциплинарного статуса психотерапии не только не устраняется, но воспроизводится и закрепляется. Представители различных областей знания отождествляют психотерапию то с медицинской деонтологией, то с одним из психиатрических методов, то с психологией или философией, а то и с шаманизмом. Хотя терапевтическая эффективность психотерапии в наши дни доказана и признана, теоретически она остается неопределенным явлением. Символом этой неопределенности может служить популярное определение психотерапии как «лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного». Имея в виду, что русское слово «психика» происходит от греческого «psyche» – «душа», психотерапией *par excellence*, согласно прицеленной дефиниции, следует считать, вероятно, экзорцизм – изгнание злых духов, демонов и прочей патогенной нечисти, инфицирующей души, а через них и «организмы» пациентов... «Лечебное воздействие на психику и через нее на организм больного». Что же еще вам тут не понятно? А непонятое скрывается не только в «воздействии», «психике» и даже «организме», но и в обстоятельствах жизни многих людей, предва-

14

рявших и вместе с тем готовящих самостоятельный статус психотерапии. Именно эти предварительные условия, начиная с XVIII в. в европейских странах вызвали к жизни особого рода исправительные («пенитенциарные») настроения и институции, актуализировали вопросы о «нормальности» и «аномальности» как конкретного человека, так и самого общества, сделали востребованной государственную и частную практики коррекции человеческого поведения. С этими условиями и обстоятельствами, позволяющими разгадать тайну феномена, скрывающегося под названием «психотерапия» и знакомит настоящая книга.

Пользуясь возможностью, хочу выразить свою искреннюю признательность людям, без помощи, участия и личностного влияния которых эта книга не была бы написана:

Владимиру Ромеку, чью поддержку я ощущала каждый день. Его советы и критические замечания помогли мне не только избежать многих ошибок, но и посмотреть на собственные исследования глазами практикующего психотерапевта.

Алексею Васильевичу Потемкину, ученицей которого мне посчастливилось быть со студенческих времен. Метод профессора Потемкина был для меня нитью Ариадны в лабиринтах философских обоснований психотерапии, а его заинтересованность, мудрость и чувство юмора помогали в трудные минуты.

Грете Лейтц, открывшей мне двери в мир психотерапии. Приняв участие в начале 90-х гг. в психодраматической группе Г. Лейтц, я сделала неожиданный для себя вывод: «Психотерапия – это серьезно». Захотелось разобраться. В результате появилась эта книга. Неизменная поддержка Г. Лейтц вселяла надежду, что предпринятое мною исследование имеет смысл, а ее поразительное мастерство служило источником вдохновения.

Хочу также сердечно поблагодарить В.К. Кантора, В.С. Лепихову, Л.А. Мирскую, В.О. Пигулевского, Е.Я. Режабека, Е.В. Семенову, С.Л. Ульяницкого, Н.И. Чернобровкину, которые своими советами, критическими замечаниями, помощью и дружеским участием способствовали появлению этой книги.

15

Глава 1 **МЕЖДУ «НАУКОЙ» И «ПОНИМАНИЕМ»**

1.1. Что же такое психотерапия?

Однажды на небольшой психотерапевтической конференции я оказалась свидетельницей довольно любопытного диалога. В ходе обсуждения доклада «О современном состоянии психотерапии», автор которого рассказывал помимо прочего о том, как трудно специалисту конкурировать в борьбе за пациента с разного рода «народными

целителями», какой-то дотошный студент бесцеремонно прервал чинно протекавшую беседу профессионалов следующим вопросом: «...У Вас получается, что какая-нибудь снимающая порчу бабка может называться психотерапевтом ровно с тем же правом, что и, скажем, дипломированный психоаналитик... Что же такое психотерапия, по-вашему?». «Вы спрашиваете, что такое психотерапия? – взглянул на него поверх очков докладчик. И, слегка пожав плечами, ответил: Возьмите любое руководство... или учебник – там Вы найдете определение».

А может и в самом деле вопрос надуман, а ответ на него очевиден? Или важен лишь для вышколенных дисциплиной экзаменов студентов? Во всяком случае, прежде чем мы углубимся в теоретическое основание психотерапии, стоит прислушаться к совету специалиста и окинуть взором поверхность ее определений.

1.1.1. Часть медицины или самостоятельная сфера деятельности?

Начнем, пожалуй, с наиболее доходчивого эмпирического определения, принадлежащего британской специалистке по социологии медицины Рут Вест. Исследовательница перечисляет «психологические методы лечения», а именно, психотерапию, гуманистическую психологию, гештальт-терапию, трансактанализ, психологическое консультирование, перинатальную, групповую психотерапию,

16

и относит их к альтернативной медицине [306, с. 341]. Помимо психотерапии по этому ведомству у нее проходят, с одной стороны, «терапия, тела» – фитотерапия, гомеопатия, джиу-джитсу, иглоукалывание т.п., а с другой – паранормальные методы лечения – ручной хилинг, экзорцизм, лечение биополями, паранормальная диагностика, хиромантия, астрология, иридология. «Некоторые могут возразить, – замечает д-р Вест, – что при таком варианте все сваливается в одно ведро» [там же, с.342]. Чтобы навести порядок в альтернативной медицине, исследовательница выделяет два вида ее методов: «те, которые требуют высокого уровня профессиональной подготовки и навыков и те, которые по существу являются разновидностью первой помощи или самолечения» [там же]. В первую группу она включает остеопатию костоправов, хиропрактику массажисток, экзорцизм шаманов и т.п., а во вторую – клиническую психологию и психотерапию. «Если предположить на секунду, что можно измерить их эффективность и надежность, то первая категория заняла бы место среди профессиональной медицины, в то время как вторая могла бы быть отнесена к перечню профессий, дополняющих медицину» [там же].

Итак, *психотерапия – не требующая специальной профессиональной подготовки факультативная отрасль медицины*, в том смысле, вероятно, что

в некоторых случаях она все-таки исцеляет, но совершенно неведомым Рут Вест способом, поэтому исследовательница и помещает ее рядом с ручным хилингом и экзорцизмом. Из суеверия, надо думать – а то ведь объявишь ее шарлатанством и заболеешь чем-нибудь... *психосоматическим*.

Как это не странно, у Р. Вест немало единомышленников в самых что ни на есть научных кругах. Так, автор «Руководства по психотерапии» (1985) доктор медицинских наук В.Е. Рожнов относит психотерапию к деонтологии, или профессиональной этике врача. Деонтология, разъясняет он: «ставит вопрос о том, что надо делать, а психотерапия практически обучает, как надо делать» [159, с. 11]. В.Е. Рожнов разделяет психотерапию на общую и специальную. Под первой «следует понимать весь комп-

17

лекс психических факторов воздействия на больного с любым заболеванием, который направлен на повышение его сил в борьбе с болезнью, на создание охранительно-восстановительного режима, исключающего психическую травматизацию и ятрогению» [там же, с. 11]. Специальная же психотерапия применяется в терапии заболеваний, «при которых психические методы лечения являются ведущими и основными в лечении больного» [там же]. К таким заболеваниям Рожнов причисляет неврозы и наркомании, а к психотерапевтическим методам – рациональную психотерапию, внушение в состоянии бодрствования или гипноза, самовнушение, аутогенную тренировку, наркотерапию и т.п. [там же, с. 11-12]. Стало быть, рассматривая, так же как Р. Вест, психотерапию в качестве сопутствующей профессиональной медицине сферы деятельности, В.Е. Рожнов исключает из нее не только хиромантию, но и психоанализ, поведенческую, гештальт-терапию, психодраму, оставляя лишь метод внушения в различных его вариантах.

«Да ведь это когда было, – возразит исторически чуткий читатель, – в советские времена, когда даже упоминание психоанализа или экзистенциальной терапии допускалось лишь в *критическом* контексте».

Но в том то все и дело, что сходное понимание предмета и задач психотерапии можно встретить во многих современных учебных пособиях, авторы которых ни коим образом не связаны идеологическими табу. Возьмем для примера учебник, разработанный, как сказано в аннотации, «самыми знаменитым специалистом Оксфорда, переведенный на множество языков, пользующийся огромным и заслуженным успехом во всем мире» – «Психиатрию» М.Т. Хэзлема (1990, русский перевод 1998). «Психотерапия, – пишет автор, – это лечение посредством бесед врача с пациентом. Психотерапевт пытается изменить мышление пациента, его поведение и эмоции посредством работы над механизмом его мышления, путем выявления сдерживающих факторов и обучения пациента новым способам контроля над собой» [205, с. 157]. В отличие от В.Е. Рожнова, М.Т. Хэзлем включает в психотерапию ши-

18

рокий круг направлений – от ортодоксального психоанализа до поведенческой терапии, и все же определяет ее как «*один из методов лечения невротиков*» [там же], наряду с физическими и лекарственными. Недостаток этого метода британский психиатр видит в том, что он, во-первых, требует «слишком много времени и средств» и поэтому недоступен всем желающим, а во-вторых, представляет собой «субъективный способ лечения», эффективность которого подтвердить «слишком трудно» [там же].

Хэзлем выделяет три типа психотерапии. Первый предполагает умение устанавливать доверительные отношения с пациентами, создавать доброжелательную атмосферу в лечебном учреждении и т.п. Навыками такого рода «обязаны владеть все медицинские работники, включая медсестер» [там же, с. 160]. Психотерапия второго типа подразумевает помимо поддерживающих консультаций и рекомендаций обсуждение внутренней мотивации и «возможности изменить стиль жизни» пациента. Она требует «некоторого специального обучения» [там же, с. 160-161]. И лишь третий вид психотерапии предусматривает подготовку в специальном учебном заведении, подобном институту психоанализа, где обучают теории и практике психотерапии. Однако в виду недостатка времени, отводимого «а каждого пациента в системе здравоохранения, подчеркивает Хэзлем, применяется в основном психотерапия Первых двух типов, т.е. медицинская деонтология. При этом *право психиатра заниматься психотерапией и даже экспериментировать в этой сфере без специального образования рассматривается им как нечто само собой разумеющееся* [там же, с. 164], тогда как психолог, даже получивший «более высокую степень магистра естественных наук», прошедший специализацию в области патопсихологии и бихевиоральной терапии и имеющий двух-трехлетний опыт практической работы в условиях клиники, должен «подчиняться психиатру» [там же, с. 27].

Такое понимание психотерапии входит в противоречие, прежде всего, со Страсбургской декларацией, принятой Европейской Ассоциацией Психотерапии в 1990 г. Согласно этому документу, выражающему консолидированную

19

позицию ведущих психотерапевтических организаций Старого света, *психотерапия является самостоятельной научной дисциплиной и независимой, свободной профессией* (п. 1), предполагающей обязательное и весьма длительное специальное обучение. Причем декларация подчеркивает предпочтительность базового высшего образования в области гуманитарных и общественных наук (п. 5).

Аналогичные положения содержат уставы профессиональных организаций психотерапевтов и законодательства многих стран. Например, Швейцарский психотерапевтический союз (SPV) в 1983 г. добился от

Верховного Суда конфедерации признания научности профессии психотерапевта, а в 1986 г. – законодательного закрепления независимости психотерапевтической профессии от системы медицины [29, с. 102]. В соответствии с принятой в 1993 г. швейцарской «Хартией по образованию психотерапии» *«только специальное образование (второе образование) дает допуск к профессии психотерапевта, которая по определению является второй профессией»* [там же, с; 112]. Да и сама психотерапия трактуется «Хартией...» гораздо шире, чем метод лечения: «Психотерапия – это лечебный подход, который: 1) обращается к страждущему человеку в его телесно-душевном единстве в рамках конкретной жизненной ситуации и биографического развития и 2) сводит техники и подходы душевно-духовного лечения в единую терапевтическую процессуальную модель (терапевтическую концепцию) и, исходя из нее, подвергает их рефлексии» [там же, с. 109]. Из прилагаемого уточнения следует, что «терапевтическая процессуальная модель» является триединством антропологической теории, метода и терапевтического отношения. Правда, ясности относительно специфики психотерапии («душевно-духовного лечения») это, увы, не добавляет, порождая лишь стойкие ассоциации с практикой идейно-воспитательной работы.

Понимание психотерапии в качестве независимой сферы деятельности характерно и для отечественных учебников последнего времени. Авторы пособия «Основные направления психотерапии» (2000 г.), А.Я. Варга, И.М.

20

Кадыров и А.Б. Холмогорова подчеркивают, что несмотря на то, что становление психотерапии происходило в рамках медицины, позже она превратилась в самостоятельную область теоретической и практической деятельности на пересечении естественных и гуманитарных наук [133, с. 8]. Поэтому свою цель они видят не только в том, чтобы познакомить читателя с различными психотерапевтическими концепциями и методами, но и в том, «чтобы показать существующие во всем мире пути овладения профессией... стандарты качества оказания психотерапевтической помощи... то есть ясно и однозначно очертить границы профессиональной практики» [там же, с. 4].

Некоторые авторы, преимущественно зарубежные, не только разграничивают медицину (психиатрию) и психотерапию, но и противопоставляют их. Основанием служит, с одной стороны, противоположность их теоретических подходов (биологического – «номотетического» и феноменологического – «идеографического»), а с другой, – исторические исследования (Х. Элленбергера, А. Гоулда, Д. Дринки и др.¹), из которых, явствует, что психотерапия зародилась вне медицины. Э. Ван Дойрцен-Смит и Д. Смит, например, считают, что с исторической точки зрения психотерапия происходит скорее от философии, чем от медицины [31, с. 44]. «Развитие психотерапии в основном происходило за пределами академической психиатрии и зачастую

пренебрежительно рассматривалось психиатрами как поворот назад, к натурфилософии. Психиатры, которые, подобно Юнгу и Блейлеру, практиковали и психотерапию, руководствовались побуждениями, полученными вне психиатрии. Нам не известен ни один психотерапевтический подход, который бы основывался на психиатрической теории – и это совсем не удивительно: психиатрия располагает каузальными или функциональными объяснениями расстройства нервной системы, а также выведенными из них... физикалистскими методами лечения. Характерный для психотерапии уровень интенционального описания ею, собственно, не затрагивается» [там же, с. 45]. Тот факт, что современные психиатры

¹См.: [238, 240, 245].

21

практикуют в сфере психотерапии, ни коим образом не свидетельствует об изменении отношений между дисциплинами. Оставаясь *de jure* врачами, *de facto* эти психиатры используют знания, умения и навыки, полученные в области общественных и гуманитарных наук.

Элизабет Вагнер идет еще дальше и утверждает, что даже практический опыт по уходу за больными, не говоря уже о медицинской деонтологии, скорее противопоставляет психиатрию и психотерапию, чем объединяет их. В медицине терапевтическое отношение директивно, она является «монологической наукой, в которой врач поучает, а пациент исполняет советы врача» [30, с. 261]. В психотерапии, напротив, взаимодействие в рамках любого направления в принципе построено как отношение «субъекта с субъектом, из диалога которых возникает intersubъективная структура значения» [там же]. Отношение к пациенту как к больному телу, объекту излечения освобождает врача от связанного с болезнью чувства вины и позволяет выполнять свои обязанности профессионально. Его эмоциональная и личностная отстраненность от переживаний пациента соответствует как позитивистскому идеалу объективности, так и клятве Гиппократова. Психиатрия и психотерапия являются, таким образом, *взаимоисключающими способами взаимодействия терапевта и пациента*.

Существует и компромиссная точка зрения «здорового смысла», сторонники которой полагают, что при разделе сфер влияния между психиатрией и психотерапией следует поддерживать *status quo* их терапевтической специализации. *В ведении психиатрии традиционно находятся психозы, заболевания, вызванные органическими поражениями мозга и другими биологическими патологиями, а в компетенции психотерапии – неврозы, психосоматические заболевания, психопатии и т.п.* К. Ясперс, например, считал, что психотерапию следует применять скорее к пациентам, которые из-за тяжелой болезни – инфаркта, рака и т.п., оказались в «пороговой ситуации», чем к тем, кто страдает эндогенной депрессией или шизофренией [205, с. 160]. Такое ограничение области при-

ложения психотерапии вытекает, с одной стороны, из убеждения, что «душевные болезни» подразделяются на «настоящие», т.е. имеющие органические причины, и «ненастоящие», а с другой, – из представления о психотерапии как о «лечении посредством бесед врача с пациентом», соответствующем «ненастоящим» душевным болезням. Некоторые авторы даже уподобляют действие психотерапии эффекту плацебо². «Разговорная терапия» бесполезна «для тех, кто вследствие своей болезни не способен соприкоснуться с реальностью и потому не способен воспринимать этот подход» [там же, с. 160]. Поэтому психотерапия не может использоваться при лечении, пациентов, страдающих психозами.

Но, не говоря о том, что *нозологическим признаком большинства невротических расстройств («мнимых» болезней) является как раз неспособность соприкоснуться с реальностью* (или, по крайней мере, с некоторыми ее сторонами), выражающаяся в специфических симптомах – страхах, навязчивых действиях, иллюзорных установках, амнезиях, и т.п.³, такое разделение противоречит устоявшейся терапевтической практике, на авторитет которой ссылаются сторонники этой точки зрения. Пионерами применения психотерапевтических методов при лечении

² См.: [74].

³ Например, симптомы постравматического стрессового расстройства (F43) в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) таковы: «В картине заболевания могут быть представлены общее притупление чувств (эмоциональная анестезия, чувство отдаленности от других людей, потеря интереса к прежним занятиям ...) или чувство унижения, вины, стыда, злобы. Возможны диссоциативные состояния вплоть до ступора), в которых вновь переживается травматическая ситуация, приступы тревоги, рудиментарные иллюзии и галлюцинации, транзиторные снижения памяти, сосредоточения и контроля побуждений. ...При острой реакции возможна частичная или полная диссоциативная амнезия эпизода (F44.0). Могут быть последствия в виде суицидных тенденций, а также злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами. ...Переживание травмы становится центральным в жизни больного, меняя стиль его жизни и социальное функционирование» [145, с. 196].

психозов были как раз психиатры – Э. Блейлер, К.Г. Юнг, Л. Бинсвангер, Я.Л. Морено, Р. Лэйнг, М.Босс и др. Не-которые из них стали к тому же основателями ведущих направлений психотерапии – аналитической психологии, Дасиен-анализа, экзистенциальной терапии, психодрамы. Морено, например, начал использовать психодраму в психиатрической клинике в работе с больными шизофренией, циклотимными и старческими психозами в конце 30-х гг. XX в. Успешность этого опыта признали даже его критически настроенные коллеги. «Факт, что пациент страдает шизофренией или расстройством нарциссического типа, – писал Морено в статье «Психодраматическое лечение психозов» (1945), – ни в коей мере не исключает психодраматического лечения, поскольку это лечение может

осуществляться достаточно хорошо и тогда, когда перенос на терапевта незначителен или вовсе отсутствует. Психотический опыт пациента не может адекватно выразить себя в чуждом и не соответствующем ему мире реальности. Пока пациент остается без психодраматического лечения его психотический опыт пребывает в лоне неясной и обманчивой субъективности, без какой бы то ни было точки опоры. Психодраматический принцип как раз и заключается в создании условий объективизации этого опыта путем учреждения «воображаемой реальности» [285, с. 3]. Психотерапевтические методы *не только не бесполезны*, с точки зрения Морено, при лечении психотических расстройств, но способны опосредствовать соприкосновение пациента с реальностью, недостижимое иными способами.

Итак, знаменитые психиатры, ставшие основателями психотерапии не устанавливали границ между двумя царствами ни по критерию органической обусловленности душевных расстройств, ни по критерию адекватности восприятия пациентами реальности.

1.1.2. Лечение или воспитание?

Не меньшей противоречивостью отличаются содержательные определения психотерапии, разъясняющие специфику ее лечебного («психического», «телесно-духовного» и т.п.) действия.

24

Весьма часто эта специфика связывается с функцией воспитания, причем психиатрическая традиция конвергирует в этом пункте с традицией психотерапевтической. Так, авторы коллективной монографии «Психотерапия в клинической практике» (1984) И.З. Вельворский, Н.К. Липгарт, Е.М. Багалей, и В.И. Сухоруков пишут, что принятая в отечественной медицине характеристика психотерапии как «лечения через психическое воздействие», нуждается в дополнении, «так как в процессе психотерапии важным является не только изменение и переделка личностного отношения самого больного к болезненным факторам, ощущениям, переживаниям, но и изменение его отношения к быту, труду и общению с людьми» [35, с. 3]. Поэтому психотерапия ни коим образом не сводится к беседам врача с пациентом в лечебном кабинете, но является *системой «лечебного воспитания и перевоспитания больного человека», системой одновременно и лечебной и дидактично-педагогической* (курсив мой. – Е.Р.) [там же].

На первый взгляд может показаться, что «дидактично-педагогическая» версия психотерапии является специфическим продуктом советской эпохи и ограничена ее социально-историческими пределами. Но нет – аналогичное понимание целей психотерапии мы обнаруживаем в книге английского психиатра Семьюэля Тьюка «Описание Убежища, заведения вблизи Йорка для душевно больных людей», вышедшей в 1813 г. Книга напоминала британцам

о подвиге, совершенном дедом автора Уильямом Тьюком, квакером, предпринявшим за двадцать лет до того реформу психиатрических госпиталей и освободившем заключенных в них страдальцев.

С. Тьюк описывает удручающее положение квакеров в общих госпиталях, где помимо материальных лишений они вынуждены были терпеть соседство больных, позволявших себе сквернословить и неподобающе себя вести. «Все это зачастую оставляет неизгладимый след в умах больных и они, обретя разум, становятся чужды религиозному чувству, коему прежде были привержены; иногда они даже становятся испорченными людьми и приобретают порочные привычки, прежде им совершенней чуждые»

25

[цит. по: 195, с. 472]. Рассуждения такого рода автор резюмирует следующим выводом: «обыкновенное в больших публичных госпиталях смешение людей, питающих разные религиозные чувства и исполняющих разные обряды, смешение развратников и добродетельных, богохульников и людей строгих правил приводило лишь к препятствиям на пути возвращения к разуму и загоняло меланхолию и мизантропические идеи еще больше внутрь» [там же, с. 473]. Поэтому старший Тьюк и организовал для душевнобольных квакеров Убежище, в котором была созданы условия, максимально способствующие их перевоспитанию-выздоровлению. Ведущая роль в системе терапевтического воздействия, включавшей в себя труд, родительский надзор и нравственное воспитание, принадлежала религии. Если ее предписания «напечатляются в человеке с первых дней его жизни, – пишет Тьюк, – то они становятся почти принципами его естества; смирительная сила их многократно испытана, даже во время припадков буйного помешательства. Следует всячески поощрять влияние религиозных принципов на рассудок сумасшедшего, ибо это весьма важное слагаемое его лечения» [там же]. Таким образом, Семюэль Тьюк, считающийся, между прочим, автором термина «психотерапия», обозначал им *нравственное лечение*, возвращающее безумцев к забытой ими истине.

В той или иной форме это убеждение высказывается многими современными авторами, как практикующими психотерапевтами, так и теоретиками. Например, Н.С. Автономова считает, что популярность психоанализа во Франции второй половины XX в. объясняется тем, что в ситуации кризиса философии представители гуманитарных наук видят в нем мировоззрение, в центре которого находится отдельная человеческая личность. «Мне представляется возможной такая гипотеза, – пишет исследовательница, – психоанализ во Франции играет роль практической философии или иначе – философии практического разума» [5, с. 28]. Последняя, напомним, есть не что иное, как этика. Практический разум, согласно Канту, предложившему это понятие, предписывает всеобщие принци-

пы, исходя из которых, человек в любой ситуации может ответить на вопрос: «Что я должен делать?»»

Известный американский психодраматург А. Блатнер расширяет гипотезу Н.С. Автономовой, выводя ее за пределы психоанализа и Франции. Наряду с биологической предрасположенностью, вредными привычками, семейными конфликтами, стрессами источником душевных расстройств на Западе является, полагает он, отсутствие общепринятых нравственных и мировоззренческих представлений. Этически дезориентированный индивид испытывает чувства изолированности, одиночества и отчуждения, которые способствуют развитию психических заболеваний. «Все это, – заключает он, – свидетельствует о потребности в реконструкции смыслообразующей «работающей» философии, которую обычные люди могли бы применять в своей повседневной жизни» [17]. Первостепенная задача психотерапии как раз заключается, по мнению А. Блатнера, в том, чтобы помочь клиенту выработать «личную мифологию», индивидуальное мировоззрение, на которое он мог бы опираться при решении жизненных проблем.

В этой связи стоит вспомнить, что З. Фрейд категорически возражал против отождествления психоанализа как с мировоззрением, так и с «практической», или нравственной, философией. В «Лекциях по введению в психоанализ» он писал, что мировоззрение, или «интеллектуальная конструкция, которая единообразно решает все проблемы нашего бытия, исходя из некоего высшего предположения», ни в коей мере не является предметом психоанализа как «специальной науки» и «отрасли психологии» [189, с. 396]. Такие компоненты мировоззрения как «притязания человеческого духа или потребности человеческой души», которые часто рассматривают в качестве предмета психотерапии, Фрейд называет всего лишь аффективными желаниями. Эти желания не следует, конечно, с презрением отбрасывать или недооценивать их значимость, «однако нельзя не заметить, что было бы неправомерно и в высшей степени нецелесообразно допустить перенос этих притязаний на область познания» [там же, с. 400].

В письмах Джексону Патнему – пионеру психоанализа в Соединенных Штатах и неисправимому этическому идеалисту, утверждавшему в своих работах⁴, что психотерапевт призван развивать изначально присущее человеческому бытию стремление к добру, Фрейд подчеркивает, что психоанализ и этика изучают *разные* сферы человеческого опыта и, стало быть, разные и не сводимые друг к другу закономерности⁵. Этическому пафосу своего американского эмиссара⁶ он противопоставляет следующее определение миссии психоанализа: «Анализ *помогает стать цельным*, но добрым сам по себе не делает. В отличие от Сократа и Патнема, я не считаю, будто все пороки происходят от своего рода неведения и неточности. Я

думаю, что на анализ возлагается непосильная ноша, если от него требуют, чтобы он реализовал в каждом его драгоценный идеал...» (курсив мой. – Е.Р.) [там же]. Еще резче это убеждение выражено в известном письме Фрейда швейцарскому пастору О. Пфистеру от 10 октября 1918 г. Пеня Пфистеру за вольное толкование своей работы в его книге «Что дает психоанализ воспитателю» (1917), Фрейд пишет: «Я недоволен одним пунктом, Вашим возражением по поводу моей «Теории сексуальности и моей этики».

⁴ В частности, книге «О человеческих мотивах» (1915), о которой в письме К. Абрахаму (3.07.1915) Фрейд писал: «...популярная книга из одной серии, где он опять сел на своего любимого конька» [60, с. 136].

⁵ «...Я воспринимаю себя как чрезвычайно морального человека, способного подписаться под прекрасным высказыванием Т. Фишера «Этическое ясно само по себе», – писал Фрейд Патнему. – Я верю в чувство справедливости, а умение считаться с ближними, неудовольствие от причиненного другим страдания или предвзятости я причисляю к лучшему, чему мне удалось научиться... Порядочность, о которой мы сейчас говорим, я воспринимаю, как социальное, а не сексуальное понятие» (курсив мой. – Е.Р.) [60, с. 85].

⁶ К миссии Патнема (в некрологе Фрейд назвал его «величайшей опорой психоанализа в Америке») Фрейд относился весьма серьезно. В 1910 г. он писал Джонсу: «Этот старик вообще огромное для нас приобретение» [60, с. 84]. Этим, по всей видимости, обусловлена особая дипломатичность Фрейда, который часто выражает свое истинное отношение к «любимому коньку» Патнема лишь трудноуловимой иронией.

То есть последнее я Вам охотно уступаю, *этика мне чужда*, а Вы – духовный пастырь. ...Однако к сексуальным влечениям Вы в книжке отнесли несправедливо. Вы нигде не сказали, что они поистине имеют самое близкое отношение и самое большое значение – *не для духовной жизни вообще*, (а речь идет именно об этом), *но для заболевания неврозом»* (Курсив мой. – Е.Р., Там же, с. 55).

1.1.3. Наука, метафизика, освобождающая практика?

Фрейд рассматривал психоанализ в качестве естественнонаучной дисциплины, подобной физиологии, биологии и даже физике. Именно так определял бихевиоризм его создатель Дж. Уотсон. Поведенческая терапия, кстати говоря, – единственное направление психотерапии, представители которого и в наши дни последовательно отстаивают эту позицию.

«Психология, – писал Уотсон, – ...представляет собой чисто объективную экспериментальную отрасль естественных наук. Ее теоретической задачей является прогнозирование поведения и управление поведением. ...Бихевиорист в своем стремлении выработать унитарную схему реакций животного не видит никакой разделительной черты между человеком и животным» [218, с. 282]. По убеждению Уотсона и его единомышленников, зная какие стимулы воздействуют на человека, психотерапия (поведенческая терапия) может совершенно объективно

объяснить и изменить его реакции. В этом и состоит ее практическая задача. «Нет больше необходимости обманывать себя измышлениями о том, что именно психические состояния являются предметом наблюдения» [там же, с. 283]. «Измышлением», с этой точки зрения, является не только интроспективная психология, которой адресовано замечание Уотсона, но и психоанализ.

Между тем, и Фрейд и Уотсон руководствовались одним и тем же критерием: то или иное положение является научным, если оно подтверждается *фактами наблюдения*. Фрейд настаивал на «фактичности» влечений, Уотсон – стимулов и реакций. Продолжающийся до сих пор

29

спор между психоаналитиками и бихевиористами о «теоретической валидности» обоих направлений – наглядное свидетельство проблематичности позитивистского понимания научности. Некоторые авторы усматривают в позитивизме чуть ли не новую («сциентистскую») религию. На самом же деле он представляет собой лишь один из вариантов эмпиризма, признающего в качестве единственного источника и критерия достоверного знания чувственно данное – «опыт». Позитивистское истолкование психотерапии до сих пор преобладает в Великобритании и США – странах с сильной традицией эмпиризма.

Вопрос о том, является ли психотерапия наукой, находится в центре напряженной дискуссии по крайней мере полстолетия. Противоположные ответы на него – как в отношении отдельных направлений, так и в отношении психотерапии в целом – давались на основании всех выдвинутых в XX в. формальных критериев научности. Вот лишь несколько примеров. Эрнст Нагель критиковал претензии психотерапии на научность как «не верифицируемые (не сводимые к чувственно данному), так как не существует никаких строгих и однозначных корреспондирующих правил, которые бы связывали теоретические понятия с наблюдениями» [31, с. 38]. Другой логический позитивист Рудольф Карнап, признавая не соответствие психоанализа критерию научности, все же считал, что положение может быть исправлено переводом на физикалистский язык и формализацией его теоретических утверждений так, чтобы их можно было сопоставлять с протокольными предложениями [230, с. 85].

Карл Поппер был менее оптимистичен: с точки зрения принципа фальсификации психотерапия является наукой не в большей мере, чем астрология или гомеровская мифология. Подчеркивая невозможность опровержения метапсихологических постулатов Фрейда, Поппер поражался тому обстоятельству, что они подтверждается *противоположным* поведением пациентов [147, с. 242].

Сторонник ослабленной версии фальсификационизма – так называемого исключаящего индукционизма, Адольф Грюнбаум утверждает, что в отличие от «топических»

конструкций, патогенетические гипотезы Фрейда могут быть проверены в ходе эпидемиологических и экспериментальных исследований. «Согласно Фрейдовой эволюции паранойи, *вытесненное* гомосексуальное влечение, – пишет он, – *необходимая причина* возникновения параноидального бреда. На основании этой гипотезы можно предположить так же, что это приводящее к болезни сильное вытеснение обусловлено, главным образом, жесткими социальными табу на гомосексуальность. А отсюда, в свою очередь, можно предположить, что значительное ослабление социальных санкций против данной нетипичной сексуальной ориентации приведет к заметному уменьшению числа заболеваний паранойей. Уже одно такое предсказание опровергает утверждение Карла Поппера о непроверяемости психоаналитической теории» [62, с. 96]. А следовательно, эта теория является «условно», или «потенциально», научной.

Остроумно решают проблему Эмми Ван Дойрцен-Смит и Дэвид Смит. По критерию эмпирической подтверждаемости они, также как Карнап и Грюнбаум, считают психотерапию «потенциально» научной дисциплиной [31, с. 55], по социально-историческому критерию Т. Куна – «допарадигмальной» наукой, в виду плюралистичности ее направлений и отсутствия общей теории [там же, с.33], а по третьему – их собственному «прагматическому» критерию выполнения «минимальных требований как ученого-естественника, так и испытателя-герменевтика» [31, с. 41] – самостоятельной наукой, отличной от медицины и психологии [там же, с. 55]. «Даже если до сих пор и не существует общей науки психотерапии, нет убедительных причин, почему она в принципе не могла бы появиться» [там же, с. 56], – резюмируют они.

Такой способ аргументации напоминает старый анекдот о том, как в ответ на требование вернуть взятый взаймы кувшин, габровец заявляет, что, во-первых, не имеет ни малейшего представления, о каком кувшине идет речь, во-вторых, в позапрошлом году проситель брал у него тарелку и не отдал, а, в третьих, кувшин – такой старый, что требовать его назад просто неприлично, тем более что (в-четвертых) разбился он по сущей случайности.

Исходя из социологических критериев, заимствованных главным образом из системно-функциональной теории Н. Люмана, Людвиг Рейтер и Эгберт Штейнер утверждают, что «психотерапия, так же, как и медицина, является не наукой, а профессией, причастной к науке» [156 с. 183]. Наука и психотерапия представляют собой автономные функциональные системы общества, каждая из которых имеет собственную семантику, «бинарный код» (истина/ложь и здоровье/болезнь), средства коммуникации и программы действия [там же, с. 184]. Как любая профессия, в повседневной практике психотерапия руководствуется имплицитным «знанием-в-деятельности».

Даже, будучи экспертным (т.е. позволяющим находить решения в сложных нестандартных ситуациях), такое знание с трудом вербализуется и не предусматривает критического осмысления. «И лишь при возникновении незнакомых ситуаций или трудностей включается рефлексия» [там же, с. 195], которая, однако носит *прикладной* характер. Иными словами, при столкновении с новой проблемой психотерапевт не обращается в поисках решения к научным теориям, а находится, по выражению Л. Гринберга, «скорее в положении детектива, пытающегося раскрыть то, что уже произошло» [там же, с. 192]. Рейтер и Штейнер разделяют распространенное в среде психотерапевтов убеждение в существовании неустранимого зазора («*inevitable gap*») между теоретическими исследованиями и практикой. Вместе с тем, они указывают на то, что во второй половине XX столетия сформировался новый тип психотерапевтической рефлексии, который с полным основанием можно назвать научным. Осуществляющие его психотерапевты работают преимущественно в университетах, делают успешную академическую карьеру, обладают учеными степенями и званиями, терапевтическая же практика занимает в их жизни второстепенное значение. Свои исследования они проводят и излагают в соответствии со стандартами академической науки, критериями защиты диссертаций и назначения на преподавательские должности.

32

Апеллируя к Люману, подчеркивавшему, что социальная ценность продуктов науки устанавливается их потребителями в других подсистемах общества, а также к собственному тезису о психотерапии как профессии, причастной науке, Рейтер и Штейнер заявляют о необходимости установления «некоего посредничества («моста»))» между теоретическими исследованиями психотерапии и практикой [там же, с. 200]. «...По сути здесь возможно достижение мира, – пишут они, – если бы конфликтующие партии только этого захотели или, по крайней мере, осознали то обстоятельство, что они сами этому миру мешают» [там же]. Но поскольку ранее Рейтер и Штейнер обосновывали автономность науки и психотерапии и не привели ни одного аргумента, свидетельствующего о *необходимости* их сотрудничества, остается загадкой, что может заставить «конфликтующие партии» желать заключения мира. Кроме того, без ответа остается вопрос о причинах «войны» между теоретиками и практиками психотерапии – ссылки на «групповые интересы» и «личные мотивы» («болезненное стремление к власти») не убеждают.

Между тем, единогласно принятая 27 психотерапевтическими организациями и союзами швейцарская «Хартия по образованию психотерапии» не только провозглашает психотерапию наукой без каких бы то ни было оговорок, но и совершенно игнорирует «неустранимый зазор» между теорией и практикой. «Психотерапия как наука и научно обоснованная практика включает в себя исследовательскую деятельность

(«психотерапевтические исследования») и рефлексированное привлечение факторов влияния (психотерапия как практика)», – говорится в ней [29, с. 110].

До сих пор речь шла о дискуссии, участники которой, по-разному отвечая на вопрос, является ли психотерапия наукой, придерживались общего убеждения в существовании универсальных критериев научности, приложимых к любой дисциплине независимо от специфики ее предмета. Многочисленные сторонники *феноменолого-герменевтического подхода* подвергают это убеждение критике. При этом они опираются, главным образом, на аргументацию,

33

восходящую к В. Дильтею и В. Виндельбанду: поскольку предметом психотерапии является внутренний мир человека – психические переживания, субъективные смыслы и ценности, постольку *по самой своей природе она отличается от естественных наук, изучающих объективные процессы и явления*. «...В практической работе, – пишут, адепты неокантианской оппозиции «наук о духе» и «наук о природе» Альфред Притц и Хайнц Тойфельхарт, – становится все более очевидным, что метод естественных наук не пригоден для контакта с пациентом. Возможно, физику и легко сохранить необходимую дистанцию с объектом исследований во время наблюдения за движением атомов, но для психотерапевта самым важным является именно отличное от общих принципов субъективное содержание смысла, ибо без него уж никак не обойтись. Представление о том, чтобы поставить исследуемого человека, словно атомы, камни, органические и неорганические субстанции, в отношении подопытности к другому человеку, исследователю, оказывается неуместным» [152, с. 20].

Медицина принадлежит кругу естественных наук, тогда как психотерапия является типичной «наукой о духе», наряду с философией, историей, литературоведением, и даже теологией, поскольку последняя выработала традицию практической (исповедь) и теоретической герменевтики [там же, с. 22]. В самом деле, в фундаментальных медицинских исследованиях широко используются эксперименты над животными, что возможно благодаря биологическому сходству между ними и человеком, но для душевных расстройств аналогов в животном мире просто не существует. «У крысы можно искусственно вызвать ожирение печени, – замечает Элизабет Вагнер, – но не шизофрению» [30, с. 257]. В силу этого, считает она, эмпирические критерии научности – принципы верификации и фальсификации и производные от них гипотетико-дедуктивные процедуры проверки – к психотерапии не применимы.

Приверженцами феноменолого-герменевтического подхода психотерапия трактуется как *освобождающая практика*, заключающаяся в истолковании «интенциональ-

34

ных актов» (переживаний) пациентов в ходе межличностного взаимодействия с терапевтом, которое расширяет их самопонимание и устраняет служившее источником невроза вытеснение. «Только те познания, которые могут быть осознаны и поняты на уровне переживания, для пациента настоящие познания. Психотерапевтическое познание всегда субъективно и никогда не объективно», – пишут А. Притц и Х. Тойфельхарт [152, с. 13]. В связи с близостью этой концепции традиционному для медицины определению психотерапии в качестве «лечения посредством бесед врача с пациентом», «лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного» и т.п., ее адептами часто становятся психиатры. Что же касается технологий истолкования переживаний пациентов, то в теоретических размышлениях на эту тему преобладает влияние трех направлений философии XX в. – феноменологии, герменевтики и философии языка. Феноменологически ориентированные авторы апеллируют к свободному от предварительных гипотез, исходящему из жизненного мира пациента интуитивному схватыванию значений его интенциональных актов (переживаний). Сторонники герменевтики призывают к прояснению и поэтапному расширению предпосылок, определяющих представление пациента о себе самом. Приверженцы лингвистической философии полагают, что ключом к успеху является обнаружение и переформулирование правил его «языковых игр», семантический анализ и т.п.

Иногда *идиографический* («феноменологический», «понимающий», «герменевтический») и *номотетический* («каузальный», «позитивистский») и подходы⁷ противо-

⁷ Деление наук на номотетические (греч. Nomos – закон) и идиографические (греч. Idios – своеобразный, уникальный) было предложено неокантианцем В. Виндельбантом. «Науки о природе» изучают объективные причинно-следственные зависимости между явлениями внешнего мира, их задача – объяснить на основе принципа детерминизма. «Науки о духе» исследуют переживания субъекта – будь то отдельный человек или целый народ – сферу его сознания и воли. Их миссия – понять и описать своеобразный и неповторимый смысл переживаний, мотивов и ценностей, определяющих поведение субъекта.

поставляются как взаимоисключающие, но гораздо чаще рассматриваются в качестве альтернативных и не подлежащих сравнению познавательных перспектив («концептуальных горизонтов», «дискурсов»). Каузальный и феноменологический подходы, разъясняет Э. Вагнер, представляют собой независимые уровни познания, а поскольку любая теоретическое объяснение должно отвечать требованию непротиворечивости, постольку исследователь вынужден выбирать между ними. «...Пусть психолог-исследователь откажется от желания охватить человека во всех его измерениях одновременно, к тому же в рамках одной исследовательской программы» [30,

с. 260]. Того же следует требовать и от номотетически мыслящего психиатра.

Феноменолого-герменевтическое понимание психотерапии положено в основу законодательных актов некоторых стран. Вот, к примеру, как определяет миссию психотерапии комментарий к австрийскому Закону о психотерапии:

«...Психотерапевтическая практика базируется на познании субъективного мира переживаний пациента, стремлении проникнуть в этот мир с доброжелательностью при помощи методически обоснованного стиля терапии...» [цит. по: 152, с. 11].

* * *

Итак, последовав совету специалиста и обратившись в поисках ответа на вопрос «Что такое психотерапия?» к учебникам, руководствам, законодательным актам, научным сборникам, журнальным публикациям и даже переписке (Фрейда), мы обнаружили *множество различных определений* психотерапии. Причем их анализ и сопоставление не позволили достичь ясности ни в отношении профессиональной идентичности психотерапии, ни в том, что касается специфики ее лечебного воздействия, ни по вопросу о ее дисциплинарном и научном статусе. Всякий раз мы сталкивались с *противоположными мнениями об одном и том же*. Значит ли это, что на нынешнем этапе существования психотерапии ее научное осмысление невозможно? Ни в коей мере.

36

Если бы слова прямо и непосредственно выражали суть дела, «*природу вещей*» в терминологии Нового времени, то в науке вообще не было бы надобности. Однако в реальности, находящейся за пределами сослагательного наклонения, все гораздо сложнее: логика слов и логика дела, увы, весьма часто не совпадают. Между *вербальными определениями* предмета, фиксирующими различные представления о нем, и *понятием*, воспроизводящим – опять-таки в словесной форме – закон его существования – дистанция воистину огромного размера. Более того, само это расхождение имеет закономерный характер (а вовсе не является результатом чьей-то недобросовестности или оплошности). Практическое освоение или производство предметов (природных явлений, вещей, социальных отношений, технологий и т.п.) предшествует их научному познанию. Вначале движимые потребностью люди присваивают наличные или создают новые предметы, не сознавая форм собственной деятельности и законов, которым она соответствует, а затем... сталкиваются с ними как с внешней, независимой от них объективной действительностью, различные стороны которой они выражают в вербальных *дефинициях*. Ну а разделение труда в современном обществе, в силу которого теоретическое мышление является особой профессией (ученых), приводит к тому, что практическая

деятельность в той или иной области и постижение «необходимости ее происхождения» (Гегель), т.е. системное познание ее единичных и особенных моментов в их закономерной (функционально-генетической) связи, осуществляются разными людьми. В этом положении дел и коренится парадокс профессиональной компетентности, заключающийся в том, что специалист, успешно занимающийся своим делом, не может выразить это дело в слове, имеет о нем смутное (одностороннее, поверхностное и т.п.) представление и до поры до времени – пока гром (кризис) не грянет – не испытывает особой нужды в *понятии* своего предмета.

Психотерапия в этом смысле – типичный предмет познания, специфическая притягательность которого для теоретической рефлексии в том, что его становление в

37

качестве особой дисциплины и профессиональной сферы деятельности происходит на наших глазах. Но это, равно как и очевидность социальной потребности в психотерапии, – родившись в венской приемной Фрейда, в течение столетия она завоевала полмира, – не означает, что «необходимость ее происхождения» понять легче. Как раз наоборот. И уж во всяком случае наивна надежда выяснить суть дела путем обращения к дефинициям учебных пособий – в них, как мы убедились, любопытствующий не найдет ничего, кроме широкого спектра *не только различных, но и противоречащих друг другу* представлений о предмете. На каком из них остановиться? На том, что звучит наукообразнее? На том, что высказано признанным авторитетом? А может соединить их все союзом «и», или ... нет, лучше – поставить учебники на *верхнюю* полку и, решив, что всякое знание, *действительно* (прав Ницше, сто раз прав!), *относительно*, заняться привычным делом. Большинство практикующих психотерапевтов останавливаются в теоретическом исследовании своего предмета именно на этой – скептической (постмодернистской) стадии, что, впрочем, не мешает им реализовывать в собственной деятельности всеобщие закономерности этого предмета.

Однако в иные времена само существование психотерапии в качестве самостоятельной сферы деятельности зависит от ясного и четкого ответа на вынесенный в заглавие этого параграфа вопрос, и тогда он приобретает практическую значимость для всех членов профессионального сообщества.

1.2. Эмпирическое обоснование психотерапии

Наиболее масштабным, организованным – в бэконовском смысле, коллективным научным проектом, посвященным выяснению того, что представляет собой психотерапия, являются *психотерапевтические исследования*. Они осуществлялись учеными разных стран в течение несколь-

ких десятилетий, их результаты отражены в сотнях публикаций, диссертациях, монографиях и научных сборниках. Но вот, что странно: практикующие психотерапевты не только не используют эти результаты в своей профессиональной деятельности, но и относятся к исследователям психотерапии с нескрываемой враждебностью. Еще в середине 70-ых гг. прошлого века Дэвид Ольсон назвал отношения между теоретиками и практиками (семейной) психотерапии «холодной войной». Как уже подчеркивалось, среди психотерапевтов бытует убеждение в существовании «неустранимого зазора» между теоретическими исследованиями и практикой, в силу которого первые не оказывают сколько-нибудь существенного влияния на клиническую практику [156, с. 130].

В чем причина такого – скажем прямо – неутешительного положения дел? Ответ на этот вопрос важен как для исследователей, так и для практиков психотерапии.

1.2.1 Исследования психотерапии: социальная миссия и теоретические результаты

Некоторые авторы начинают историю психотерапевтических исследований чуть ли не с «Очерков истерии» (1895) на том основании, что в этой и последующих работах Фрейда присутствует анализ конкретных случаев (*single case study*). Однако описание отдельного случая – обычная для медицины XIX в. форма трансляции опыта. Такие описания фиксировали прецеденты лечения различных заболеваний и превращали их в образцы профессиональной деятельности. С этой целью использовал анализ отдельных случаев (Анны О., Доры, Человека-волка и т.д.) Фрейд и продолжают использовать терапевты разных ориентации в наши дни.

Как *особое направление* психотерапевтические исследования оформились в ответ на совершенно иную потребность, точнее вызов, с которым столкнулись последователи Фрейда в середине XX в. В это время была осознана иллюзорность надежд на чудодейственность психоанализа

Даже наиболее изученные «невроты перенесения» – истерическая конверсия, фобии, обсессивные расстройства, оказались крайне неподатливыми. Их лечение требовало длительного времени и редко завершалось полным выздоровлением пациентов, несмотря на соблюдение правил классического метода. Терапевтические результаты не соответствовали огромному теоретическому багажу, накопленному Фрейдом и его сторонниками [211, с. 142-143]. Разочарование в исцеляющих возможностях психоанализа стало благоприятным фоном социального утверждения поведенческой терапии, отстаивавшей позитивистский канон научности и требовавшей гораздо меньше времени и финансовых затрат, чем глубинная терапия. Бихевиоризм

не только стремительно потеснил психоанализ на рынке психотерапевтических услуг, но и зародил серьезные сомнения в его терапевтической и научной состоятельности.

С середины 60-х гг. количество видов психотерапии скачкообразно возросло, а снятие негласного табу на нововведения привело к прогрессирующей дивергенции каждого из них. «Тигр рычит у дверей психоанализа, – писал ортодоксальный аналитик С. Аппельбаум в 1976 г. – Пациенты становятся редкими... В последние десять лет развелось множество психотерапевтических теорий и методов, которые с большей или меньшей определенностью рекламируют себя как движение, стремящееся к расширению человеческих возможностей. Они имели поразительный успех... Двадцать лет назад, если кто-нибудь не был доволен своим существованием, выбор им возможных решений был ограничен. Сегодня таких решений множество и психоанализ всего лишь одно из них» [цит. по: 211, с. 145].

Новая ситуация поставила на повестку дня вопрос о *контроле качества* психотерапевтической деятельности и обострила противоречие между ее профессиональным обособлением и проникновением в медицинскую систему западных стран. Если в первой половине XX столетия психотерапевтическая практика за редкими исключения-

40

ми осуществлялась врачами, то с приходом в нее бихевиористов и развитием специализированного образования, широкий доступ к ней получили психологи, а позже философы, социальные работники, теологи. Оплачивалась же психотерапевтическая помощь, главным образом – психоаналитическая и поведенческая, *медицинскими* страховыми обществами и *больничными* кассами, что, естественно, затрагивало интересы врачей-психиатров и вызывало их противодействие. Необходимость доказать эффективность психотерапии, с одной стороны, и рост числа терапевтических направлений, поставивший под вопрос ее профессиональную идентичность, – с другой, и обусловили интерес ученых разных стран к проблеме предмета, задач и методов психотерапии в середине XX в.

Поводом к началу психотерапевтических исследований стала статья одного из основателей бихевиоральной терапии Х. Айзенка «Эффективность психотерапии: оценка» (1952). В ней на основании сопоставления данных о выздоровлении пациентов и спонтанной ремиссии известный британский психолог-клиницист утверждал, что две трети страдающих эмоциональными расстройствами людей избавляются от них без всякого лечения в течение двух лет (глубинная психотерапия требует, как правило, гораздо больше времени), а 90 % пациентов выздоравливают через четыре года [241]. Фактически Айзенк обвинил психотерапевтов в шарлатанстве, пусть и не выходящем за рамки закона. Стоит ли удивляться тому, что десятки исследователей, как практиков, так и академических психологов, сочли для

себя делом чести опровергнуть его выводы. В результате были выстроены две линии обороны, две не только различные, но и противоположные системы аргументации.

Самое простое решение проблемы состояло, казалось, в том, чтобы, руководствуясь традиционными методами, принятыми на вооружение еще немецкими основателями психологии, доказать научность и терапевтическую эффективность психоанализа *эмпирически*, тем более, что на этот путь указывали и некоторые работы самого Фрей-

41

да⁸. Так, например, описывая в статье «Влечения и их судьба» (1915) метод научного обоснования понятий психоанализа, Фрейд фактически предвосхитил гипотетико-дедуктивную процедуру верификации. Начало научной деятельности, писал он, предполагает обработку эмпирического материала с помощью «отвлеченных идей», которые, конечно же, условны, но выбираются не произвольно, а, исходя из обоснованных предположений о сути изучаемых явлений. И лишь после того, как вся область этих явлений обстоятельно исследована, возникает возможность «точно определить ее научные основные понятия и последовательно так изменять их, чтобы можно было применять их в большом объеме и освободить их вполне от противоречий» [190, с.117-118].

Этот метод и был положен в основу психотерапевтических исследований, к числу наиболее известных участников которых принадлежат А. Бергин, Р. Валлерстейн, О. Кернберг, Д. Кислер, М. Ламберт, Л. Люборски, Д. Малан, Х. Струпп, Дж. Франк, Д. Шапиро и многие другие. Эмпирическое обоснование психотерапии разворачивалось по нескольким направлениям: во-первых, на основании все более строгой методологии (с применением контрольных групп, тестированием до и после лечебного курса, учетом катамнеза и т.п.) оценивались результаты лечения; во-вторых, определялись рамки применения и действенность различных видов психотерапии; и, наконец (в-третьих), изучались механизмы лечения и специфика терапевтического отношения.

⁸ Декларируя приверженность эмпирической («научной») методологии, Фрейд, тем не менее, скептически относился к количественной оценке эффективности психоанализа, хотя с 1920 г. исследования такого рода систематически проводились в Берлинском и Лондонском институтах. «Я с интересом прочитал Ваши экспериментальные исследования по проверке психоаналитических тезисов, – писал он П. Розенцвейгу. – Я не придаю большого веса таким подтверждениям, потому что большое количество надежных данных, на которых базируются эти положения, делает их независимыми от экспериментальной проверки. Но повредить это не может» [цит. по: 216, с. 158]. Такое противоречие методологических установок характерно для Фрейда и имеет, как мы увидим в последствии, помимо теоретического, социально-исторический и биографический контексты.

42

Первое направление, доминировавшее в 50-70-е гг., имело скорее прагматическую, чем теоретическую цель – доказать терапевтическую эффективность психотерапии представителям конкурирующих областей здравоохранения, страховым обществам, финансирующим лечение, контролирующим инстанциям и т.д. Этим объясняется его уязвимость, ставшая предметом критики со стороны собратьев по цеху. Справедливости ради, следует заметить, что утонченные доводы психоаналитического умницы а la Lacan вряд ли показались бы убедительными чиновникам медицинского департамента или страхового общества (скорее спровоцировали бы раздражение, а то и бешенство) – им нужны были совсем другие – простые, поддающиеся контролю и измерению – аргументы: *процент* вылеченных, расчет необходимого *времени* терапии с неременным обоснованием последнего и т.п.

Об интенсивности изучения результатов (outcomes) психотерапии свидетельствует тот факт, что уже в 1955 г. П. Мил провел метаанализ исследований в этой области на материале 200 статей, вышедших с мая 1953 г. по май 1954 г. В последующие годы число публикаций возросло в десятки раз [211, с. 153]. Причем если на первых порах исследователи ограничивались статистическим анализом результатов психотерапевтического лечения, то в 60–70-е гг. эти результаты изучались уже не сами по себе, а в контексте процесса (той или иной) психотерапии. На смену разрозненным исследованиям пришли масштабные проекты (Меннингеровский, Пенсильванский, и др.)

В целом *опыты* исследователей психотерапии оказались *плодоносными*: многочисленные сравнительные исследования доказали, что психотерапия является эффективным способом преодоления душевных расстройств. «Наиболее однозначным результатом этих метаанализов является то, – пишет Р. Гуттерер, – что уже не существует никакой причины для исследования вопроса об общей действенности психотерапии» [68, с. 161]. Репутация профессии была реабилитирована.

Однако теоретические итоги outcomes-исследований не удовлетворили даже убежденных сторонников эмпиричес-

кой методологии. Прежде всего, обнаружилась, что, несмотря на значительное число и возрастающую аккуратность количественных исследований, их результаты противоречивы, а, следовательно, бездоказательны. Вот лишь несколько примеров. По подсчетам Айзенка 67 % невротиков исцеляются без лечения или испытывают спонтанное улучшение спустя два года. Бергин и Ламберт показали, что спонтанная ремиссия возникает примерно у 40 % невротических пациентов [81, с. 26]. Гласс же пришел к заключению, что шансы на выздоровление у больных, проходящих психотерапевтическое лечение, на 75 % выше, чем у контрольной группы (то есть у больных, не проходящих такого лечения) [211, с. 154]. Кроме того,

отмечали критики, тот факт, что при применении психотерапии исцеление наступает более часто, чем без него, вовсе не исключает возможности *ухудшения* состояния некоторых пациентов после психотерапевтического лечения [81, с. 22].

С другой стороны, исследователи столкнулись парадоксом: впечатляющие доказательства эффективности психотерапии дискредитировались самими психотерапевтами, указывавшими на то, что количественные данные «оставляют желать лучшего понимания терапевтических механизмов» [81, с. 6]. Например, швейцарский терапевт К. Граве писал: «Только игнорирующий результаты психотерапевтических исследований может быть субъективно убежден в том, что сам знает, что именно нужно его пациентам» [там же]. Но это означает, что многолетними усилиями десятков исследователей была верифицирована действительность *теоретически неопределенного явления* – результат, заставляющий вспомнить Сократа: «о том, что такое добродетель... ты, может быть, и знал раньше, до встречи со мной, зато теперь стал очень похож на невежду в этом деле» [Платон, Менон, 80 d]. Собственно в виду этих концептуальных трудностей и были предприняты изыскания в двух других направлениях. По замечанию Р. Гуттерера, история исследований психотерапии – это история поэтапного осознания ее «комплексности» [68, с. 159].

Сравнительные и процессуальные исследования различных психотерапевтических методов были нацелены, преж-

44

де всего, на выявление факторов, способствующих успеху лечения. Так, в рамках Меннингеровского проекта (Топека, США) экспертам различных направлений предлагалось проанализировать процесс лечения 42 пациентов, часть из которых (22) проходила клинический психоанализ, а часть (20) – психоаналитическую психотерапию. При этом все пациенты были обследованы в начале лечения и после его окончания, а также по прошествии определенного времени. Ход терапии в каждом отдельном случае был тщательно задокументирован. Эксперты пришли к общему (положительному) заключению относительно эффективности лечения, но выделили разные факторы успеха. В частности, автор первого отчета об итогах проекта О. Кернберг считал, что решающее прогностическое значение имеет сила Я пациента, и если она недостаточна, то возможности психотерапии крайне ограничены, независимо от того, какой стратегии – герменевтической или поддерживающей – следует терапевт. Другой эксперт – Р. Валлерстейн пришел к выводу, что во всех 42 случаях прогресс был обусловлен факторами поддержки, хотя терапевты «ортодоксальной» психоаналитической ориентации и не делали на них ставку. Л. Люборски выделил восемь терапевтических факторов, среди которых и мотивация пациента к изменению себя, его способность усваивать достигнутое в процессе терапии (сила Ego), и опыт переживаний отношений поддержки, и

возрастающее самопонимание пациента [81, с. 24]. «В методологическом отношении важным итогом Меннингеровского исследования, – пишут в этой связи Е.С. Калмыкова и Х. Кэхеле, – является, обнаружение того факта, что даже количественные результаты изучения психотерапии неоднозначны сами по себе: исследователи, как теоретики, так и клиницисты, стремясь найти подтверждение своей любимой идее, при анализе одних и тех же данных могут прийти к неодинаковым выводам» [там же, с. 22]. Жаль только, что для обнаружения факта, который был осознан и с замечательной ясностью выражен еще Лейбницем в «Новых опытах о человеческом разуме» (1704), понят как *момент* процесса познания немецкой классической философией

45

(конец XVIII – первая треть XIX вв.), переоткрыт К. Поппером в ходе критики принципа эмпирической верификации в 30-е гг. XX столетия, понадобилось столько времени и сил...

Некоторые проекты в рамках второго направления психотерапевтических исследований были сфокусированы на сравнении действенности разных терапевтических подходов – главным образом, глубинно-динамического и поведенческого. В Шеффилдском исследовании, например, когнитивно-бихевиоральная терапия сопоставлялась с гуманистической. Для того чтобы в максимальной степени контролировать личностные переменные, использовался «перекрестный» экспериментальный дизайн, согласно которому «каждая пара «терапевт-пациент» работала по восемь недель (один сеанс в неделю) в одном терапевтическом жанре, после чего ровно столько же времени в другом жанре терапии» [81, с. 29]. По результатам тестирования поведенческая терапия продемонстрировала небольшое преимущество, но лишь в 7 из 30 случаев различия в эффективности были статистически значимыми [там же]. К аналогичным выводам пришли и другие исследователи: несмотря на различие теоретических предпосылок (вплоть до принципиального отказа от таковых), противоположность методологических установок, стилей и т.д., *действенность разных видов психотерапии примерно одинакова*.

Для объяснения этого обстоятельства были выдвинуты три гипотезы: (1) на самом деле *имеют место многообразные исходы терапии*, которые не улавливаются количественными методами; (2) одни и те же результаты достигаются посредством *разных* и не сводимых друг к другу *процессов*; (3) различные виды психотерапии *включают в себя общие факторы*, обладающие лечебным действием. Что касается первых двух предположений, то изучение дифференциальных эффектов и действия специфических методов применительно к определенному расстройству у того или иного человека в конкретной ситуации быстро зашло в тупик. Результаты были крайне скудными и неоднозначными [268]. «По-видимому, возможности экспе-

46

риментально-квантитативного исследования в данном случае исчерпаны, – писал Р. Гуттерер. – Эту многомерность, наверное, невозможно адекватно проработать способами эмпирически-квантитативного и экспериментального исследования» [68, с. 160]. Последняя же гипотеза идеально соответствовала методологии эмпиризма – она и была положена в основу третьего направления психотерапевтических исследований.

На этом этапе исследователи видели свою задачу в том, чтобы *выявить факторы, присутствующие во всех видах психотерапии*, полагая, что именно в них и заключается тайна ее «лечебного воздействия на психику», а также разработать стандартизированные процедуры обнаружения этих факторов в различных видах психотерапии и отдельных случаях лечения (для оценки их эффективности). Но, *что*, собственно, подлежало выявлению? Процесс психотерапии представляет собой сложную систему, включающую в себя определенные теоретические предпосылки, методы анализа проблем пациента и их проработки, обучение, эмоциональное взаимодействие, личностные качества терапевта и пациента и т.д. и т.п., не говоря уже специфических отличиях групповой и индивидуальной, глубинной и поведенческой, разговорной и танцевальной терапий и т.д. Что из всего этого многообразия имеет терапевтическое значение? На пересечении каких плоскостей следует искать общие точки и можно ли их рассматривать в отрыве от целостностей, к которым они принадлежат (сохраняют ли они после процедуры абстрагирования свое *терапевтическое значение*)? К сожалению, в рамках психотерапевтических исследований эти вопросы так и не стали предметом теоретической рефлексии. На каждом этапе ответы на них давались, исходя из случайного выбора той или иной концепции, а то и просто представлений здравого смысла. Но если на первых двух этапах преобладало влияние бихевиоризма, то третий – можно с полным основанием назвать временем гуманистической психологии.

Еще в 1954 г. Якоб Морено, отвечая на им же поставленный вопрос: «Каким образом различные методы могут

быть согласованы и сведены в единую всеобъемлющую систему?» [282, с. 3], указал на терапевтическое отношение как на общий всем видам психотерапии признак. «...Происходит ли терапевтическая встреча на кушетке, стуле, вокруг стола или во время сценического действия, принципиальная гипотеза во всех случаях заключается в том, что *взаимодействие* производит терапевтический эффект» [там же]. Три года спустя Карл Роджерс назвал выявленные им в ходе анализа процесса личностно-ориентированной терапии характеристики отношения терапевта к пациентам (эмпатию, позитивную установку, теплоту, принятие и конгруэнтность) «необходимыми и достаточными условиями терапевтического изменения личности» [293, с. 95]. Эта традиция и

определила поиск «неспецифических» факторов и механизмов психотерапии на третьем этапе исследований. Предметом анализа стало терапевтическое отношение, или, как его теперь стали называть, *терапевтический альянс*.

Исследователи, естественно, не удовлетворились скромным перечнем «необходимых и достаточных условий» К. Роджерса. Он был значительно расширен и детализирован, утратив при этом свою «гуманистическую» специфику, но именно это позволило превратить его в «универсальный критерий» терапевтической эффективности различных методов. Например, М. Ламберт и Д. Бергин, руководствуясь, по всей видимости, принятой в психологии дифференциацией эмоциональных, когнитивных и поведенческих процессов, сгруппировали 29 «неспецифических факторов» по трем разрядам: «поддержка» (катарсис, доверие к терапевту, уменьшение изолированности, позитивные отношения, снятие напряжения и т.д.), «познание-научение (learning)» (новые знания, усвоение проблематичного опыта, изменение ожиданий в области собственной эффективности, когнитивное научение и т.д.) и «действие» (поведенческая регуляция, овладение страхом, принятие риска, подражание, тест на реальность и т.д.) [81, с. 30]. На основе подобных классификаций были разработаны стандартизированные шкалы, предназначенные для оценки и сравнения различных методов и отдельных

48

случаев психотерапии. Наиболее популярные из них – Пенн-шкала помогающего альянса (Penn-HAS – Luborsky, 1976) и Оценочные шкалы терапевтического альянса (TARS – Marziali et al., 1981).

Что же удалось выяснить в ходе многочисленных измерений и сопоставлений? Единственный бесспорный результат заключался в установлении того факта, что взаимопонимание и симпатия между людьми способствуют разрешению их личностных проблем. Но эта истина настолько общеизвестна, что вряд ли нуждается в доказательстве... «Общее заключение, которое можно сделать только на основе здравого смысла, – замечает Уве Хентшель, – состоит в том, что очень маловероятно, чтобы два человека могли долгое время взаимодействовать, если они друг другу не нравятся или один не доверяет другому» [200, с. 7]. Обосновывая, тем не менее, необходимость специальных эмпирических исследований в этой области, У. Хентшель указывает на различное понимание терапевтического взаимодействия разными школами, на зависимость результатов исследования альянса от применяемых методов и т.п. «Таким образом, – пишет он, – многое еще нужно сделать, чтобы прийти к *точному общепринятому определению, что же такое терапевтический альянс* и следует ли его определять (и операционализировать) ... как нечто внешнее, отличное от процесса терапии и от успешности терапии» (курсив мой. – Е.Р.) [там же]. Несколько страницами ранее он также упоминает О случае из собственного опыта, когда высоким показателям альянса сопутствовала неуспешная терапия, в виду чего «терапевтический альянс можно

рассматривать... в лучшем случае как необходимое, но недостаточное условие» исцеления [там же, с. 14]. «Чтобы сделать валидные выводы по этому вопросу, – заключает У. Хентшель, – необходимо более тщательное изучение большего числа случаев» [там же].

Такой – традиционный для психотерапевтических исследований – итог очень напоминает непреложное резюме жарких диспутов средневековых схоластов – «Бог существует». Не ясно только, ни что он собой представляет –

49

един он или множественен, трансцендентен или имманентен миру, ни можно ли его познать с помощью тех логических средств, которые участники полемики с блеском использовали для обоснования своих позиций... В целом итог этот воспроизводит наиболее общее понимание психотерапии как «лечебного воздействия на психику». Не больше и не меньше. Автор концепции «выученной беспомощности» Мартин Селигман выразился еще определеннее: «Изучение эффективности является ложным методом эмпирического доказательства истинности психотерапии, потому что опускает слишком много существенных элементов из того, что происходит в ее круге» [цит. по: 68, с. 162].

В чем же причина «теоретической беспомощности» психотерапевтических исследований? Можно ли ее преодолеть усовершенствованием эмпирико-квантитативной методологии, скажем, расширением круга оцениваемых ее средствами «факторов» психотерапии, повышением надежности методик и т.п.? Или дело в самой этой методологии? И следует ли в этом случае из ее ограниченности невозможность объективного изучения психотерапии, как полагают приверженцы феноменолого-герменевтического подхода? Попробуем разобраться в этом, обратившись к «конкретному случаю» – им будет метод объективного измерения переноса Л. Люборски.

1.2.2. Анализ методологии эмпирических исследований психотерапии (на примере методики Л. Люборски)

Лестер Люборски – психоаналитик, один из пионеров психотерапевтических исследований. Он участвовал в подготовке и проведении Меннингеровского проекта, а в 1968 г. предпринял собственное исследование – так называемый Пенсильванский проект, в рамках которого и была разработана принесшая ему мировую известность методика выявления центральной конфликтной темы взаимоотношений (The core conflictual relationship theme method – CCRT) [275]. Идея Люборски состояла в формализации -сведению к некоторому числу и описанию – шагов и ком-

понентов, ведущих к обнаружению и фиксации переноса. В течение некоторого времени исследователь наблюдал методом интроспекции за собственными действиями во время терапевтических сеансов. Он заметил, что обращает внимание на рассказы пациента о терапевте и других людях. «Особенное впечатление на него произвели те рассказы, которые время от времени повторялись. В каждом рассказе были отчетливо видны три компонента: чего пациент хотел от других людей, как реагировали другие люди, и как пациент отвечал на их реакции» [113, с. 20]. Перечисленные компоненты – желание пациента, реакции значимых для него персон и его ответные реакции – и составляют, по Люборски, паттерн CCRT. Разъясняя практический смысл сведения многообразия техник психоанализа к трем шагам фиксации переноса, Люборски пишет: «Сильнейшим импульсом к использованию структурированных систем... стало недавнее осознание того поразительного факта, что неструктурированные системы выявления переноса, на которые все привыкли полагаться, ненадежны, поскольку даже опытные аналитики не сходятся во мнениях друг с другом!» [там же]. Следовательно, (единственная) цель применения метода CCRT состояла в *объективности* диагностики невротических конфликтов.

Проблема, однако, в том – и у невротиков она всегда одна и та же, что пациент *не говорит прямо о своих желаниях*, равно как и о прочих «компонентах» собственного патогенного конфликта. Стало быть, не только значимость (отношение к CCRT), но и модальность его высказываний устанавливается аналитиком. Мы оказываемся, таким образом, на столь нелюбимой позитивными исследователями зыбкой почве субъективных истолкований. В методике Люборски видимость объективности достигается единственно возможным для эмпиризма способом – обобщением наблюдений и соответствующих им «протокольных» суждений некоторого *множества* экспертов. Последним предлагается отметить в ходе просмотра видеозаписи аналитических сеансов одного и того же пациента «эпизоды взаимоотношений», в которых проявились «категории»

51

CCRT. Затем количественные показатели сравниваются, и определяется «надежность» методики. При этом предполагается, что, если мнения 7 из 10 экспертов схожи, то они перестают быть субъективными, приобретают статус объективности. Словом, 5 экспертов могут ошибаться, а 7, тем более 10 – никогда.

Слабое место подобного способа аргументации обнаружил еще европейский рационализм XVII-XVIII в. Как бы многочисленны ни были примеры, подтверждающие какую-нибудь общую истину, писал Лейбниц в «Новых опытах о человеческом разуме», их не достаточно, чтобы установить всеобщую необходимость этой истины. Причем, недостаточность эта обусловлена принципиальной неполнотой опыта и поэтому неустранима: из того, что нечто произошло, или часто происходит определенным образом, не

следует, что так будет всегда.

Позже, уже XX в., выступив с критикой неопозитивизма, К.Р. Поппер указал на тавтологический характер эмпирической верификации. В самом деле, в опыте исследователь, как, впрочем, и любой человек, сталкивается с бесчисленным количеством фактов. Какие из них попадают в поле его внимания, или, если угодно, интроспективного наблюдения? Вопрос – стоит его задать – риторический. Конечно, те, которые вписываются в предварительное представление о предмете наблюдения. И хорошо еще, если это представление осознанно и не принадлежит к разряду истин в последней инстанции. Но и тогда, мы можем извлечь из нашего опыта лишь то, что сами вложили в него в виде теорий, замечает Поппер. Что же удивительного в том, что 7 из 10 экспертов, сторонников одной и той же «трансферной» версии психоанализа зарегистрировали в своих «сфокусированных» наблюдениях то же, что и д-р Люборски, – материал (три компонента) для последующей интерпретаций конфликта пациента по схеме Эдипова комплекса? «Теперь вы достаточно знакомы с материалами сессии, чтобы увидеть, что терапевт указывает на главную тему в сессии: чувство протеста по отношению к терапевту было таким же, как чувство по отношению к отцу и невесте. Именно после этой сессии фобия

52

заметно ослабла. Терапия окончилась, как и планировалось, после 24-ой сессии, и катамнестические данные свидетельствуют, что фобия не нарушала больше жизнедеятельности пациента» [113, с. 22].

При чтении подобных реляций невольно приходит на ум крамольная (юнговская) мысль о том, что тот или иной вид психотерапии обладает эффективностью, прежде всего, в отношении практикующего его терапевта. «Все в полном порядке: перенос выявлен в надлежащие сроки, Эдипова фиксация обнаружена, пациент ее осознал и тут же, как и положено, выздоровел. Мы, господа эксперты, на верном пути, прочь сомнения. В нашей теории все в порядке». Для полноты картины не хватает лишь магнетических пассов.

В этом контексте становится понятным утверждение Роджерса о том, что в отчетах об эмпирических исследованиях психотерапия выглядит более объективной, чем является на самом деле [292], а также причина, по которой Фрейд изменил отношение к экспертному консультированию в 20-е гг. прошлого столетия. «К особым преимуществам ремесла психоанализа, – писал он Лу Андреас-Саломе 23 марта 1923 г., – принадлежит также, что здесь едва ли возможна консультационная практика. «Временный гость» не увидит того, что не покажет ему хозяин и, как правило, не может судить о том, что создано другим на основании бесчисленных восприятий. Так что я не отважусь сказать что-либо полезное Вам в описанном случае» [60, с. 72].

Итак, методика Л. Люборски, равно как и множество других, подобных ей, во-первых, тавтологична, т.е. не дает нового знания и годится лишь для

того, чтобы показать, как свести любой конкретный случай к заданному паттерну патогенного конфликта по принципу детского puzzle'a – найти подходящие по цвету и форме фрагменты. Это, без сомнения, открывает соблазнительную перспективу конвейерного производства в психоанализе: «В настоящее время, – пишет автор, – разрабатывается подход к применению CCRT в психиатрической клинике (Luborsky, Van Ravenswaay et al., в печати). Использова-

53

ние этого метода начинается с общей конференции *персонала*, во время которой каждый сотрудник сообщает несколько эпизодов своего взаимодействия с данным пациентом. Из этих рассказов о взаимодействии с пациентом формулируется CCRT. Цель такого формулирования центральных конфликтов пациента – помочь персоналу выработать терапевтически более полезную ответную реакцию на поведение пациентов, которую смогла бы воспроизводить большая часть сотрудников» (курсив мой. – Е.Р.) [113, с. 25]. Только вот «конкретный случай», а точнее – пациент, стоящий за ним, вовлекается в это замечательно сплоченное действие исключительно в качестве типичного примера его эффективности и... неизбежно ускользает от классифицирующего рассудка, не вмещаясь в «прокрустово ложе» его «паттернов».

Во-вторых, рассмотренная методика *бездоказательна* в виду обстоятельства, на которое указал еще Лейбниц, – суждения, полученные путем эмпирической индукции, не обладают достоинством аподиктичности, или попросту – могут быть опровергнуты одним единственным контрпримером. Достаточно одного пациента, состояние которого после осознания выявленного с помощью CCRT патогенного конфликта осталось без изменений или, не дай Бог, ухудшилось, и психоанализ можно объявлять «метафизикой» чистой воды. Впрочем, речь идет о противоречии с принятыми данным подходом позитивистскими критериями научности, и это еще не самое страшное: ограниченность принципа верификации была – и не раз – продемонстрирована учеными самых разных направлений⁹.

Гораздо большую опасность для психотерапии представляет статистическая видимость надежности поточных технологий, опирающаяся на значительное число примеров чудесного выздоровления пациентов после применения,

⁹ Поппер, например, указывал что, поскольку законы природы, за редким исключением, не сводимы к утверждениям наблюдения, процедура верификации устраняет из науки не только «метафизические» положения, но и самые что ни на есть естественнонаучные. Обращаясь к истории науки, Поппер показал, что развитие теорий совершается и доказывается иначе.

54

Скажем, метода выявления CCRT или метода рамок (Teller & Dahl, 1981) или

структурного анализа социального поведения (SASB, Binder & Strupp, 1981) или конфигурационного анализа (М. Horowitz, 1979) и т.д. и т.п. Чтобы понять, почему, достаточно вспомнить финал широко известной истории Анны О. – юной пациентки Брейера, которой психоанализ обязан столь многим, включая факт собственного рождения. После почти двухгодичного и весьма успешного лечения только что открытым катартическим методом (идеальный вариант: случай рождает метод) Брейер решил прервать лечение. Пациентка «не смогла перенести разрыва и в тот самый день, когда узнала о нем, пережила сильнейший криз, символизировавший роды в конце мнимой беременности, не замеченной ее врачом» [212, с. 100]. Потрясение Брейера было так велико, что в течение длительного времени он вообще отказывался иметь дело с истериками [там же, с. 101]. Реакция Брейера, как и огромное впечатление, оказанное этой историей на молодого Фрейда, в большей мере были спровоцированы ее эротическим подтекстом. Позже, когда подтекст удалось «нейтрализовать» с помощью понятия переноса, на первый план выдвинулась главная и весьма типичная проблема: *исчезновение симптомов пациента часто не означает выздоровления. В провоцирующей ситуации или просто спустя некоторое время вместо пропавших симптомов появляются другие, и это значит, как в случае с Анной О., что патогенное противоречие не разрешено или не разрешимо. «Выгода от болезни», бессознательно получаемая благодаря простому на первый взгляд психоневрозу, может привести к тому, что последний не будет поддаваться лечению никаким методом», – пишет Э. Гловер [56, с. 21]. Эта ситуация стала предметом размышлений Фрейда в его зрелой работе «Анализ конечный и бесконечный» (1937). Ясно, что ориентация на количественно выраженную «терапевтическую эффективность» подталкивает исследователей к вынесению этой объективной трудности за скобки. Выдающиеся статистические показатели «валидности» той или иной техники могут быть получены, если следовать аналитическому *ordo**

55

cognoscendi Декарта, требующему делить исследуемый вопрос на максимально простые элементы (симптомы и соответствующие им «катамнезы»), и забыть о синтетическом *ordo essendi*, ведущем от простых элементов к познанию сложного и предполагающему «порядок даже там, где объекты мышления не даны в их естественной связи» [70, с. 124].

Кроме того, в психотерапии, как и в медицине, образовании и многих других областях, положительный результат сам по себе – еще не доказательство эффективности метода. Невротический симптом может исчезнуть в результате внушения, которое, по меткому выражению Лакана, есть не что иное, как замена «своего Я» пациента «своим Я» психотерапевта. Безотносительно к пониманию сущности и функций инстанции Я¹⁰, а также техники внушения, такая подмена не ведет ни к постижению, ни к разрешению патогенного конфликта. Способствуя более глубокому его

вытеснению (одной из форм которого и является исчезновение симптома), внушение порождает лишь стойкую зависимость от (псевдо)терапии.

Приходится признать, что объективный метод измерения переноса и шире – доказательства научности психоанализа сослужил последнему плохую службу. Стоит лишь на мгновение остановить бег по поверхности количественных показателей и углубиться в их значение, способы получения и т.д., как тут же обнаруживается их «метафизическая» (причем в обоих смыслах: «несводимая к эмпирическому факту» – в позитивистской перспективе,

¹⁰ В современном психоанализе соперничают две концепции Ego. Первая восходит к работе А. Фрейда «Психология «Я» и защитные механизмы», в которой Ego рассматривается как своего рода «психическая корка» Ид, орган адаптации. Задача терапии видится сторонникам этой концепции в укреплении Ego. Вдохновительницей другого подхода стала М. Кляйн, изучавшая патогенные фиксации на доэдиповых стадиях детского развития. Отправляясь от этих исследований, с одной стороны, и фрейдовских работ, посвященных нарциссизму, с другой, Лакан трактует Ego в качестве исключительно «воображаемой» функции, своего рода иллюзии восприятия, преодолеть которую помогает психоанализ.

56

и «рассудочная», «формально-логическая», «пустая» – в перспективе диалектической) подкладка. Никакие «критерии аналитической проверки – ни верификация, ни фальсификация, ни гипотетико-дедуктивный вывод – к психоанализу не приложимы», – пишет Н. Автономова [4, с. 62]. Это, действительно, так, с одной оговоркой: дело тут не в какой-то таинственной специфике психоанализа, как, кажется, полагает автор приведенного высказывания, и даже не в «критериях счета» самих по себе, а в принципиальной ограниченности эмпирико-аналитической логики, определяющей предмет, исходя из *внешних* ему принципов, установок, паттернов, которые, собственно, и выявляются, измеряются и оцениваются количественными методами. Чтобы «потрясти позитивиста»¹¹ не обязательно быть психоаналитиком, достаточно претендовать на *конкретное* изучение *целостного* предмета, в рамках любой научной дисциплины.

* * *

Состояние «холодной войны» между теоретиками и практиками психотерапии было подтверждено даже специальными эмпирическими исследованиями [280, 286]. Из проведенного, например, Морроу-Брэдли и Эллиоттом опроса практикующих более пятнадцати лет психотерапевтов явствует, что, несмотря на информированность о результатах исследований психотерапии, специалисты не используют их в своей практике: «все они назвали свой опыт работы с клиентами, супервизиями, собственной терапией и практическими пособиями намного более значимым «источником информации» для своей практики, чем исследовательские статьи» [68, с.

177]. Пытаясь разобраться в причинах такого положения дел, одни авторы указывают на непримиримое противоречие групповых интересов практикующих терапевтов, нацеленных на конечный результат, и академических ученых, ориентирован-

¹¹ В ходе обзора споров о научности психоанализа Н. Автономова делает следующее замечание: «Однако психоанализ – потрясение не только для позитивиста, но и для феноменолога» [4, с.62].

57

ных на получение ученых степеней и грантов. Другие полагают, что «неустрашимый зазор» неизбежен в виду вторичности теории по отношению к практике: «исследователь обычно не является источником вдохновения, поставляющим практику новые полезные и пригодные для практики теории, а только лишь потребителем идей практика, которые он подвергает строгой научной проверке» [68, с. 176]. Стоит экстраполировать эту аргументацию, например, на культурно-историческую теорию Л.С. Выготского, и ее уязвимость тут же становится очевидной...

Невостребованность психотерапевтических исследований обусловлена вовсе не (якобы имеющей место) идиосинক্রазией практиков к теоретическим идеям и тем более не мнимой бесплодностью научных теорий, а *качеством самих этих исследований*, точнее положенной в их основу методологией. Итог психотерапевтических исследований является закономерным следствием распространенной среди представителей позитивных наук иллюзии, которую известный французский математик Р. Том назвал «мифом эпистемологов» [178, с. 106]. Иллюзия эта заключается в уверенности, что теоретическую задачу (в нашем случае – проблему предмета и задач психотерапии) можно решить эмпирическим путем, а именно сбором и количественной оценкой *фактов*. Однако поскольку факты отбираются, исходя из гипотез, то результат в конечном счете определяется *качеством теоретического усилия мысли*, логикой научного поиска. Эмпиризм в любой его разновидности базируется на разработанной еще Аристотелем индукционистской логике, согласно которой отправным пунктом познания является единичный предмет, индивид как таковой, а задача научного исследования заключается в объединении таких индивидов в классы, виды, роды, множества и подмножества на основе их общих признаков. Правильность обобщения, т.е. наличие абстрагированных признаков в отдельных предметах того или иного класса удостоверяется далее процедурой эмпирико-аналитической проверки.

Каким образом выявлялись общие признаки (эффекта психотерапии, терапевтического альянса, переноса и т.д.)

58

в рамках психотерапевтических исследований было показано выше. «Приверженцам различных терапевтических школ, – пишет в этой связи У.

Хентшель, – обычно бывает очень трудно прийти к соглашению относительно единых индикаторов успеха. Определение успеха представляет собой сложную задачу. Чтобы сравнения различных исследований имели смысл, необходима договоренность о минимальном перечне сравнимых критериев, достижение которой, по моему личному опыту, – очень сложный процесс. Я принимал участие в большом количестве исследований терапевтического альянса, и в большинстве из них было невозможно прийти к согласию относительно четких критериев успеха терапии» [200, с. 11]. Еще бы! Ведь для того чтобы «договориться», психотерапевтам различных направлений нужно было отказаться от всего, что специфицирует их подходы и составляет самую суть профессиональной компетентности каждого из них. Зато с точки зрения эмпирического индукционизма такой договор был бы образцовым *теоретическим* продуктом, поскольку включал бы в себя самые общие, т.е. самые бедные определениями и потому самые «богатые» по числу обнимаемых ими индивидов признаки.

Но что дает, точнее, *может дать в принципе* эмпирико-аналитический метод практикующим психотерапевтам в понимании предмета их деятельности? *Что* обнаруживается в результате «строгой научной проверки» его средствами? Либо лишенные какого бы то ни было содержания *абстракции* («паттерны», дефиниции, «факторы»), символом которых может служить определение психотерапии как «лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного», либо – если «прийти к соглашению» не удалось – *различные, в том числе противоречащие друг другу, представления о предмете* (как в Меннингеровском проекте). В обоих случаях – ничего такого, чего практики не знали бы и без исследований психотерапии, *никакого нового знания*, производство которого, как известно, является единственной целью научной (теоретической) деятельности. В этом и заключается причина «холодной войны» между руководствующимися

59

стандартами написания диссертаций и заявок на гранты академическими учеными и следующими логике своего дела практикующими психотерапевтами.

1.3. Психотерапия в феноменолого-герменевтической перспективе

Если психотерапевтические исследования стремились доказать соответствие психотерапии позитивистскому критерию научности, то краеугольным камнем феноменолого-герменевтической аргументации является обоснование *качественного своеобразия ее предмета*, в силу которого она принадлежит «наукам о духе» и, следовательно, «выходит за рамки точной науки (Science) и включается в порядок герменевтики, эстетики или даже философии» [26, с. 55].

1.3.1. «Наука о духе»

Роль Айзенка в истории феноменолого-герменевтического подхода сыграл немецкий философ Юрген Хабермас, предъявивший в книге «Знание и интересы человека» (1971) [250] обвинение в «сциентистском самонепонимании» самому Фрейду. Не столько содержание (отнюдь не новое), сколько форма этого обвинения спровоцировала широкую ответную реакцию. Даже авторы, считающие излишней серьезную полемику с Хабермасом по этому поводу (в виду ненаучности повода) все же упоминают его как образец феноменолого-герменевтической аргументации¹². Некоторые же исследователи полагают, что Хабермас поставил под угрозу научную репутацию психоанализа, и поэтому его доводы требуют специального и тщательного опровержения. К числу наиболее известных оппонентов Хабермаса принадлежит А. Грюнбаум. «В 1981 г. в поддержку хабермасовой концепции «сциентистского самонепонимания психоанализа», – пишет он, – выступил Рикер. Впрочем, Рикер и раньше радовался *пораже-*

¹² См., например: [30, с; 252].

нию фрейдовской теории, ее неспособности самоутвердиться в соответствии с общепринятыми стандартами эмпирической или естественной науки, – он видел в этом основания для контратаки против тех, кто скорбит об этом поражении. Хабермас, Рикер, Клайн – каждый из них приводит более или менее развернутые *доводы* против признания естественнонаучного статуса клинической теории Фрейда» [62, с. 92]. О каких же доводах идет речь?

Во-первых, Хабермас указывает на *отсутствие в сфере психопатологии объективных причинных зависимостей*, образующих законы, изучаемые естественными науками. Невротическое поведение обусловлено, вытеснением из сознания травматических переживаний, в силу которого пациент воспроизводит одни и те же лишние для него смысла действия. Снимая в процессе психоаналитической «рефлексии» вытеснение и побеждая свою болезнь, утверждает Хабермас, человек устраняет и причинно-следственную (этиологическую) зависимость между вытеснением и невротическими симптомами. Поскольку преодолеть подобным образом универсальное действие законов природы невозможно, рефлексивную связь, лежащую в основе аналитической терапии, он определяет (гегелевской) метафорой «причинность судьбы» [250, с. 271].

Поль Рикер выражает этот довод в предельно генерализованной форме и характерной для феноменолого-герменевтического подхода стилистике. Метод Фрейда, пишет он, «подтверждает тот факт, что раскрытый смысл ... освобождает спящего или больного индивида, когда тот признает и присваивает его, короче говоря, когда носитель смысла сознательно становится этим смыслом, который до этого момента существовал вне его, в

его «бессознательном», а затем в сознании аналитика» [157, с. 233]. «Идея расширения сознания» («причинности судьбы») объединяет, полагает Рикер, Фрейд не только с Ницше, но и с Марксом [там же].

Во-вторых, Хабермас противопоставляет психоанализ и естественные науки по критерию системности. В «науках о природе», по его мнению, отдельный случай истолковывается однозначно, исходя из независимых от кон-

61

текста их применения универсальных законов, тогда как в психоанализе «конкретное истолкование» теоретических положений определяется индивидуальной историей, так что «никакое общее причинное объяснение здесь вообще не может быть сформулировано». Кроме того, в отличие от естествоиспытателя, аналитик формулирует свои этиологические выводы на субъективном языке желаний, влечений, страхов пациента [250, с. 272-273].

В-третьих, подтверждение патогенетических концепций психоанализа и законов естествознания осуществляется принципиально различными способами. В «науках о природе» гипотеза удостоверяется эмпирическими данными, что возможно благодаря объективности изучаемых ими причинно-следственных зависимостей. В психоанализе «интерсубъективная проверка» «конкретного истолкования» невозможна, поскольку для избавления от невроза не достаточно знания аналитика о его источнике, но необходимо, чтобы это знание было признано, «присвоено» пациентом. Поэтому конечным судьей истинности психоаналитической реконструкции является, утверждает Хабермас, (исцелившийся) пациент [250, с. 259-261].

Фрейд, тем не менее, настаивал на естественнонаучном характере психоанализа – в этом и заключалось его «сциентистское самонепонимание». «Новая философия, – разъясняет тезис Хабермаса Рикер, – в значительной части пользуется предшествующим языком и в этом источник неизбежных недоразумений. В случае с Фрейдом такое расхождение вполне очевидно: его открытие принадлежит плану смысловых действий, а он продолжает концептуализировать их и изучать на языке своих венских и берлинских учителей» [157, с. 260].

Открытием Фрейда, по мнению Хабермаса и Рикера, был *герменевтический подход*: «ниспровергнув Субъекта», т.е. обнаружив, что поступки человека определяются его бессознательным (а не *Ego cogito*), он поставил задачу истолкования их смысла. Само это истолкование указанные философы сводят к семантическому анализу. Симптомы пациентов представляют собой хитроумный код, пользуясь которым бессознательное выражает свои потреб-

62

ности. Обращаясь к семантике сновидений, игре слов, устойчивым смысловым ассоциациям пациента и т.п., терапевт расшифровывает язык

симптомов, переводит «невразумительный» текст в «понятный» текст. Его деятельность принципиально подобна миссии культуролога структуралистской ориентации, заключающейся в том, чтобы дать представителям одного общества (времени) семантический ключ к материальным и духовным достижениям другого общества (времени). Однако психоанализ гораздо ближе к истокам герменевтики, чем любой ее современный вариант, причем и по времени, и по сути дела, полагают Хабермас и Рикер. Полем деятельности аналитика является конфликт между «невразумительной», «скрытой» семантикой желания и «очевидным», «понятным» языком культуры, вытесняющим естественные влечения индивида в область бессознательного. С этого противоречия, по мнению Фрейда, началась история человечества, в ходе которой обузданная средствами культуры энергия «инстинктов» использовалась в социальных целях. Невроз современного человека воспроизводит этот базисный конфликт, который рассматривается Рикером и Хабермасом как семантическое противоречие «самонепонимания» – схождение означающего («дискурса силы») и означаемого («дискурса желания»). Свое разрешение это противоречие находит в опосредствующем движении интерпретации, приводящем пациента в «критическую точку», где он осознает, что «энергетика пронизывает герменевтику, а герменевтика раскрывает энергетика. Именно в этой точке процесса символизации и благодаря ему желание заявляет о себе» [там же, с. 261].

Поэтому психоанализ представляет собой не просто *гуманитарную дисциплину*¹³, но *образец глубинно-герменевтического подхода, потенциальный эталон наук о человеке.*

Как видим, по существу аргументация Хабермаса и Рикера не выходит за рамки неокантианской антитезы

¹³ «Я утверждаю, – писал Рикер, – что Фрейда можно читать так же, как наши коллеги и учителя читают Платона, Декарта, Канта» [157, с. 253].

«наук о духе» и «наук о природе», объяснения и понимания и т.п., однако традиционные доводы облакаются терминологией новейших философских концепций, каковыми в 60 – 70-е гг. прошлого века были герменевтика и структурализм.

1.3.2. Герменевтическая практика

Что касается герменевтики, то главный труд Х.-Г. Гадамера «Истина и метод» вышел в 1960 г. В этой книге, вслед за Шлейермахером, Дильтеем и Хайдеггером, Гадамер отвергает научный метод и противопоставляет ему понятие образования (индивида) гегелевской «Феноменологии духа», которое считает квинтэссенцией европейской гуманистической традиции и методологическим образцом для гуманитарных наук [44, с. 59]. Однако

истолковывает он это понятие весьма произвольно. Гегель называет образованием поэтапное освоение индивидуальным сознанием всеобщих форм бытия и мышления, или, что то же самое, воспроизведение в «снятом» виде процесса созидания социокультурного мира, в ходе которого индивид постигает необходимость его происхождения и становится (образовывается) человеком. Гадамер (ссылаясь на Гегеля) определяет образование как «открытость всему иному, другим, более обобщенным точкам зрения» [там же]. «В образовании заложено общее чувство меры и дистанции по отношению к нему самому, и через него – подъем над собой к всеобщему. Рассматривать как бы на расстоянии себя самого и свои личные цели означает рассматривать их так, как это делают другие. Эта всеобщность – наверняка не общность понятия или разума. Исходя из общего, определяется особенное, и ничто насильственно не доказывается. Общие точки зрения, для которых открыт образованный человек, не становятся для него жестким масштабом, который всегда действителен; скорее они свойственны ему только как возможные точки зрения других людей» [там же].

Итак, если для Гегеля целью и итогом образования является системное знание, т.е. постижение индивидом

64

закономерных связей между единичными и особенными явлениями, казавшимися ему вначале самодостаточными, и именно такое знание он называет всеобщим, то Гадамер рассматривает образование в качестве бесконечного рефлексивного движения между единичным (индивидуальным сознанием) и общим (мнением других). Индивид соизмеряет свою самодостаточность (пред-рассудки и пред-суждения) общими принципами (традицией), а общие принципы изменяются в ходе соотнесения с «иным» индивидуальных сознаний. В рамках гегелевской логики, с традицией которой сопоставляет свои «пред-рассудки» Гадамер, такое движение мысли соответствует определяющей рефлексии, которая есть *«соотношение со своим инобытием в самой себе»* и поэтому – *«бесконечное соотношение с собой»* [49, с. 28]. У Гегеля «порочный круг» определяющей рефлексии снимается опосредствованием противоположных моментов сущности, в ходе которого она, обогащаясь определениями, *проявляется* и переходит в действительность. Теоретическим выражением действительности является *понятие*, воспроизводящее закономерные, системные связи, которые превращают различные и противоположные определения наличного бытия и сущности в моменты конкретной целостности (изучаемого предмета). Гадамер отказывается от этого дальнейшего движения мысли к истине, указывая на «неснимаемое противоречие» между опытом и научным знанием [44, С. 418], и абсолютизирует определяющую рефлексию, придавая ей к тому же субъективный смысл. Так рождается метод философской герменевтики, представляющий собой взаимопревращение частного и общепринятого мнений, в ходе которого достигнутое между ними согласие

относительно смысла истолковываемого предмета отрицается на следующем витке рефлексии и т.д. «Теперь мы видим, – резюмирует Гадамер, – какое требование тут содержится: требование привести свои предрассудки во взвешенное состояние. Однако тогда действие суждений прерывается, а уж тем более действие предрассудков, то с логической точки зрения возникает структура вопроса. Сущность вопроса – в раскрытии возможностей, в том, чтобы они оста-

65

вались открытыми. ...Лишь ставя себя под вопрос в этой игре, он (предрассудок – Е.Р.) до такой степени ввязывается в игру с «иным», что и это «иное» может ставить себя под вопрос» [45, с. 81]. Но такой метод Сократ называл майевтикой – искусством помогать мужам в рождении истины, которое состояло в выявлении посредством вопросов противоречий в частных мнениях и индуктивном восхождении к общим понятиям. Философская герменевтика и является не чем иным, как субъективной диалектикой, которую греки определяли еще как *искусство вести беседу*.

Как раз это искусство делает психоанализ (психотерапию), по мнению Хабермаса, Рикера и их единомышленников, образцовой *герменевтической* дисциплиной. Это убеждение, кстати говоря, разделял и сам Гадамер. В статье «Неспособность к разговору» (1971) он противопоставляет «монологической ситуации научной цивилизации» [46, с. 91] диалогическую традицию философии от Платона до Бубера и включает в нее на особых условиях «крайности» психоанализ. Страдающий душевным расстройством человек теряет связь с окружающей действительностью, замыкается в мире своих иллюзорных представлений и в силу этого перестает слышать других людей. Цель психотерапии заключается в том, чтобы сломать барьер отчуждения, восстановить способность пациента к общению. «Особенность психоаналитической беседы состоит в том, что здесь неспособность к разговору, составляющая самую суть болезни, излечивается не чем иным, как разговором» [там же, с. 90]. Опыт психоанализа не может быть просто перенесен в область нормальной жизни, замечает Гадамер, поскольку во-первых, монологичность невротика является следствием именно болезни (а не распространения «научной цивилизации»), а, во-вторых, психоаналитик – это не просто собеседник, «другой», но *врач*, обладающий профессиональными знаниями и целенаправленно преодолевающий сопротивление пациента. «Справедливо подчеркивают, что беседа все же является совместным трудом раскрытия, а не простым применением знания со стороны врача... первой предпосылкой психоана-

66

литического разговора служит признание пациента в том, что он болен; итак, неспособность к диалогу сознает себя» [там же].

Рассуждение Гадамера выражает самую суть феноменолого-

герменевтического понимания психотерапии и с полным основанием может рассматриваться в качестве его символа веры. Но вот, что странно: несмотря на заявленную оппозиционность эмпирической методологии естественных наук (Science), оно *фактически воспроизводит результат психотерапевтических исследований, совпадающий в свою очередь с принятым в психиатрии определением психотерапии* как лечения «посредством бесед врача с пациентом», в процессе которого «психотерапевт пытается изменить мышление пациента, его поведение и эмоции посредством работы над механизмом его мышления...» [205, с. 157].

1.3.3. Психоанализ и объективные законы лингвистики

Другим важнейшим источником феноменолого-герменевтического обоснования психотерапии является структурализм и шире – французский университетский психоанализ. Его духовным отцом был Жак Лакан, в течение 26 лет – с 1953 г. по 1979 г. – руководивший снискавшим огромную популярность семинаром. Помимо психиатров и психоаналитиков в его работе принимали участие известные философы и антропологи, такие, например, как гегельянец Ж. Ипполит, феноменолог М. Мерло-Понти, основатель структурной антропологии К. Леви-Строс, философы языка Ж. Лапланш и Ж.Б. Понталис и др. В ходе многолетних встреч Лакан и его единомышленники подвергли обстоятельной проработке основные метапсихологические и методологические концепции Фрейда. В результате психоанализ не просто был переосмыслен с позиций феноменологии, герменевтики и структурализма, но возникло новое интеллектуальное пространство с особым языком, риторикой, способами обоснования, понятными лишь посвященным метафорами, намеками, шутками, причем все это – под лозунгом «Назад, к Фрейду!».

67

Вот как определял миссию своего семинара сам Лакан: «...Предмет наш обязан своей научной ценностью исключительно тем концепциям, которые были выработаны Фрейдом в ходе его исследований – концепциям еще недостаточно критически проработанным и сохраняющим тем самым двусмысленность вульгарного словоупотребления, которая, идя им на пользу, создает в то же время опасность лишних недоразумений. ...Однако нам кажется, что мы только проясним эти термины, если приведем их в соответствие с языком современной антропологии и проблемами новейшей философии, в которых психоанализ зачастую без труда узнает свои собственные» [102, с. 9-10].

По масштабности семинар Лакана едва ли сопоставим с психотерапевтическими исследованиями, однако его влияние во много раз превосходит высшие достижения этих исследований. Лакан стал властителем дум целой эпохи, ему удалось собрать вокруг себя гуманитарную и

художественную интеллигенцию самых разных направлений и ориентации. По сей день продолжаются споры об истинном значении концепций, понятий и даже отдельных терминов ученого, ведется борьба за право называться его учениками, разьяснять смысл его работ и т.п. Н.С. Автономова обращает внимание на то, что огромная популярность Лакана во многом обусловлена харизмой его личности, «его «шаманством» и поныне вовлекающим адептов в кровавые баталии за раздел духовного наследия» [5, с. 29].

Если психотерапевтические исследования сыграли важную роль в признании психотерапии медицинским сообществом, то семинары Лакана сделали ее частью гуманитарного знания и образования. Лекции Лакана в психиатрическом госпитале св. Анны слушал, будучи студентом Эколь Нормаль, Мишель Фуко, организатором таких курсов был в то время философ-марксист Луи Альтюссер. А позже и сам Фуко в качестве преподавателя психологии водил в этот госпиталь своих слушателей, в числе которых был Жак Деррида. «Я придерживаюсь идеи, – говорил в 1955 г. Жан Ипполит, – что изучение безумия-

68

отчуждения в глубоком смысле этого слова – находится в центре антропологии, в центре изучения человека» [цит. по: 171, с. 9]. Это общепринятое среди французской интеллигенции второй половины XX в. убеждение было культивировано Лаканом. Неудивительно, что его семинар стал колыбелью столь популярных и востребованных социогуманитарными науками философских течений, как структурализм, постструктурализм и постмодернизм. С другой стороны, благодаря этому семинару психологи, психотерапевты и психиатры открыли для себя философию.

Между тем, вплоть до начала 50-х гг. Лакан придерживался традиционных взглядов на специфику психоанализа. В диссертации по медицине 1932 г., посвященной параноидальным психозам, он относил к преимуществам психоанализа по сравнению с психиатрией открытость его терапевтической практики, а также энергетическую теорию, выполняющую в осмыслении психологических феноменов функцию «концептуальной арматуры». Вместе с тем, он подчеркивал, что по критерию научности психология, изучающая чувства, желания, представления и прочие субъективные феномены, уступает психиатрии, предметом которой являются объективные церебральные структуры и процессы. Это убеждение и обусловило, в конце концов, его обращение к структурной лингвистике.

В ситуации послевоенного кризиса, когда репутация психоанализа была поставлена под сомнение, неокантианская аргументация не могла удовлетворить естествоиспытателя, каким Лакан был и по образованию, и по образу мышления, прежде всего, в виду иррационалистического толкования психоанализа как «науки о духе». Такое толкование противоречило и позиции Фрейда, с упорством отстаивавшейся им на протяжении всей жизни. Другое дело – лингвистика и семиотика с их строгими законами, применение

которых в антропологии было с успехом апробировано К. Леви-Стросом. К тому же переключение исследовательского интереса с переживаний «субъекта» на языковые структуры, объективно определяющие его мышление и поведение, идеально вписывалось в движение за отказ от интроспекционизма в психологии. Во Фран-

69

ции того времени престиж структурной лингвистики был высок, и поскольку непосредственной данностью, с которой работает психоаналитик, является речь пациента, законы этой науки казались как раз тем, что может придать психоанализу научный характер¹⁴.

И вот 26 и 27 сентября 1953 г. в стенах Института психологии Римского университета прозвучал знаменитый доклад Лакана, который сам он назвал «публичным манифестом» нового Французского психоаналитического общества [102, с. 7]. В своей речи Лакан отверг наличные концепции терапевтических механизмов психоанализа, а именно – делающую ставку на силу «Я» пациента (А. Фрейд), усматривающую источник невроза в довербальных либидинозных фиксациях (М. Кляйн) и полагающуюся на терапевтическое взаимодействие. Подлинным и единственным полем деятельности психоанализа, заявил он, является речь пациента, текст, который он произносит и не произносит.

Его, к которому апеллируют сторонники Анны Фрейд, представляет собой воображаемую инстанцию, особого рода психологическую видимость, исчезающую, как только пациент начинает выражать ее словами: интимность и уникальность внутреннего мира «субъекта» превращаются в стандартные определения желаний, чувств и мыслей *других* людей. И если аналитик рассчитывает понять и разрешить невротический конфликт при помощи исполненного эмпатии, поддержки и т.п. взаимодействия с Его пациента, то в поле его зрения всегда будет находиться «воображаемое отношение», связывающее его с субъектом в качестве «его собственного Я» [там же, с. 24]. Такая стратегия лишь культивирует иллюзии и способствует объективации субъекта, т.е. его идентификации с мертвым, абстрактным, «статуарным» образом своей личности («Я»).

Но и то, о чем умалчивает пациент, т.е. вытесненное содержание его «инстинктивных» желаний, бессознательное, также не имеет непосредственного отношения к реальности. Прошлое, история даны как аналитику, так и

¹⁴ Подробнее см.: [26].

70

самому пациенту лишь в качестве рассказа, эпоса, *дискурса*, оформленного в соответствии с определенными объективными законами – ведь «излагает он этот эпос на языке, который позволяет ему быть понятым своими современниками, более того предполагает наличие их собственного дискурса»

[там же, с. 25]. Этот общепринятый язык придает смысл (стыда, вины и т.п.) событиям прошлого индивида и определяет в качестве цензора границы его памяти. «...Бессознательное есть та часть конкретного трансиндивидуального дискурса, которой не хватает субъекту для восстановления непрерывности своего сознательного дискурса» [там же, с. 28].

Индивидуальное самосознание, таким образом, представляет собой, с точки зрения Лакана, постоянно меняющую местоположение границу между всеобщим и особенным дискурсами. Поэтому он называет психоанализ диалектикой самосознания, «которая, идя от Сократа к Гегелю, от ироничного предположения реальности всего рационального устремляется к научному суждению, гласящему, что все реальное рационально» [там же, с. 62]. На этом, однако, сходство с гегелевской логикой и заканчивается: Лакан отвергает «пророческое» [там же] «Феноменологии духа», а вместе с ним и положительно-разумный, системный момент познания, ограничиваясь (как Маркузе до него и Гадамер – после) диалектикой «частного» и «универсального» дискурсов, или *словесно выраженных представлений*, в классической философской терминологии.

В соответствии с этой (высказанной в «чистом виде» Гадамером) позицией, терапевтическая миссия психоанализа заключается в опосредствовании рефлексивного отношения индивидуального и общего мнений. Однако Лакан настаивает на том, что диалектика самосознания определяется *объективными законами языка*. Значит ли это, что, беседуя с пациентом, терапевт проводит лингвистический анализ по правилам, разработанными Соссюром и его последователями: устанавливает значения используемых символов, выявляет устойчивые связи между ними, сопоставляет их с универсальными знаковыми системами

71

и т.п.? Именно так интерпретировали идеи Лакана многие его последователи (Ж. Делез, например).

«Психоаналитик знает лучше кого бы то ни было, – разъясняет Лакан, – что самое главное – это услышать, какой «партии» в дискурсе доверен значащий термин; именно так он, в лучшем случае, и поступает, так что история из повседневной жизни оборачивается для него обращенной к имеющему уши слышать притчей; длинная тирада – междометием; элементарная оговорка, наоборот, – сложным объяснением, а молчаливый вздох – целым лирическим излиянием» [102, с. 22].

Как видим речь идет, прежде всего, об анализе патогенного противоречия. Материалом такого анализа является *рассказ* пациента¹⁵, в словесной форме выражающий противоречия его желаний, представлений, установок, за которыми, стоят усвоенные в ходе воспитания и жизни (различные, противоположные) социальные нормы, история взаимоотношений с другими людьми и т.п. Стремясь защитить психоанализ от упреков в ненаучности, Лакан лишь пытается свести эту систему к ее

словесному выражению и (лингвистическим) законам этого выражения, к отношению *означающего и означаемого*. Поэтому исследовательская функция психоанализа трактуется им как выявление *значения* дискурса пациента, а терапевтическая – как *переформулирование* этого дискурса. «Именно усвоение субъектом своей истории в том виде, в котором она воссоздана адресованной к другому речью, и положено в основу нового метода, которому Фрейд дал имя психоанализа. ...Средства, допускаемые этим методом, сводятся к речи, поскольку эта последняя сообщает действиям индивида смысл; область его – это область конкретного дискурса как поля трансиндивидуальной реальности субъекта» [там же, с. 27-28].

Если отвлечься от терминологии, в которой Лакан выказывает свои идеи, т.е. от *особенностей* структуралист-

¹⁵ В классическом психоанализе, разумеется. Другие направления психотерапии вовлекают в рассмотрение и иные формы выражения патогенных противоречий, психоанализ делает ставку на рассказ пациента.

ского дискурса, то смысл этого утверждения сводится к следующему: в ходе беседы с врачом пациент преодолевает ограниченность своего частного мнения и усваивает общепринятое мнение в той мере, в какой это позволяет ему общаться (разговаривать) с другими людьми; неспособность к разговору излечивается разговором¹⁶. Гадамер, таким образом, точно сформулировал суть лакановского понимания специфики психоанализа, которое, несмотря на экзотику словесного выражения, совпадает с общепринятым в психиатрии.

Но в чем же, в таком случае, заключаются альтернативность феноменолого-герменевтического подхода? Существуют ли она на уровне (соответствующего специфике психотерапии как «науки о духе») метода познания?

Остается последняя надежда получить ответ на этот вопрос, а именно, – адресовать его феноменологии, которая не только лежит в основании различных модификаций идиографического подхода, но и сыграла важную роль в дисциплинарном становлении психотерапии в целом. Популярность феноменологии в психотерапевтической рефлексии связана прежде всего с тем, что Гуссерль выступил с *теоретической* критикой эмпиризма и противопоставил ему метод, который, по его убеждению, именно *благодаря своей (трансцендентальной) субъективности* является эталоном научного способа мышления не только в гуманитарной сфере, но и в области естествознания.

1.3.4. Феноменология против психологизма

Против веры в исходное и удостоверяющее значение факта, унаследованной позитивными науками от эмпирической философии Нового времени, Гуссерль выдвинул

¹⁶ «...Субъект, приступая к анализу, – пишет Лакан, – соглашается тем самым занять позицию, которая уже сама по себе является более конструктивной, нежели все правила, которыми он в той или иной мере позволяет себя опутать: он соглашается потолковать. И не будет ничего страшного, если это замечание собьет слушателя с толку, ибо это дает нам повод настоять на том, что обращение субъекта, согласившегося потолковать, предполагает своего толкователя; другими словами, что говорящий конституируется тем самым как интерсубъективность» [102, с. 28].

73

единственный новый¹⁷ аргумент, который, правда, проясняется в его работах различными способами.

Любая позитивная наука, включая психологию, психиатрию, и психотерапию, рассматривает свой предмет сквозь призму «естественной установки». В согласии с ней содержание сознания рассматривается как отражение объективной действительности, которая дана человеку в восприятии и познается им на основе чувственного опыта. Поэтому «универсальный вопрос позитивных наук состоит в том, как возможно объективно-истинное определение этого мира» [65, с. 14], или каким образом можно установить соответствие между идеями (образами, суждениями, гипотезами) и вещами. Такое понимание истины вполне согласуется с обыденным о ней представлением, адептом которого и является эмпиризм.

Наивность естественной установки была высвечена методическим сомнением Картезия (*de omnibus dubitandum*) или, как предпочитает именовать его Гуссерль, – феноменологической эпохе. Заключив весь мир в скобки радикального сомнения, Декарт противопоставил ему абсолютную аподиктичность его *cogito*, мыслящего субъекта. Так родилась *трансцендентальная установка*, которая состоит в уяснении того, что «естественному бытию мира... в качестве самого по себе более первичного бытия предшествует бытие чистого *ego* и его *cogitationes*» [67, с. 77]. Сознание, т.е. образы, акты мышления, смыслы и т.п., не просто более достоверная, но единственно достоверная реальность для познающего субъекта, поскольку не существует никаких доказательств существования объективного мира. В самом деле, сравнивая идеи с «фактами» (наблюдениями, «протокольными предложениями»), эмпирик полагает, что устанавливает их соответствие дей-

¹⁷ Гуссерль также повторяет антиэмпиристские доводы новоевропейского рационализма – об опосредствованном (идеей сущностей данного рода) характере любой фактической единичности (Лейбниц), об априорном характере идей (Декарт) и др. См.: [66, Разд. 1,2]. Кроме того, что представляет собой начало начал феноменологии – феноменологическое эпохе, если не самый сильный довод (методическое сомнение) Декарта против эмпиристского идеала научности?

74

ствительности, но сопоставляет-то он их не с материальными вещами, а с их

образами в собственном сознании. Одна субъективная *идея* сравнивается, таким образом, с другой субъективной *идеей*, наивно принимаемой за *объективный* факт.

Трансцендентальный¹⁸ поворот, коль скоро он совершен со всей радикальностью, не совместим с аристотелевским принципом корреспонденции в любой его разновидности – от простого сопоставления слов и вещей до процедуры верификации. Все это «выносятся за скобки» вместе с уверенностью в объективности «предданного мира». «Я не могу жить, мыслить и действовать, – пишет Гуссерль, – не могу познавать в опыте, оценивать такой мир, который не имеет смысла и значимости во мне самом и из меня самого» [там же, с. 78]. В области эпистемологии этот «поворот» выражается в том, что вопрос о соответствии объективному положению заменяется проблемой генезиса идей в сознании.

Таким образом, трансцендентальная установка позволяет позитивному исследователю человека отказаться как от принципа «метафизической» каузальности, т.е. от необходимости поиска субстанциального основания изучаемых явлений, так и от методической зависимости от «факта» (эмпирической каузальности). Причем его теоретической опорой становится не иррационалистический интуитивизм, а основанная на аналитике разума, апеллирующая к строгой научности философия.

Вот как описывает Гуссерль следствия «коперниканского переворота» в сознании посвященного: «Этот (как и любой возможный) мир есть для него *только феномен*. Вместо того, чтобы иметь перед собой мир в качестве предданного наличного бытия, как он делал прежде, будучи естественным человеком, теперь он – только трансцендентальный наблюдатель, который рассматривает это обладание миром, способ, которым в сознании в соответ-

¹⁸ Трансцендентальный – термин, введенный Кантом, означает «относящийся к сфере сознания», не выходящий в трансцендентную область «вещей-в-себе», или объективной действительности.

ствии со своим смыслом и значимостью проявляется этот или другой мир, и раскрывает его в опыте и анализе опыта» [65, с. 17].

Факт теряет свою удостоверяющую «бытийную значимость», настоящим предметом изучения становится «интенциональное переживание», «созерцание» феноменов. Теперь позитивный исследователь свободен описывать такие переживания, «сознательно» отказываясь от «заранее сформулированных» гипотез, полагаясь на субъективное восприятие их значений, и не опасаться при этом упреков в ненаучности. Вторичная выгода, вероятно, многое объясняет в том, почему феноменологический метод так популярен среди представителей социогуманитарных наук. Психотерапия не преминула извлечь ее из «коперниканского переворота» Гуссерля, сначала успешно использовав феноменологическую аргументацию в борьбе за право на душевнобольного с медициной, а позже – для внутрицехового обуздания

чрезмерных амбиций бихевиоризма. Именно на авторитет «планомерной феноменологии» Э. Гуссерля ссылается К. Ясперс, предпринявший в 1912 году реформу психиатрической нозологии. Указывая на традиционную для психиатрии оценку субъективных симптомов в качестве ненадежных, подлежащих полному устранению из учения о душевных болезнях и т.п., Ясперс сетует на то, что этот предрассудок разделяет и психология. Восходящая к физиологии объективная психология стремится оперировать только фактически данным и «ведет по своим последствиям к *психологии без психического*» [225, с. 26]. Субъективная же психология основывает свои выводы на феноменологическом анализе переживаний, описании видов психического и т.п. «Чего же добивается теперь оскорбленная субъективная психология? – вопрошает Ясперс. – В то время как объективная психология посредством как можно большего исключения психического превращается почти или полностью в физиологию, она стремится сделать предмет своего изучения именно психическую жизнь» [там же, с. 27]. Феноменологическую дескрипцию аномальных переживаний Ясперс положил в основу классификации и систематизации психических расстройств в «Общей психопатологии»

76

(1913), ставшей важным шагом в преодолении позитивистской ориентации в психиатрии.

Однако прагматизмом вторичной выгоды взаимоотношения феноменологии и психотерапии (психологии, психиатрии), конечно, не исчерпываются. Напротив, при ближайшем рассмотрении они теряют какую бы то ни было однозначность. Снижая психологию¹⁹ до онтического – как позже назвал его Хайдеггер – уровня, Гуссерль все же признает ее *особое место среди позитивных наук*. Психологию роднит с этими науками наивное принятие естественной установки, но ее предмет – «процессы в отдельных душах и сообществах душ» [65, с. 12] – таит в себе двусмысленность, ставшую, по убеждению Гуссерля, почвой одной распространенной и прочно укоренившейся в гуманитарном знании XVIII-XX вв. метафизической видимости, а именно – *психологизма*.

Исторически феноменологический метод возник и нашел применение в *психологии* (Ф. Brentano, К. Штумпфа и др.) как альтернатива/дополнение эмпирической психологии. Аргументы применявших этот метод психологов подобны приведенным выше доводам К. Ясперса. Полемицируя с В. Вундтом в «Психологии с эмпирической точки зрения» (1874), Ф. Brentano указывал на несводимость психических актов (например, процесса восприятия) к фактическому содержанию сознания (объекту восприятия). Сам по себе цвет, писал Brentano, представляет собой физический феномен, предметом же изучения психологии выступает (субъективный) *процесс видения цвета*. Подобные акты переживания и подлежат описанию и анализу в психологии.

Что добавляет к доводам феноменологической психологии

феноменология трансцендентальная? Как соотносятся их предметы и методы? Вообще существует ли между ними различие?

Последовательная феноменологическая редукция, с которой, по утверждению Гуссерля, начинается подлинно

¹⁹ Причем в аспекте, который имеет в виду Гуссерль, – а это исключительно предмет психологии в его отличии от предмета трансцендентальной философии, – «души» конкретных людей в пространственном мире, к психологии с полным правом может быть причислена и психотерапия.

77

научное познание, выявляет имманентность субъективности всех всеобщих структур опыта, мышления, а, стало быть, и всех возможных миров, обретающих в ней смысл и значимость. «Таким образом, кажется, – пишет Гуссерль, – что феноменологическая психология в своем систематическом развертывании охватывает собой в принципиальной всеобщности все коррелятивное исследование объективного бытия и сознания. Кажется, что она – место всех трансцендентальных разъяснений» [там же]. Если бы это было так, то магия феноменологической редукции превратила бы психологию из эмпирической дисциплины в Науку наук, метафизику, – честь для нее весьма сомнительная, имея в виду ее позитивную установку.

Такую видимость метафизической универсальности опыта душевной субъективности Гуссерль называет психологизмом. Его классическим примером могут служить учения Беркли и Юма, сводящие мир к совокупности ощущений (идей) индивидуальной души. У истоков же психологизма стоит Дж. Локк, рассматривавший «чистое эго» Декарта как «чистую душу, как human mind, систематическое и конкретное исследование которой на основе очевидного внутреннего опыта должно было послужить ему средством разрешения вопросов, касающихся рассудка и разума» [там же, с. 9]. Критикуя психологизм, Гуссерль показывает логическую абсурдность отождествления чистого и эмпирического эго. Трансцендентальная установка обнаруживает, что наличная в опыте душевная субъективность, точно также как и любой другой предмет для-меня присутствующего мира, есть лишь ноэватический коррелят универсальной внешней апперцепции. Следовательно, эмпирическое (конституированное) эго, предполагает трансцендентальное (конституирующее). В случае же их отождествления возникает порочный круг²⁰.

²⁰ Анализ Гуссерля фактически воспроизводит теорию типов, предложенную Б. Расселом в 1908 г. для устранения парадоксов теории множеств. Идея Рассела состояла в различении логических функций по степени общности и ограничении этими степенями возможных значений их аргументов так, чтобы существование классов, являющихся и не являющихся членами самих себя (а это как раз случай психологизма) оказалось невозможным.

78

В современных дискуссиях о методологии гуманитарных наук нередко

всплывает тема «угрозы психологизма»²¹, которая понимается как вторжение эмпирической психологии в область гуманитарного знания, ее претензии на методическое превосходство, монополию на научное изучение человека и т.д. Опасения такого рода коренятся в методологических манифестах нескольких философских направлений – позитивизма, неокантианства, философии жизни, экзистенциализма, герменевтики, структурализма, постмодернизма, *но не феноменологии*. Предложивший понятие психологизма Гуссерль усматривал источник опасности *не в психологии, а в философии*. Психологизм, подчеркивал он, – учение *сугубо философское* и по происхождению, и по духу: «оно идет от философской абсолютизации мира, вполне чуждой естественному взгляду на мир» [66, с. 124]. Идея возведения на фундаменте душевной субъективности метафизической конструкции мироздания противоречит самому духу психологии как эмпирической науки. Психология неповинна в грехе психологизма именно в силу ее позитивного характера. «Психолог трансцендентально наивен даже как эйдетический феноменолог»²². Хотя он, обращая свой интерес только к психическому, оставляет вне игры все психофизическое, однако это психическое суть действительные или возможные «души», причем ... души мыслимых существующими вместе с ними наличных тел, соответственно конкретных людей в пространственном мире» [65, с. 13].

²¹ Например, И. Брес, рассуждая о враждебном отношении психоаналитиков к психологии, пишет: «французские психоаналитики, наверное, и не пустились бы в эти концептуальные приключения, если бы в других областях современной культуры не возникла аналогичная потребность – избежать угрозы «психологизма». Невозможно понять отношение психоаналитиков к психологии, если не учесть сходные позиции логиков, философов, социологов, юристов, теологов и пр. и не добраться до причин, по которым само существование эмпирической психологии вот уже двести лет воспринимается во всех других науках как серьезная угроза» [26, с.56].

²² Т.е. как психолог, отказавшийся от принципа детерминизма и связанного с ним стремления к познанию объективной, фактически данной и т.п. действительности. «Эйдетический» – от греч. Eidos – идея, смысл, сущность вещи.

Но тем самым «трансцендентально наивный» психолог (психотерапевт, психиатр), уподобляется неискушенному Адаму в эдемском саду позитивной науки. Стоит ему, пройдя через испытание трансцендентальной проблемой, потерять невинность, и он либо *впадает* в психологизм, либо, осознав фундаментальную проблематичность своей дисциплины, *возвышается* до трансцендентальной феноменологии. Но и в том и в другом случае перестает быть психологом (психотерапевтом, психиатром), и становится («плохим» или «хорошим») философом.

В связи с этим возникает «кантовский» вопрос: возможно ли вообще изучать душевную субъективность, оставаясь на почве *строгой* научности?

Ответ Гуссерля характерен для человека, чей интерес к философии был пробужден лекциями по психологии и которому постоянно приходилось

разъяснять «лжеистолкователям» собственного учения, что «чистая феноменология... это не психология и что причисление ее к психологии исключается не какими-либо случайными разграничениями областей и терминологически, но принципиальными основаниями» [66, с. 20].

Итак, хотя эмпирическое Я, изучаемое психологией, отлично от трансцендентального, все же оно и не «внеположено» ему, «менее всего есть что-то в обычном смысле второе, отдельное от него, некий дублет». Между ними существует «параллелизм», который, как явствует из разъяснений Гуссерля, означает полное соответствие «во всех единичностях и связях» [65, с. 18]. Такой же «параллелизм» характерен для психологической и трансцендентальной интерсубъективности, методов обеих феноменологии (оба направлены на описание интенциональных актов сознания в их формальной всеобщности). Стало быть, различие между феноменологической психологией и философией не в предмете и не в методе. В чем же тогда?.. В степени рефлексии, или абстракции.

Один из историков философии старой школы использовал для иллюстрации рефлексивного движения фихтевского наукоучения от ощущения к разуму образ гористой местности: увидеть низшую способность можно лишь, выйдя за ее пределы, возвысившись над ней. Пик мно-

80

гоступенчатого восхождения – абсолютно первое основоположение наукоучения – «Я есмь Я». У Гуссерля рефлексивное восхождение ограничено двумя ступенями. *Феноменологическая*, позволяет видеть, описывать, классифицировать и т.п. феномены как феномены, т.е. без какой бы то ни было «наивной объективации», от которой абстрагируются в рефлексии первого уровня. Эта ступень – обширное легитимное поле отдельных феноменологических наук, о природе и о духе. Их дальнейшая систематизация детерминирована распределением созерцаемого по «бытийным регионам», а также степенью общности. Место и психологии, и психотерапии, без сомнения, – на этом уровне. Обе принадлежат к наукам о духе и представляют собой «феноменологию человека, его личности, его личных свойств и протекания его (человеческого) сознания» [66, с. 159].

Однако научность всех феноменологических дисциплин имеет принципиально несамодостаточный, обусловленный характер. Свое обоснование они получают извне. Только рефлексия второго уровня, в которой наблюдатель абстрагируется от феноменологического содержания мира, открывает его взору абсолютно достоверное поле трансцендентальной субъективности. Только подъем на *трансцендентальную* ступень позволяет видеть, описывать, классифицировать и т.п. те всеобщие сущностные формы (смыслы, идеи), коими задаются и, соответственно, созерцаются «регионы бытия» нижнего феноменального уровня. Эту ключевую теоретическую²³ позицию на перевале

²³ Греческая философия позаимствовала слово «theoria» из религиозной сферы, где оно

обозначало особое видение, в котором соединялись «непосредственное (лицом к лицу) созерцание бога» и «способность созерцать как боги», причем все это в контексте античной любви к зрелищам. Теоретик в исконном смысле – человек, находящийся в особой точке наблюдения, которая позволяет ему видеть то, что сокрыто от взора зрителей нижних рядов (театра) – божественные идеи, и дает возможность и право контролировать ситуацию. Не случайно в Греции классического периода «theoria» называлась государственная комиссия, посылаемая с инспекционной целью в «те места, где являлись боги, и это событие отмечалось во время праздников» [260, с. 152]. В философии Платона этим словом обозначалось умозрение – непосредственное усмотрение истины (божественных идей).

81

познания занимает, разумеется, феноменологическая философия. Ее отличительная особенность заключается в том, «что в объеме ее эйдетической всеобщности она охватывает все способы познания и все науки, причем в аспекте того, что доступно в них *непосредственному усмотрению*, что, по меньшей мере, должно быть доступно такому усмотрению, будь они подлинным познанием» (курсив мой. – Е.Р.) [там же, с. 135].

Вот почему приоритет в деле «строгой научности» чистой феноменологии обусловлен «не какими-либо случайными разграничениями областей и терминологически, но *принципиальными* основаниями». Впрочем, основания эти столь же древни, как и сама философия: на языке платоников, уровень чистой феноменологии следовало бы назвать архетипическим, а тот, на котором пребывают позитивные науки – эгипическим; характер их взаимосвязи вполне соответствуют отношению между архетипическим и эгипическим мирами. «Смысл и право всех непосредственных исходных пунктов и всех непосредственных шагов, – настаивает Гуссерль, – возможного метода относятся к феноменологии» [там же].

Таким образом, феноменологический метод в науках о душевной субъективности заключается в опосредствованном наиболее общими идеями трансцендентальной философии описании, классификации и т.п. переживаний (интенциональных актов) индивидуального сознания.

Различие между двумя науками о субъективности сводится исключительно к степени абстракции. Например, если психологически-феноменологическая рефлексия направлена на переживание радости как человеческого состояния (при этом она отвлекается от любой объективной обусловленности этого состояния – биохимической, физиологической, социокультурной и т.п.), то трансцендентальная – посредством абстракции более высокого уровня извлекает из «скрепленного с являющимся телом состояние человеческого "я-субъекта"» «абсолютно чистое» эмоциональное переживание радости [там же, с. 122]. Эта наиболее общая, общепринятая («трансцендентально интересубъективная») идея радости и становится силой орга-

низирующей наблюдение и дескрипцию и анализ соответствующих ей эмпирических переживаний.

Нам остается согласиться с Гуссерлем: «Совершенно очевидно, то, что превращает мое чисто психологическое опытное самопостижение (феноменологически-психологическое) в трансцендентальное, есть только определенное трансцендентальным эпохе изменение установки (которая, если разобраться, есть лишь $n+1$ -степень абстракции. – Е.Р.). Лишь благодаря ей, «обнаруживаемое в моей душе, сохраняя собственную сущность, приобретает... абсолютный трансцендентальный смысл» [там же].

* * *

Итак, методологический анализ эмпирико-аналитического и феноменолого-герменевтического подходов к исследованию специфики психотерапии позволяет сделать следующие выводы.

1. За противоположными установками эмпиризма и феноменологии скрывается *один и тот же* метод, предполагающий определение предметов данного класса, будь то акты переживаний, невротические конфликты, психоаналитические техники или виды психотерапии, на основе их общих признаков, в которых якобы заключена сущность каждого из них. Различие лишь в том, что «естественнонаучный» подход наделяет эти признаки статусом объективных чувственно данных свойств предметов, а феноменолого-герменевтический – истолковывает как субъективные идеи, значения, смыслы.

2. Наблюдение и анализ индивидуальных предметов (феноменов) в рамках обоих подходов опосредствуется общими представлениями об их природе, т.е. единичное соотносится с *внеположенным* ему общим. Гегель называл такой способ определения предмета внешней рефлексией. Ахиллесова пята всех полученных с его помощью дефиниций/дескрипций, классификаций и т.п. заключается в чисто формальном и случайном характере отношения между общим и единичным. Последнее «признается ничтожным, и только возвращение из него, процесс определения, совершаемый рефлексией, признается полаганием

83

непосредственного по его истинному бытию» [49, с. 25]. Иными словами, конкретный предмет постигается в соответствии с внешними, заданными не им самим, а другими предметами – критериями, нормами, идеями, и... остается непознаваемой вещью-в-себе, просто потому, что рассудочная рефлексия не находит его достойным познания. В эмпирико-аналитическом методе внешняя рефлексия принимает вид отношения между «гипотезой» (дефиницией, паттерном и т.д.) и отдельным случаем, в феноменологии – трансцендентальной и индивидуальной субъективности, в герменевтике – традиции и пред-рассудков, в структурализме – трансиндивидуального и

частного дискурсов²⁴.

3. Тождеством исследовательской логики и объясняется удивительный на первый взгляд факт, что сторонники номотетического и идиографического подходов определяют психотерапию одинаково (если отвлечься от особенностей терминологии, естественно) – в качестве «беседы врача с пациентом», «лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного» и т.п. Именно таковы *общепринятые представления* о психотерапии – сторонники оппозиционных партий лишь наполняют их содержанием различных психологических и философских концепций.

4. Но есть и еще кое-что: противоположность позиций эмпирического и феноменолого-герменевтического подходов в отношении объективности предмета психотерапии выступает лишь формой проявления более глубокого и исторически предшествующего конфликта между биологической и антропологической психиатрией, объективной и субъективной психологией, «науками о духе» и «науками о природе». Сам термин «психотерапия», представляет собой типичное «трудное слово» Шалтай-болтая – «совсем, как портмоне, – в одном слове упакованы два смысла» [231, с. 92]. Первый из них содержит указание на

²⁴ Это никоим образом не значит, что психотерапевты феноменолого-герменевтического направления ограничиваются при анализе личностных конфликтов своих пациентов внешней рефлексией – будучи профессионалами, они следуют логике этих конфликтов. Речь идет исключительно о теоретическом выражении предмета их деятельности средствами философии XX в.

душу и соответствующее ей множество пониманий: от примитивно-фетишистского до того, которое Изложено в «Феноменологии духа» Гегеля и трансцендентальной феноменологии Гуссерля. Второй, а именно «лечение» уводит в область человеческой телесности и ее патологии: анатомии, физиологии, нейробиологии, биохимии и т.д.

Что же в конечном счете проявляется в этом движении противоречий и служит его источником? Конечно *психофизиологическая проблема* – скрыть ее не способна никакая модная терминология. Но это означает, что без философии, в компетенции которой эта проблема находилась несколько столетий – с середины XVII в., когда Декарт сформулировал ее, – разрешить психотерапевтические противоречия невозможно. На Западе это обстоятельство первым осознал Л. Бинсвангер.

Глава 2

КОНЦЕПЦИЯ «ДУШЕВНОЙ БОЛЕЗНИ» КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ И ЕЕ ГУМАНИТАРНЫЕ И СОЦИАЛЬНО- ПРАВОВЫЕ СЛЕДСТВИЯ

В этой главе мы обратимся к концептуально-методологическим основаниям клинической психиатрии. Именно в них коренится противоречие психофизиологического дуализма, проявляющееся в определениях психотерапии и противоположности ее «номотетической» и «идиографической» версий. Нашим проводником будет один из первых критиков психиатрической теории Л. Бинсвангер. Особое внимание будет уделено эмпирическому обоснованию концепции «душевной болезни», медицинским методам лечения психических расстройств и, конечно, гуманитарным и правовым аспектам психиатрии.

2.1. Концептуально-методологические основания кризиса психиатрии в начале XX в.

Людвиг Бинсвангер (1881-1966) – представитель блестящей швейцарской династии врачей, племянник Отто Бинсвангера, лечившего самого Ф. Ницше, ученик Э. Блейлера, близкий друг Фрейда, наконец, знаток и тонкий ценитель философии, одним из первых сформулировал дилемму психиатрии.

Является ли душевнобольной «расстроенным» биологическим организмом, *объектом* естественнонаучного изучения и воздействия или же он – психически больной *собрат*, другой, *субъект* межличностных отношений? «Несовместимость этих двух концептуальных горизонтов ведет не только к бесконечным научным противоречиям, но и... к расколу на два обособленных психиатрических лагеря. Сам этот факт демонстрирует насколько важен

86

для психиатрии вопрос: что же мы, человеческие бытийности *представляем собой*» [16, с. 82].

Конечно, после Ницше, Дильтея, Виндельбанда, Ясперса о противоположности «наук о духе» и «наук о природе», «объясняющей» и «понимающей», «объективной» и «субъективной» психологии было сказано немало. Однако в отличие от других Л. Бинсвангер видел свою задачу не в умножении антитез «сциентизма» и «антисциентизма», а в теоретическом анализе предпосылок, лежащих в основании этих двух концепций, «рассматриваемых то ли как научные, то ли как даже донаучные или «наивные» способы трансцендентальной мотивации или обоснования» [там же, с. 83].

Такая постановка проблемы стала возможной благодаря редкому сочетанию у одного человека компетентности в столь разных областях знания как медицина и философия. Что касается медицины, то как научная дисциплина психиатрия, по убеждению Бинсвангера, пребывает в состоянии кризиса: «Великая хартия» или устав психиатрии, которым до настоящего

времени она руководствовалась, был разрушен» [там же, с. 84]. В роли главного психиатрического революционера Бинсвангер видит своего друга Фрейда, хотя в коперниканском величии все же ему отказывает: Фрейд лишь радикально преобразовал базисные идеализации психиатрии, оставив без изменения систему ее координат. Но и этого оказалось достаточным для возникновения психофизиологической трещины в фундаменте дисциплины.

Что же до философии, то в 20-е гг. XX в. Бинсвангер был совершенно поглощен идеями неокантианства и философии жизни¹. Однако позже, после выхода «Бытия и времени» Хайдеггера (1927), он обратился к более широкому «философскому горизонту», включавшему феноменологию Э. Гуссерля и критическую философию И. Кан-

¹ Любопытным свидетельством тому служит разговор с Фрейдом, состоявшийся в 1927 г. и пересказанный Бинсвангером в одной из работ. Обсуждая причины упорства, с которым больные неврозом навязчивости противятся психоаналитическому инсай-

та. Под влиянием этих мыслителей и сложилась его стержневая методологическая установка – *наука не способна достичь самопонимания без помощи философии.*

Условием существования любой научной дисциплины является некоторая совокупность базисных онтологических допущений, способов доказательства и обоснования, принципов классификации и т.п. Поскольку наука нацелена на изучение своего специфического предмета, этот концептуальный фон остается вне поля ее зрения, точнее принимается в качестве само собой разумеющейся предпосылки. Такая некритичность вполне допустима, пока дисциплина функционирует без сбоев. Однако дело коренным образом меняется во время кризиса, когда, например, в рамках одной науки возникают альтернативные и равно обоснованные системы базисных идеализации, как это произошло в психиатрии первой половины XX в. Тогда априорные предпосылки науки проблематизируются и перемещаются с периферии в центр ее внимания.

Тем не менее, подчеркивает Бинсвангер, даже перед лицом насущной жизненной потребности ни одна наука

ту, Бинсвангер предположил, что их противодействие является следствием «отсутствия духа», или «неспособности... подняться до уровня «духовного общения» с врачом» [16, с. 53]. Он был так увлечен своей идеей, что не заметил иронии в ответной ремарке Фрейда: «Да, дух – это все», и, несмотря на последовавшее за ней терпеливое разъяснение: «Человечество всегда знало, что обладает духом; я должен был показать ему, что существуют еще и инстинкты» и т.д., продолжал с воодушевлением рассуждать о присущей человеку религиозности, отношении «я-ты» и т.п. «Но я зашел слишком далеко и почувствовал, что здесь наши взгляды расходятся. «Религия берет начало в беспомощности и тревоге детства и юности. И не иначе», – резко возразил Фрейд. С этими словами он подошел к своему письменному столу и сказал: «Пришло время показать вам кое-что». Он положил передо мной законченную рукопись, озаглавленную «Будущее одной иллюзии», и взглянул на меня с улыбкой, таящей вопрос. Из общей направленности

нашей беседы я легко догадался, что означает заглавие рукописи. Пришло время уходить. Фрейд провел меня до двери. И напоследок, тонко и слегка иронично улыбаясь, сказал: «Сожалею, что не могу удовлетворить ваши религиозные потребности» [там же, с. 54].

88

не может объяснить свою интерпретацию, используя собственные методы, просто потому, что последние для этого не предназначены. Любой специальный метод имеет в виду особенный предмет, а не себя самое в качестве предмета и уж тем более не тот способ, каким научная дисциплина превращает первоначально безразличное ей явление в *свой предмет*.

Между тем, с сократовых времен концептуальный горизонт знания, или в традиционной терминологии – предпосылки, формы и способы мышления, составляют предмет философии. Во всяком случае, Бинсвангер вслед за Кантом и Гуссерлем усматривает ее миссию именно в этой критической функции. Даже хайдеггеровская онтологическая терминология не в силах замаскировать его философские приоритеты: «...В то время как наука выдвигает вопросы, определяющие ее подход к существующему, философия формулирует вопрос относительно природы доказательства как основания и обоснования – то есть вопрос относительно функции, выполняемой трансценденцией как таковой, функции установления оснований. ... В такой и только в такой мере науку следует «соотнести» с философией; то есть постольку, поскольку самопонимание науки, рассматриваемое как артикуляция актуального запаса онтологического понимания, возможно лишь на основе философского, то есть онтологического понимания в целом» [там же, с. 81].

Поскольку психиатрия пребывает с начала XX в. в состоянии теоретической растерянности, не находя в себе самой достаточных оснований для выбора между двумя взаимоисключающими научными концепциями, она нуждается в помощи философии, или, если угодно, – в философотерапии. Так, предвосхищая наиболее плодотворные методологические идеи структурализма, Л. Бинсвангер доставил задачу критического анализа априорных предпосылок клинической психиатрии, или всего того, что, будучи неартикулированным в виду самоочевидности, предопределяет ее отношение к душевнобольному.

89

Итак, Великая хартия, или «картина мира», психиатрии сложилась во второй половине XIX столетия. Бинсвангер даже указывает точную дату и событие, ознаменовавшее ее рождение, – 1861, выход в свет *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* Гризингера. В этом сочинении был сформулирован основополагающий принцип клинической психиатрии, впоследствии принимавшийся без каких бы то ни было специальных обоснований, в качестве a priori. Его содержание таково: (1) *психическое является функциональным комплексом материального органа (организма) и, следовательно, «должно интерпретироваться учеными-естественниками»*

[там же, с. 57].

Главное здесь – не установление закономерной связи между определенной органической формой (мозгом, его морфологией, гистологией, биохимией, нервной системой или организмом в целом) и поведением человека, а утверждение физикалистского материализма. Вдохновленный идеями позитивизма и «светом эмпирической психологии», Гризингер лишь в общезначимой форме выразил *веру* в сводимость психических процессов, как нормальных, так и аномальных, к материальному субстрату человеческого тела. Эмпиризм, подчеркивал он, «вынужден терпеливо ждать того времени, когда вопросы, касающиеся связи между содержанием и формой психической жизни человека, станут, наконец, проблемами физиологии, а не метафизики» [там же, с. 58]. На фундаменте этой веры и было возведено здание клинической психиатрии.

Вариации понимания указанной функциональной связи в последующем развитии психиатрии не имеют существенного значения, поскольку не выходят ни за пределы принципа Гризингера, ни за рамки принятого на веру. Так, сам автор *Pathologie...* полагал, что умопомешательство является «симптомом-комплексом» аномальных церебральных состояний, Майнерт редуцировал его к патологии клеточной и волокнистой структуры мозга, Вернике стремился превратить психическое в объект невропатологии, Кальбаум, Крепелин и Блейлер расширили диапазон клинического интереса от отдельных органов до

90

организма в целом, новейшая биологическая психиатрия углубила его вплоть до генного и биохимического уровней. Однако все эти и подобные им концепции исходят из общей идеи: «*Nihil est in homine intellectus, quod non fuerit in homine natura*»².

Первое психиатрическое *a priori*, несомненно, уходит корнями в эмпиризм Дж. Локка и французский материализм XVIII в.³ Фактически возникновение клинической психиатрии во второй половине XIX в. стало отсроченным ответом на призыв П. Гольбаха: «Пусть физики, анатомы, врачи объединяют свои опыт и наблюдения и покажут нам, что следует думать о субстанции, которую хотели сделать непознаваемой» [58, с. 138].

Второе *a priori* специфицирует и генерализует первое одновременно: (2) *человек представляет собой homo natura, организм, взаимодействующий со средой, история которого исчерпывается биологическим природным развитием* [16, с. 25].

Хотя психиатрия и не утратила интереса к взаимосвязи структуры и функций мозга, все же с конца XIX в. преимущественно она сосредоточена на происходящем в организме в целом. В психическом расстройстве она усматривает проявление дезадаптации организма (часто отягощенное генетически неблагоприятными факторами) к внешней среде. Сущность человека при этом заключается в пространстве его тела, а вся совокупность

его отношений с другими людьми и миром редуцируется к биологическому понятию приспособления к среде. «Клиническая психиатрия, – пишет Бинсвангер, – теперь становится ответвлением общей и специализированной биологии, т.е. учением о целостной организменной функции» [там же, с. 65].

² «Нет ничего в разуме, чего не было бы в природе человека» (лат.)

³ Сравните, например, приведенные выше формулировки со следующим высказыванием П. Гольбаха: «... Душа составляет часть нашего тела, и ее можно отличать от него лишь в абстракции, ... она есть то же тело, только рассмотренное в отношении некоторых функций или способностей, которыми наделила человека особенная природа его организации» [58, с. 138].

91

Результатом проекции «концептуального горизонта» биологии на человека в целом и стала идея *homo natura*, или убеждение, что все жизненные проявления человека определяются «естеством» его организма. Последнее понимается и как наличие в человеке врожденных биологических детерминант (генетической предрасположенности, «инстинктов», типа телосложения и т.п.), и как подчинение его индивидуальной судьбы общему закону природы. Попадая в предметное поле клинической психиатрии, личная история индивида трансформируется в жизненный цикл развития, что, в частности, наглядно проявляется в классификациях душевных расстройств, выделяющих «детские» и «старческие» психозы, «парафрению подросткового возраста», «дегенеративные заболевания» и т.п.

Третье *apriori* гласит: (3) *безумие – это болезнь, биологическая аномалия, подлежащая устранению, поскольку она причиняет человеку (физические) страдания или угрожает его жизни.*

Заимствуя свои важнейшие принципы из биологии, психиатрия, тем не менее, является разделом медицины, которую отличает совершенно произвольное с биологической точки зрения предпочтение одного вида организма – человека. Поддержание здоровья этого привилегированного организма и максимальное продление его жизни – таковы цели медицины вообще и психиатрии в частности. «Здоровье и болезнь – это системы ценностей, объекты суждений, основанных на биологической цели» [там же, с. 254].

Душевные болезни представляют собой *разновидность* болезней вообще как аномалий человеческого организма. Поэтому они *также* имеют «естественные», т.е. биологические, причины – нарушение функционирования мозга, жизненного цикла развития, биохимических процессов и т.п. Как и любая другая болезнь, безумие выражается в определенных симптомах, которые детально описываются и классифицируются в психиатрических систематиках. Кроме того, поскольку речь идет о *болезнях*, психические аномалии само собой разумеющимся образом входят в

компетенцию врача, а не психолога, педагога, юриста или философа.

В-четвертых, (4) *поведение человека является производной его органического существования, а девиантное поведение, в том числе преступное и безнравственное, – симптомом психической патологии.*

В «физиологической» психиатрии XIX в. это а priori выражалось в прямых констатациях причинно-следственной связи между мозгом и поведением. Скажем, лобные доли рассматривались в качестве «мастерских добра», определенные кортикальные клетки наделялись свойством одухотворенности и т.п. [там же, с. 62].

После «биологического поворота» поведение начали интерпретировать *также* в терминах адаптации-дезадаптации организма к условиям среды. Целесообразность, разумность человеческого поведения, с этой точки зрения, представляют собой лишь высшую форму органической приспособляемости. «Ощущение, чувство, образ, мысль, умозаключение – одним словом *психизм* в целом теперь занимает свое место наряду с *химизмом, физикой и механикой* организма» [там же, с. 65].

Соответственно нарушение *психизма* обуславливает дезадаптивное, или, попросту, отклоняющееся от нормы, поведение. И наоборот: преступное, безнравственное, асоциальное, необычное поведение представляет собой *симптом* психического расстройства, заболевания организма. Подобные симптомы необходимо устранять, прежде всего потому, что они угрожают жизни данного организма. Поскольку функция психической адаптации расстроена, и индивид не осознает опасности своей болезни, вполне уместно проведение терапевтических мероприятий в недобровольном порядке.

Наконец, согласно пятому а priori, (5) *душевно больной представляет собой объект естественнонаучного изучения и излечения. Безумие влечет за собой утрату способности (в полной мере) отвечать за свои действия. Ответственность за поведение пациента несет врач.*

Следствием «редукции человека к его телесному существованию», выдающей себя за последнее слово науки,

93

является «дальнейшее сведение этого телесного существования к просто нейтрально присутствующему, «ничейному» объекту» [там же, с. 89]. Объективация человека закрепляется в дисциплинарном языке медицинской психиатрии, приспособленном к описанию разнообразных функциональных связей организма, но совершенно негодном для выражения целостного существования личности. «Сейчас эта деперсонализация зашла настолько далеко, что психиатр... уже не может просто произнести: "хочу", "вы хотите" или "он хочет"... Вместо этого теоретические положения вынуждают его говорить: "этого хочет *мое (ваши или его) эго*"» [там же, с. 60].

В отличие от нормального человека душевнобольной оказывается

объектом не только изучения, но и излечения. «Картина мира» биологической психиатрии не предусматривает учета мнения, желания, чувств и т.п. пациента, а значит, не предполагает в нем *свободы воли*. Этим душевнобольной освобождается от ответственности за совершенные им преступления. Вместе с тем, приобретая в результате психиатрического освидетельствования статус *объекта излечения*, он лишается основных прав человека. Теперь он – больной организм, его поведение рассматривается сквозь призму психиатрической симптоматики. Только врач (а не правовед, психолог, социолог и, *естественно*, не сам пациент) имеет право устанавливать степень нормальности поведения, а значит, и вменяемости, дееспособности, опасности для общества психически больного человека.

* * *

Таковы главные а priori клинической психиатрии, до сих пор определяющие не только ее дисциплинарное мышление, но и законодательство в этой области, а также отношение общества к безумию и его врачевателям.

Во второй половине XX в. в рамках широкого научного и общественного движения антипсихиатрии каждое из указанных а priori, равно как и диагностические принципы, терапевтические методы и правовая основа психиатрии, были подвергнуты жесткой критике. В результате

94

было выдвинуто множество доводов, изобличающих бездоказательность, произвольность, ложность практически всех психиатрических постулатов. Наряду с обвинительной в антипсихиатрии доминирует «просветительски-рационалистическая» тональность: если Дж. Фрэнгер видел в мифе лишь «губительное заблуждение», то многие современные его последователи не усматривают в психиатрии ничего, кроме мифа во фрэнгеровском смысле. «Когда мы не понимаем действительных причин, – пишет Л. Стивенс, – мы создаем объясняющие мифы. В прошлом для объяснения «странного» поведения использовали мифы о злых духах или одержимости демонами. Сегодня большинство из нас верит в миф о психической болезни. Вера в существование мифических существ таких, как злые духи или демоны, дает иллюзию понимания, кроме того, верить в миф гораздо удобнее, чем признаться в собственном невежестве» [172].

Позиция Бинсвангера гораздо более взвешена и эвристична: ни в чем, не обвиняя клиническую психиатрию, он вместе с тем далек от того, чтобы считать ее просто одним из «современных мифов». Биологическая психиатрия – не миф, а закономерный итог определенной тенденции развития научного знания в XIX–XX вв., а именно, – позитивизма. Время дисциплинарного оформления психиатрии совпало с пиком влияния позитивизма, объявлявшего бездоказательной метафизикой все, что не сво-

димом к чувственно данному («факту»). Нет ничего удивительного в том, что, стремясь стать научной, психиатрия избрала в качестве концептуального фундамента биологию – науку о *чувственно данных* организмах. Вполне понятный и в то же время ошибочный, тупиковый выбор. Ошибочный, потому что «человек – это нечто большее, чем жизнь» [16, с. 65], большее, чем «физикопсиходуховное единство» организма [там же, с. 84]. Сущность человека выходит за пределы его телесности в созданный им совместно с другими людьми мир, она – не внутри (черепной коробки, нервной системы, биохимических процессов, ДНК), а «вокруг» него. Соответственно его мышление, чувства, и поведение – это не органические функции

95

приспособления к среде, подобные пищеварению, а производные конкретной и целостной системы отношений человека с другими людьми, складывающейся в ходе и по поводу их совместного бытия в мире. Поэтому объяснять отклоняющиеся от нормы мышление, чувства, поведения так же, как расстройство пищеварения, в медицинских терминах «болезни», «симптома», «патологии» ошибочно: они включены в другую – небиологическую – систему причинности. На языке философии М. Хайдеггера, который использует Л. Бинсвангер, это звучит так: «*Dasein*, хотя и существует, по сути, ради себя самого (*unwillen seiner*), тем не менее, отнюдь не само полагает основания своего *бытия*. Кроме того, как только творение «вступает в существование», оно есть и остается *заброшенным*, детерминированным, то есть включенным, принадлежащим и подчиненным бытийно сущим вообще. Вследствие этого оно не «полностью свободно» и в своем видении мироустройства. Здесь «бессилие» *Dasein* проявляется в том, что некоторые из его возможностей бытия-в-мире *исключаются* по причине взаимосвязанности обязательствами с другими бытийно сущими, по причине его фактичности. Но именно такое исключение придает *Dasein силу*; ибо именно это, прежде всего, предопределяет для *Dasein* «реальные» осуществимые возможности, предполагаемые мироустройством» [там же, с. 85].

Биологический редукционизм – тупиковый путь развития психиатрии, поскольку он ведет к неразрешимому в ее системе отсчета противоречию. Противоречие это есть не что иное, как психофизиологическая проблема: наряду с телесной субстанцией клиническая психиатрия вынуждена полагать *также* субстанцию души или духа. Несмотря на декларацию функциональной зависимости сознания от тела, в действительности в своих обширных классификациях она описывает два *параллельных* ряда симптомов – душевные («аномальные» мышление, эмоции, поведение) и телесные (отек мозга, парез, кататония и т.п.), утверждая, что «в *обоих* случаях нарушается нормальная *связь* между телом и рассудком (*koinonia*)» [там же, с. 91]. Таким образом, «душа понимается как нечто нейтрально

96

существующее (vorhanden) в теле или с телом» [там же, с. 84]. Дихотомия «духа и материи» проходит через всю историю психиатрии и, в конце концов, раскалывает единую дисциплину на «объясняющую» и «понимающую» (verstehende) половинки. Понимающая психология представляет собой, подчеркивает Бинсвангер, не преодоление биологической психиатрии, а ее «свое-иное», противоположность. Обе они – лишь равно ограниченные «тематизации» человека. Разрешение психофизиологической проблемы, а, следовательно, и – дисциплинарного кризиса психиатрии предполагает переход к другой системе базисных идеализации, к другой логике, отправляющейся от конкретной целостности (to Holon) человеческого существования, к которой и «физиология» человека, и его «разумность» относятся как абстрактные моменты. Это означает, что *место в основании психиатрии, которое в XIX – начале XX в.в. занимала биология, по праву принадлежит философии*. Но отнюдь не в неокантианском смысле. Вспомним, миссию философии Бинсвангер усматривал не столько в установлении оснований, сколько в критическом их пересмотре. В данном случае речь идет о критическом анализе самого понятия человека посредством диалектического метода. Поскольку Бинсвангер, как и многие его современники, открыл этот метод благодаря М. Хайдеггеру, именно в экзистенциальной антропологии последнего он видит идеальный «концептуальный горизонт» психиатрии. Но то, что *par excellence* привлекает Бинсвангера в философии Хайдеггера далеко выходит за ее рамки. Биологическому редукционизму, пишет он, «противостоят пробные попытки антропологических исследований в психиатрии, где человек не классифицируется по категориям (естественнонаучным или каким-либо иным), а понимается, исходя из перспективы его собственного – человеческого – бытия... Здесь психическое заболевание не объясняется с точки зрения нарушений либо *функции* мозга, либо биологической *функции* организма и не понимается в соотнесении с *жизненным циклом развития*. Оно описывается, скорее, в его связи со способом и образом конкретного бытия-в-мире» [там же, с. 65–66].

97

Противоположность концептуальных установок двух направлений психиатрии отображена в приведенной ниже таблице.

Клиническая психиатрия	Антропологическая психиатрия
1. Сознание – функция материального органа (организма) и должно изучаться учеными-естественниками (биологами, врачами).	1. Сознание – функция системы отношений человека с другими людьми и с миром в целом, предмет гуманитарных наук

2. Человек представляет собой организм, взаимодействующий со средой; его история конгруэнтна биологическому развитию.	2. Человек – это нечто большее, чем «физикопсиходуховное единство организма»; он есть целостное бытие, бытие-в-мире.
3. Безумие – болезнь, биологическая аномалия, угрожающая жизни человека и подлежащая излечению.	3. Безумие – изымается из контекста чисто «естественного», либо чисто «психического» и объясняется в его связи со способом и образом конкретного бытия в мире
4. Поведение человека является производной его органического существования, а девиантное поведение – симптомом психической патологии	4. Поведение человека, в том числе аномальное, производно от его совместного с другими людьми бытия в мире
5. Душевнобольной – объект изучения и излечения. Безумие обуславливает утрату человеком способности отвечать за свои поступки.	5. Душевнобольные страдают от тех же комплексов, что и мы, движутся в тех же пространственно-временных координатах, хотя иными способами и путями.

Итак, Л. Бинсвангер показал, что концепция «душевной болезни» клинической психиатрии покоится на априорных постулатах, редуccionистской логике и противоречии психофизиологического дуализма.

2.2. Противоречия концепции «душевной болезни»

Одним из реальных дел постмодернизма стало внедрение в сознание просвещенной публики *категорического*

98

императива толерантности. Постмодернизм, пишет, например, Р. Тарнас, «признает, что человеческое знание обусловлено множеством субъективных факторов, что объективные сущности, или вещи-в-себе, непостижимы и невыразимы, что все истины и убеждения подлежат постоянной переоценке. Критический поиск истины *вынужден быть терпимым к двусмысленности и плюрализму*, а его результатом с необходимостью станет *относительное и опровержимое, а не абсолютное и надежное знание*» (курсив мой. – Е.Р) [302, с. 396]. Дисциплинарная «двусмысленность» психиатрии, с этой точки зрения, – свидетельство не кризиса, а скорее, процветания: чем больше концептуальных «перспектив», тем «многостороннее» знание. Что же касается выбора одной из них, то это дело вкуса – индивидуального исследователя или целой научной школы. А о вкусах, как известно, не спорят...

Нет, проблема основоположений психиатрии и шире – способа осмысления человека – вовсе не вопрос вкуса, что бы ни декларировал на сей

счет модный релятивизм. Ниже будет показано, что неизбежным следствием психиатрической концепции «душевной болезни» являются противоречия, разрешить которые можно лишь, выйдя за пределы биологической системы базисных идеализации. Предметом нашего анализа станут психиатрические аргументы в фундаментальной коллективной монографии «Клиническая психиатрия» (Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1960; М., 1967), отразившей знания, верования и опыт лучших европейских врачей. Помимо дисциплинарной безупречности и энциклопедичности указанное издание обладает двумя важными для нас достоинствами: с одной стороны, оно воспроизводит теоретическую ситуацию в психиатрии первой половины XX в., ставшую предметом критической рефлексии Л. Бинсвангера, а с другой – представленные в нем гипотезы, объяснительные схемы, логика осмысления «психических расстройств» являются классикой медицинской психиатрии, безраздельно господствующей в ней и в наши дни ⁴.

⁴ Анализ теоретических основ новейшей психиатрии читатель найдет, например, в статье Э. Вагнер: «Психотерапия как наука, отличная от медицины» [30].

Обсуждая психопатологию маниакально-депрессивных расстройств, известный немецкий психиатр К. Конрад обращает внимание на недоразумение, тем более досадное, что его разделяют помимо дилетантов некоторые его коллеги. Дело в том, что детальная классификация циклотимных психозов, основу которой заложил еще Э. Крепелин, по существу представляет собой *описание определенных эмоциональных состояний и поведенческих реакций*. Например, в качестве специфического симптома депрессии рассматривается тревога, или «витальная тоска»: больные чувствуют себя «павшими духом, жалкими, слабодушными», ощущают приближение смерти, тоску, страх перед чем-то неотвратимым и непоправимым; «иные жалуются на тревожное состояние, «словно при нечистой совести», которая не дает уснуть; для некоторых все утратило всякий смысл и всякую ценность» [88, с. 259]. Такая понятная, узнаваемая и вызывающая сочувствие картина «экзистенциального» кризиса, побуждает многих приравнивать депрессивное состояние к «печальному настроению здорового человека» [там же, с. 25]. Вот в этом-то и заключается ошибка, от которой предостерегает доктор Конрад коллег: «Единственно, что позволяет называть их (пациентов. – Е.Р.) так (нормальными. – Е.Р.), это чисто внешнее сходство их вида с выражением печали у здоровых людей» [там же]. В отличие от тоски, печали, уныния и подобных нормальных человеческих чувств депрессия является болезнью, т.е. биологической аномалией. Поэтому переживающей ее человек нуждается не в сочувствии, а в лечении, оказать которое способен лишь врач.

Однако на чем основывается уверенность самого доктора Конрада? Что заставляет его усматривать в вышеописанных состояниях не крайнюю (парадоксальную и т.д.) эмоциональную реакцию на сложную жизненную ситуацию, свидетельствующую, скажем, о неумении индивида справиться с

ней, а непременно «*органический синдромом*» [там же]?

Наряду с шизофренией клиническая психиатрия относит маниакально-депрессивные расстройства к так назы-

100

ваемым эндогенным психозам. В отличие от экзогенных (токсических, травматических, например) они трактуются как следствие «внутренней биологической предрасположенности» организма. Иногда делаются оговорки относительно «внешних условий», которые способствуют проявлению болезни, служат, так сказать, пусковым механизмом. По поводу подобных оговорок Гегель как-то заметил, что, если делающие их не в состоянии объяснить, какие именно условия «среды», каким образом и при каких обстоятельствах вызывают данное следствие, то рассуждения их есть не что иное, как пустая софистика. Посему, за вычетом софистики, причиной эндогенных психозов психиатры считают органические аномалии. Какие же? Увы, этого они не знают в наши дни так же, как и во времена Гризингера, Крепелина и Блейлера. Боннский коллега К. Конрада Х.-Й. Вайтбрехт⁵ пишет в связи с этим, что большинство психиатров продолжает искать причины маниакально-депрессивных психозов в каком-то еще не известном соматическом заболевании. «Однако ни патологическая гистология, ни патофизиология до настоящего времени не в состоянии подвести базу под эту гипотезу, как и под аналогичную гипотезу в отношении шизофрении. Петере говорит о том, что у маниакально-депрессивного психоза нет анатомии, а Рибелинг констатирует, что до сих пор все еще нет лабораторных данных, которые можно было бы использовать для диагноза того

⁵ Статья Х.-Й. Вайтбрехта «Депрессивные и маниакальные эндогенные психозы» помещена в том же издании, что и статья К.Конрада, и отражает, таким образом, ситуацию в психиатрии середины XX в. Она важна для нас постольку, поскольку позволяет выяснить, что д-р Конрад мог достоверно знать о причинах эндогенных психозов. Впрочем, и вторая половина столетия не внесла ясности в проблему патогенеза этих психозов. «Вопрос о биологии душевных расстройств остается открытым. Фактически перед исследователями по-прежнему стоит задача выяснения конкретных биологических причин каждого из этих расстройств. Душевные болезни классифицируются симптоматически, поскольку до сих пор для них не существует ни биологических критериев, ни лабораторных тестов» – такой вердикт вынесла в 1992 году группа специалистов, собранных Бюро технологической экспертизы Конгресса США [цит. по: 172].

101

или иного эндогенного психоза. Огромное количество единичных наблюдений не удастся свести в какую-либо общую картину. ...Поэтому в определении понятия эндогенных психозов психиатрии приходится ориентироваться на психопатологию» [там же, с. 59] – т.е. *на описание и классификацию отклоняющихся от нормы эмоциональных и поведенческих*

реакций пациентов.

Наряду с классическими гипотезами патологии мозга⁶ или физиологических дефектов всего организма, в качестве причин эндогенных психозов психиатрия XX в. выдвигает и более утонченные предположения. Есть среди них совершенно экзотические, как, например, идея отечественных врачей В.П. Протопопова и А.С. Чистовича о вирусно-стрептококковой, т.е. инфекционной, природе шизофрении или сходная с ней «теория» кишечной интоксикации Бускаино (Buscaino). И все же превалируют апелля-

⁶ Например, О. и К. Фогты пытались объяснить шизофрению дегенерацией ганглиозных клеток в *thalamus, pallidum* и *striatum*. Однако их усилия были сведены на нет возражениями Грюенталя и Хейка, указавшими, что выводы Фогтов основывались на «материале, претерпевшем посмертные изменения» [88, с. 17]. Вживив на несколько месяцев электроды в мозг больных шизофренией, Хит (Heath) обнаружил, что «в определенных базальных участках лобной доли мозга наблюдаются отклоняющиеся от нормы кривые» [там же]. Фундаментальный методологический дефект, обесценивающий результаты этого и подобных ему экспериментов заключается в отсутствии контрольной группы. Вопрос «каковы были бы биоэлектрические показатели у здоровых людей после многомесячного вживления в их мозг электродов» остается без ответа, замечает в этой связи Я. Вирх [там же, с. 17– 18]. Однако гораздо более важен гуманитарный и юридический дефект этого исследования: ответа на вопрос д-ра Вирха нет потому, что вживление в мозг человека электродов справедливо считается в цивилизованных странах преступлением, во всяком случае, медицинские эксперименты такого рода, проводившиеся в нацистских концентрационных лагерях, были квалифицированы международным сообществом как преступление против человечности. Тот факт, что больных шизофренией подвергают таким экспериментам открыто – их результаты публикуют в научных изданиях, – лишний раз свидетельствует о том, что психиатрические пациенты рассматриваются как отклонение от нормы человечности, т.е. как не(вполне)люди, несмотря на многочисленные заявления об обратном.

ции к генетическим и биохимическим процессам. Что касается первых, то обычно ссылаются на частые случаи заболеваний эндогенными психозами в одной семье, которые якобы неоспоримо доказывают их генетическую обусловленность. Однако если принять во внимание исключительно симптоматическую, т.е. опирающуюся на описание аномальных аффективных и поведенческих реакций пациентов, диагностику этих расстройств, то возникают серьезные сомнения в доказательности генетически-психиатрической экспертизы. «Насколько трудно переносить наследственно-биологические понятия из области соматической в психиатрию, показывает уже многозначность основного понятия учения о наследственности – фенотипа. То фенотипом объявлялась лабильность настроения, то его искали не в психозе, а в гипотетическом соматозе» [там же, с. 88] – пишет Х. Вайтбрехт. Так как же могут звучать вопросы эксперта, полагающегося не на гипотезы, а на достоверные признаки маниакально-депрессивного расстройства? Кто из ваших родственников испытывал «тревожное состояние, словно при нечистой совести, которая не дает

уснуть», чувствовал, что «все утратило всякий смысл и всякую ценность», подумывал о самоубийстве или испытывал «приступы беспричинного счастья»? Интересно, есть хотя бы одна семья в целом мире, которая при честных и откровенных ответах на вопросы такого рода оказалась бы неотягощенной тяжелой психопатологической наследственностью? Но даже, если отвлечься от подобных сомнений и согласиться с результатами генетического обследования психотиков, разве не обесценивает их тот признаваемый психиатрами факт, что наследование психических расстройств не подчиняется известным генетическим законам? «Не удивительно... – замечает швейцарский психиатр Я. Вирх, – что прекратились уже поиски правил наследования, поскольку принятие полимерной наследственности удовлетворяет также мало, как и простое менделевское расщепление» [там же, с. 16]. Удивительно то, что несколькими строками выше тот же Вирх пишет о неоспоримости генетической обусловленности эндогенных психозов...

103

Исследования биохимических аномалий (нарушений обменных, гормональных и нейробиологических процессов), сопутствующих эндогенным психозам также велись достаточно интенсивно. Правда, приоритет в первой половине XX в. отдавался шизофрении и гениальной (соматически необусловленной) эпилепсии ввиду выраженности при этих расстройствах телесных симптомов (кататонии, ступора, судорожных припадков и др.). Было обнаружено множество различных аномалий, сопровождающих психические расстройства. Тем не менее причинно-следственную зависимость между ними выявить так и не удалось: во-первых, ни одна из этих аномалий не сопутствует определенному расстройству постоянно и обратимо, а, во-вторых, сопровождают они телесно выраженные симптомы, а не то, что в психиатрии именуется «изменением характера и личности» и конституирует картину «душевной болезни». Замечание Я. Вирха о концепции Гьессинга, считавшего причиной шизофренической кататонии раздражение диэнцефальных вегетативных центров продуктами распада белков крови или печени, указывает на типичные дефекты биохимических исследований психических расстройств: «Остается... непонятным, почему в одних случаях кататонические фазы сопровождаются ступором, а в других – возбуждением, почему в случае ступора у одного больного наблюдаются бредовые идеи, у другого – страх, у третьего – чувство блаженства, а у четвертого – смена всех этих состояний. Тем более остается необъясненной сама шизофрения как таковая» [там же, с. 14].

Итак, в распоряжении д-ра Конрада, укорявшего коллег в смешении феноменологии депрессивных состояний с чувствами нормальных людей, не было никаких сколько-нибудь надежных доказательств обусловленности этих состояний органическими аномалиями. Отсутствие таких доказательств было в середине XX в., как, впрочем, и в наши дни, общепризнанным

фактом. Зная это, К. Конрад, тем не менее, писал: «Мы же убеждены, что в основе истинного депрессивного или маниакального психоза *должно* лежать структурное изменение, природа которого

104

сводится в конечном счете к функциональному изменению субстрата...» (курсив мой. – Е.Р.) [там же, с. 259]. Стало быть, единственным основанием утверждений д-ра Конрада была *вера* в то, что чувства человека представляют собой функцию его организма.

То же а priori обнаруживается в интерпретациях отклоняющихся от нормы мышления, поведения и даже характера. Хотя этиология детского слабоумия (*dementia infantis*) не выяснена, д-р Г. Штутте выражает уверенность в том, что «в основе заболевания лежит органический церебральный процесс, о природе которого ничего достоверно не известно» [там же, с. 737]. Несмотря на отсутствие какой бы то ни было ясности⁷ в вопросе о патогенезе эпилептических припадков, именно в патологических изменениях, вызванных эпилепсией, Г. Шорш видит причину таких черт характера, как «эгоцентризм, неизменная уверенность в своей правоте, властолюбие и честолюбие, повышенная впечатлительность и раздражительность, мстительность и агрессивность,... преувеличенная забота о своем здоровье и вообще о личном благополу-

⁷ Генуинная, эндогенная, или идиопатическая эпилепсия определяется психиатрами как эпилепсия, причины которой неизвестны. Многолетние исследования в этой области так и не смогли установить ни специфическую локализацию судорожных припадков (задействованы практически все отделы мозга), ни порядок наследования, ни причинно-следственную связь между биохимическими процессами, патологическими изменениями мозга и судорожными припадками [88, с. 470-489]. Симптоматическая же, или экзогенная, эпилепсия называется так потому, что припадкам предшествуют инфекционные, травматические или органические поражения мозга, «хотя им и нельзя приписывать значения причины» [там же, с. 453]. Припадки фиксировались после черепно-мозговых травм, сосудистых заболеваний, расстройств кровообращения, опухолей, кори, скарлатины, дифтерита, коклюша, родовых травм, желтухи, отравлений и т.д. Однако «весьма близкие по виду и локализации мозговые заболевания у одних людей вызывают припадки, а у других – нет» [там же, с. 455]. Поэтому, чтобы избежать обвинения в ошибке умозаключения, известной в логике, как *post hoc ergo propter hoc*, психиатры выдвинули предположение о существовании особой «судорожной готовности», которая, оставаясь неизвестным фактором X, объясняет наступление заболевания [там же, с. 496-500].

105

чи... своенравие, упрямство, безапелляционность, строптивость и сварливость» [там же, с. 448].

Оборотная сторона этого а priori, а именно убеждение, что *органические аномалии обуславливают патологические чувства, мышление и поведение*, также принимается биологической психиатрией в качестве само-собой-разумеющегося. Скажем, преждевременное половое созревание

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

106

В рассуждениях Штутте обнаруживается и еще одно стержневое психиатрическое а priori, согласно которому личная история человека представляет собой индивидуальное проявление всеобщих биологических законов жизненного цикла организма. Базируется оно, главным образом, на «биогенетическом законе» Э. Геккеля, утверждающем, что онтогенетическое развитие воспроизводит в филогенетическую историю человечества так же, как физиологическое развитие плода проходит стадии, соответствующие взрослым формам наших эволюционных предков. Геккель обосновывал свой «закон» ламарковской теорией избирательного наследования приобретенных свойств. Большинство биологов, включая Дарвина, отнесли к «биогенетическому закону» скептически, указывая, в частности, на то, что «если предположить, что резюмируются взрослые формы предшествующих эволюционных ступеней, то эволюция представляла бы собой последовательную прогрессию, каждая ступень развития просто добавлялась бы к предыдущей». Если бы это было так, «мы буквально несли в себе эволюционную историю всего мира» [287, с. 132]. Несмотря на критику со стороны биологов, филогенетическая теория Геккеля получила широкое распространение. Даже после переоткрытия менделевских законов

наследственности в 1900 году, опрокинувших всякое научное подтверждение теорий онтогенетической рекапитуляции взрослых форм и ламарковского наследования приобретенных качеств, идея рекапитуляции все еще оказывала сильное влияние на концепции детского развития, криминальной антропологии, расизма и бессознательного [там же, с. 133].

В биологической психиатрии филогенетическая теория, а точнее вытекающее из нее утверждение закономерной последовательности определенных фаз развития организма с характерными для каждой из них показателями «нормы», до сих пор обуславливает понимание и диагностику душевных болезней. Причем, как и в предыдущих случаях, никаких специальных доказательств «биогенетического закона» не приводится, дело ограничивается апелляциями к очевидности, например, «эволюционно-фазовых

107

детерминант поведенческих аномалий у детей» [88, с. 712]. Только разделив вместе с психиатрами веру в истинность опровергнутой биологами филогенетической теории, можно взять в толк, почему не только задержки, но и преждевременное развитие речи [там же, с. 717], «ускоренное духовно-нравственное созревание» [там же, с. 710], «скороспелость интересов и дарований» [там же, с. 711] рассматриваются психиатрией в качестве душевных расстройств, «выражений сложного центрального дефекта личности», а то и симптомов «раннего аутизма и аутистической психопатии» [там же].

* * *

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

Описывая симптоматику моторной формы афазии, при которой дети понимают обращенную к ним речь, общаются с окружающими с помощью мимики, жестикуляции, но не обнаруживают ни малейшего стремления говорить, Г. Штутте предполагает вслед за Вернике, что она вызвана нарушениями речедвигательного центра или пренатальным повреждением головного мозга, т.е. органическими аномалиями. Но, когда речь заходит о терапии моторной афазии, он рекомендует «совершенствовать речевую активность с помощью упражнений на жужжание, пение и ритм» [там же, с. 714]. Одно из двух: либо имеет место повреждение головного мозга, биологический дефект, без ликвидации которого ребенок обречен на психическую неполноценность, либо афазия устраняется тем, что Л.С. Вы-

готский вслед за В. Элиасбергом называл *искусственными психологическими орудиями* (жужжанием, пением и другими формами межличностного взаимодействия), – «особыми культурными орудиями, приспособленными к психологической структуре такого ребенка» или «особы-

108

ми педагогическими приемами, позволяющими ему овладевать общими культурными формами» [41, с. 28]. В последнем случае предметом коррекции (а значит и источником психического расстройства) является не биологический дефект – даже, если он наличествует, а его социальные следствия – аномалии «неорганического тела» индивида, или «расстройство» его отношений с другими людьми и окружающим миром.

Не артикулируя данное противоречие, Г. Штутте разрешает его *практически*, используя в своей «терапии» социокультурные средства. И всякий раз, когда ему удастся научить афазика говорить – не важно при помощи звуковой речи, или языка жестов глухонемых, – он эмпирически доказывает истинность психогенетического закона Л.С. Выготского, согласно которому все высшие психические функции формируются только в ходе овладения «культурно-психологическими орудиями, созданными человечеством в процессе исторического развития и аналогичными по психологической природе языку» [там же, с. 25], т.е. являются функциями *социальными*, а не биологическими.

К психогенетическому закону Л.С. Выготского и его применению в дефектологии мы обратимся позже, теперь же вернемся к анализу противоречий клинической психиатрии. Осознаются эти последние, как правило, в случаях максимального приближения психического расстройства к норме, социальной или биологической. Одним из таких «расстройств» является старость, или «психическое старение», которое выделяется в клинической психиатрии в особый нозологический раздел. Патогенетические гипотезы психиатрии сениума аналогичны общепсихиатрическим: причины «старческого слабоумия», «сенильных психозов», снижения памяти, «патологических» изменений характера и личности пожилых людей, усматриваются в наследственной и конституционной предрасположенности, биохимических сдвигах, атрофии головного мозга и т.п. Но есть и отличительный признак – роль пускового механизма всех названных патологий отводится «инволюционным процессам организма», т.е. собственно старе-

109

нию. Однако в отличие от шизофрении, эпилепсии, энцефалита и т.п., старость ожидает каждого человека, и встреча с ней тем более вероятна, чем более здоровым с медицинской точки зрения он является. Значит, если верно, что душевные процессы представляют собой органические функции, то психическая деградация в старости с сопутствующими ей социальными и

юридическими следствиями, о которых речь пойдет в следующем параграфе, неизбежна для всех пожилых людей, включая геронтологов от психиатрии. Вот тут-то концепция «душевной болезни» и дает сбой⁸.

Психиатрия сениума демонстрирует поразительную отзывчивость к социально-психологическим концепциям. Живейший отклик находит в ней, например, учение о компенсации А. Адлера, согласно которому органический или психологический дефект не только не предопределяют патологическое, регрессивное и т.п. развитие личности, но напротив, могут стать мощным стимулом ее совершенствования, и, следовательно, «в одних и тех же (биологических. – Е. Р.) фактах можно усматривать как ущерб, так и выигрыш» [88, с. 784]. Невосприимчивость пожилых людей к новым идеям компенсируется «долговечностью и прочностью навыков, спокойной рассудительностью, способной создавать произведения искусства», – пишет Груле. «Наряду с убыванием механической памяти сохраняется память систематическая, т.е. способность группировать, упорядочивать и сравнивать», – подчеркивает Матцдорф [там же]. «Способности угасают, и их за-

⁸ «За последние 25 лет, – пишет Г. Руффин, – наблюдаются значительные перемены в методах исследования психического старения. Это связано отчасти с тем, что «проблема старости» (или даже страх перед стоящей вершиной вниз пирамидой увеличения количества стариков цивилизованных народов) привела к бурному развитию самых разнообразных как научных, так и ненаучных (читай: психологических, антропологических и философских. – Е.Р.) высказываний по этому вопросу. Основная тенденция многих таких высказываний состоит в том, чтобы, если так можно выразиться, «прославить очарование преклонного возраста», а там, где этого очарования нет, возложить всю ответственность за это на неправильность социальной политики или вообще на бесчеловечный образ мыслей общества» [88; с. 783].

меняют обширные богатства накопленного опыта. Сдержанность, житейская упорядоченность, самообладание придают духовному существованию оттенок чего-то приглушенного, незыблемого», – пишет Ясперс [там же]. «Когда мышление утрачивает элемент наглядности, все большее значение приобретает логическое начало, которому уже не угрожает избыток текущих переживаний», – отмечают Ланге и Шульте [там же].

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

Так, Г. Руффин отвергает типичное для клинической психиатрии заявление коллеги Обрехта о наследственной обусловленности («геном долголетия») психического здоровья и «счастливых особенностей характера»

в старости со следующим обоснованием: во-первых, он указывает на недостоверность генетической экспертизы («то память оказывается неточной, то чувство уважения или такта заставляет опрашиваемых кое-что скрывать» [там же, с. 786]), во-вторых, – на невозможность в каждом конкретном случае отделить первичные черты характера от приобретенных в ходе жизни и, в-третьих, – на отсутствие автоматической связи между теми или иными биологическими факторами и личностными особенностями человека («Необходимо принимать во внимание и весь путь, пройденный к старости и престарелости...» [там же, с. 787]). Ну, а отповедь Руффина сторонникам концепции мозговой инволюции могла бы стать украшением любого антипсихиатрического манифеста и, конечно, заслуживает полного воспроизведения:

«...Причины и основания, делающие возможными психические заболевания в старческом возрасте, выходят за пределы установленной старческой атрофии головного мозга. Возможно, что биохимические или даже электро-

111

микроскопические исследования приведут нас в этой области к каким-то новым открытиям, но позволят ли они провести ясную соматическую грань между инволюцией при нормальном старении и сенильными психозами, пока сказать невозможно. В соответствии с нынешним состоянием наших знаний мы можем лишь сказать, что *хотя связь между головным мозгом и психической деятельностью всегда имеется, эту связь не следует понимать слишком узко. Ослабление или перестройку психической деятельности в старости нужно рассматривать с точки зрения не только церебральной инволюции, но и всего человека как существа, подверженного историческому развитию*» (курсив мой. – Е.Р.) [там же, с. 794].

Нас могут упрекнуть в том, что, в процитированных высказываниях Ганса Руффина явно слышны отзвуки «феноменологической ереси» (что, впрочем, неудивительно, для высказываний *фрайбургского* психиатра), и это нарушает исходную установку на анализ *a priori* биологической психиатрии. Но биологическая ориентация в психиатрии вовсе не исключает ни увлечения философией (Дильтея, Гуссерля, Хайдеггера, Гадамера) ни стремления к пониманию «другой человеческой души»; она лишь требует «рассматривать предполагаемого пациента *также* как организм» [16, с. 82]. К тому же, разве не показательно, что столь солидное, консервативное и *строго научное* издание, как «Клиническая психиатрия», вышедшее под редакцией авторитетных европейских психиатров, допустило подобную ересь именно в разделе «Психиатрия сениума»? Кстати, К. Конрад, с воззрениями которого на психопатологию маниакально-депрессивных расстройств, мы познакомились выше, заявляет о своих симпатиях феноменологии гораздо более откровенно и решительно, чем Г. Руффин...

Итак, наш анализ позволяет сделать некоторые выводы.

1. Вопреки декларируемой доказательности и эмпирической обоснованности клинической психиатрии ее важнейшие теоретические воззрения на природу психических (дис-)функций человека базируются на *априорных* постулатах, т.е. представляют собой результат не столько на-

112

учного, сколько «донаучного или «наивного» способа трансцендентальной мотивации или обоснования» [16, с. 83].

2. Множественные противоречия и несоответствия отдельных нозологических концепций, равно как и неспособность клинической психиатрии в течение без малого полутора столетий решить задачу, поставленную перед ней Гризингером, а именно – *эмпирически* доказать физиологический характер связи между «содержанием и формой психической жизни человека» [там же, с. 58], свидетельствуют, причем в полном соответствии с позитивистским критерием научности, принятым на вооружение психиатрией, о *ложности ее исходной гипотезы*. Напомним, последняя заключается в утверждении производности высших психических функций (мышления, памяти, воображения, чувств и т.п.), личностных особенностей (характера, нравственных убеждений и т.п.), индивидуального развития человека от его органического существования. Это априорное утверждение клиническая психиатрия делает преимущественно в негативной форме – в отношении психических аномалий, но сути дела это не меняет – «ведь помешательство не есть абстрактная потеря рассудка... но только противоречие в еще имеющемся налицо разуме» [53, с. 176], т.е. свое-иное, противоположность, последнего. Стало быть, либо и разум, и безумие обуславливаются биологическими закономерностями, либо, предполагается, что при наличии органических аномалий (патологии мозга, например) люди «развиваются «по биологическим рельсам» и для них может быть отменен закон социального развития и формирования», определяющий становление всякого нормального человека [41, с. 117]. Последнее означает, что, получивший психиатрический диагноз человек, попросту перестает рассматриваться в качестве человека.

2.3. Психофизиологический дуализм и права человека

Если бы противоречия, возникающие в результате применения концептуального горизонта биологии к мышлению, чувствам, поведению, развитию человека имели ис-

113

ключительно теоретическое значение, можно было бы, пожалуй, отнести к ним с ироничной отстраненностью, руководствуясь постмодернистской толерантностью или, уповая, подобно романтикам Просвещения, на всеразре-

шающий прогресс науки. Однако эти противоречия выходят далеко за пределы не только медицины, но и научной сферы вообще. По своим гуманитарным, педагогическим, социальным и правовым последствиям они имеют к каждому из нас отношение ничуть не меньшее, чем «психическое старение». Ярким свидетельством тому служит тот факт, что оказание психиатрической помощи регламентируется специальным законом⁹, имеющим в виду гарантии прав граждан. Тем самым признается, что функции психиатрии не ограничиваются выявлением и устранением биологических аномалий, вызывающих «душевные болезни», уходом за пациентами, смягчением их страданий, но *распространяются также на сферу их гражданских прав*. «По существу каждая норма данного Закона, – разъясняют его составители, – прямо или косвенно направлена не только на оказание психиатрической помощи в собственном смысле, но и на соблюдение прав человека и гражданина. Речь идет о соблюдении человеческого достоинства и личных прав (права иметь семью, права на получение медицинской помощи), экономических прав (права на частную собственность, выбор профессии, получение вознаграждения за труд и др.), политических прав (права на выражение своего мнения на выборах и референдумах, на участие в выборах и собраниях, на внесение в органы власти своих предложений и направление жалоб в любые инстанции и т.д.)» [91, с. 25–26].

Но какое отношение может иметь медицина – «биология, в центре которой находится избранная группа организмов», существующая исключительно «ради поддержания жизни в человеке» [16, с. 254], к правам на частную собственность, участию в выборах и собраниях или к праву на создание семьи? Почему для оказания одного из видов медицинской помощи понадобилось особое законо-

⁹ Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (1992) [91].

дательство, отсутствие которого «может быть одной из причин использования ее в немедицинских целях, наносить ущерб здоровью, человеческому достоинству и правам граждан, а также международному престижу государства» [91, с. 18]?

Чтобы ответить на эти вопросы, необходимо вернуться к психиатрическим аргументам, устанавливающим каузальную связь между органическими аномалиями и волеизъявлением человека.

2.3.1. «Нравственная дефективность» и «преступное помешательство»

Представление о том, что преступные, безнравственные, а то просто необычные поступки обусловлены сумасшествием совершивших их людей,

весьма древне. Достаточно вспомнить греческий миф о безумной Агаве, растерзавшей вместе с другими вакханками собственного сына, а затем насадившей его голову на свой тирс и похвалявшейся, что она убила свирепого льва, гомеровское сказание о безрассудной страсти (ate) Агамемнона, под действием которой тот, лишившись возлюбленной пленницы, отобрал рабыню у благородного Ахилла, или грустную повесть о странных мыслях и поступках «помешанного» принца Гамлета. Отличительная особенность концепции *moral* и *criminal insanity*¹⁰, выдвинутой психиатрией XIX в., заключается в попытке придать этому старинному поверию форму *научной* истины. В античности преступное безумие рассматривалось как насылаемая богами (Дионисом, Зевсом, Эриниями) напасть и было частью религиозного опыта, Шекспир эстетизировал его, превратив в художественную метафору, клиническая же психиатрия объявила аморализм и преступные склонности *органическим заболеванием*, дав им «естественнонаучное» истолкование.

Почвой такого истолкования стало учение Бенедикта Мореля о дегенерации, которую французский врач определял как болезненное уклонение от первоначального типа

¹⁰ Нравственное и преступное помешательство (англ.).

биологического вида «Homo Sapiens». Как бы элементарно ни было это уклонение в первом поколении, передаваясь по наследству, оно стремительно прогрессирует. Поэтому носители «зародышей» вырождения «становятся все более и более неспособными выполнять свое назначение в человеческом обществе, а умственный прогресс, нарушенный в их лице, подвергается еще большей опасности в лице их дальнейшего потомства» [цит. по: 83, с. 326]. Таким образом главным признаком вырождения Морель считал несоответствие поведения индивида общепринятым социальным нормам. Этот критерий он положил в основу классификации видов безумия¹¹. Позже «принцип Мореля» был подхвачен Э. Крепелином, Э. Кречмером и другими теоретиками клинической психиатрии. Кроме того, Морель очертил «тип дегенерата», а именно совокупность физических и поведенческих черт, которые вырожденцы носят на себе, словно клеймо. Это начинание также превратилось в психиатрическую традицию составления все более детальных описаний «симптомов» душевных расстройств.

Огромная популярность учения Мореля во многом была обусловлена тем, что его «Трактат о вырождениях» (1857) вышел в одно время с «Происхождением видов» (1859) Ч. Дарвина и воспринимался в ассоциативной связи с теорией эволюции. Доказательность последней переносилась на учение о дегенерации, которое успешно паразитировало на дарвинизме вплоть до начала XX в. Среди последователей Мореля был и Чезаре Ломброзо, выпустивший в 1876 г. знаменитую книгу «Преступный человек», развивавшую идею дегенерации на материале криминологии.

Ломброзо утверждал, что существует тип прирожденного преступника, являющийся атавизмом, с точки зрения развития рода Номо. Представителям этого типа свойствен-

¹¹ Характерно присутствие в нозологии Мореля разделов «Вырождения от интоксикаций», «Вырождения, зависящие от социальной среды» и т.п. Потенция дегенерации актуализируется не автоматически, а в определенных условиях. Именно такой «био-социальный» вариант концепции «душевной болезни» наиболее распространен в современной психиатрии.

116

на латентная форма эпилепсии, которая и обуславливает их девиантное поведение. Так родилась концепция преступного умопомешательства, взятая на вооружение итальянской уголовно-антропологической школой. Вскоре выводы Ломброзо, обоснованные, кстати говоря, обширными статистическими данными, были опровергнуты антропологами, социологами, правоведами, доказавшими случайный характер связи между криминальными наклонностями и эпилепсией, а также произвольность аналогии между преступниками и «примитивными» народами. В начале XX в. законы Менделя подорвали самую основу псевдонаучных спекуляций на тему наследственности.

Тем не менее, концепция *criminal* и *moral insanity* получила широкое распространение не только в психиатрии¹², но и в психологии (прежде всего, клинической, детской и криминальной), педагогике¹³, правоведении, что, впрочем, вполне понятно, принимая во внимание, с одной стороны, традиционность представления о взаимосвязи асоциального поведения и безумия, а с другой, – соответствие теории органической обусловленности преступной и моральной дефективности позитивистскому канону научности.

Широкомасштабная критика этой доктрины началась практически с момента ее возникновения. «Несостоятельность концепции нравственного помешательства и этичес-

¹² Рассказав об опровержении практически всех идей Ломброзо, автор монографии «История психиатрии» Ю. Каннабих, пишет: «Ломброзо понял, что к вопросу о преступлении надо подойти с новой точки зрения, что преступник – субъект ненормальный, в данных условиях существенно отличающийся чем-то от других людей. Ломброзо был убежден, что это «что-то» целиком помещается в биологическом кругу. Дело оказалось сложнее. Но этим переносом проблемы из области абстрактных наук в сферу точного естествознания он очистил избранную тему от метафизических наслоений» [83, с. 342]. Вот уж действительно междут Сциллой и Харибдой!

¹³ В частности под понятие *moral insanity* «подводились все дети, которые в поведении проявляли аморальность, нарушали моральные общепринятые нормы; сюда относили малолетних проституток, трудновоспитуемых, беспризорных, запущенных детей и т.п.» [41, с. 150].

117

кой дефективности (его слабой степени) была в свое время достаточно

разоблачена со всех точек зрения: социологической, психологической, психопатологической, педагогической» [41, с. 150], – писал Л.С. Выготский в 1928 г. Важную роль в этом разоблачении сыграла отечественная психология 20-30-х гг. прошлого века. Представители различных научных дисциплин и разных стран указывали, что, когда речь идет о недостатке воли, выражающемся в выпадении тех или иных ценностей или оценок, например, мотивов поведения, причину нужно искать не во врожденном дефекте воли или патологии отдельных функций, но в среде и воспитании, которые не установили требуемых оценок, что *criminal* и *moral insanity* следует понимать не как «извращение чувств», но гораздо проще – как недостаток нравственного и правового воспитания индивида, что перечень и масштаб асоциальных действий, совершаемых *нормальными* людьми, статистически опровергают предположение о патологической обусловленности таких действий, что любое психологическое явление может быть понято лишь в контексте целостности (*Gestalt*), его определяющей, и, следовательно, поведение человека нельзя рассматривать в отрыве от формирующей его социальной среды, что опыты с перемещением «дефективных» индивидов, как детей, так и взрослых, в другую, лучшую среду, а также обучение их формам конструктивного взаимодействия с окружающим миром, эмпирически доказывают социальную, а не биологическую природу преступного и аморального поведения и т.п. Результатом совместных усилий исследователей разных направлений стало *опровержение концепции criminal и moral insanity*.

В современных работах по психиатрии прямой физиологический редуccionизм а la Monakow или биологический редуccionизм а la Morel встречаются редко: рассуждать сегодня о церебральной локализации «духовных процессов», «прогрессирующем ухудшении расы» и т.п. – неблагодарный труд, да и опасность уничтожающей критики велика – просто отмахнуться от нее уже невозможно. Однако, покинув психиатрическую теорию через дверь,

118

предупредительно отворенную перед ней дотошными критиками, концепция *criminal* и *moral insanity* вернулась в нее через окно и прочно обосновалась на правах априорной истины. Парадоксально, но, будучи теоретически опровергнутой, она продолжает *фактически* определять дескрипцию симптоматики психических расстройств, представление о социальной опасности психиатрических пациентов (и, соответственно, питать суеверные страхи обывателя), а также, увы, законодательство в этой области.

Типичным примером ее безраздельного господства может служить раздел «Изменение характера и личности с точки зрения патологии мозга» уже известного читателю труда «Клиническая психиатрия». Автор раздела К. Фауст пишет об особом коварстве больных с травматическими поражениями лобных долей мозга. Несмотря на то, что такие пациенты часто обращают на

себя внимание «склонностью к употреблению обидных и враждебных выражений, наглым тоном, некоторой безапелляционностью и склонностью в разговоре быстро переключаться с одной темы на другую», они не только не признают свой дефект, но и демонстрируют высокий показатель IQ, хорошую память, а также способность к убедительной аргументации [88, с. 403]. *«И только, когда речь заходит об описании собственных отрицательных свойств больного, совершенно без всякого смущения и во время каждого обследования с одинаковой убежденностью даются разные объяснения. ...При этом от родных врач узнает часто удивительные вещи. Поведение во время обследования резко отличается от поведения дома»* (курсив мой. – Е.Р.)

[там же].

Итак, главный симптом патологического изменения личности обозначен, хоть и не назван прямо, это – *нравственная дефективность*. *Психические изменения такого рода*, подчеркивает автор, обычными психологическими средствами установить невозможно. Диагностировать их под силу лишь клиницисту-психиатру [там же]. При этом бесцеремонное посягательство последнего на частную жизнь пациентов, предъявляемое «совершенно без всякого смущения» требование исповеди, «безапелля-

119

ционные» оценки их личностных качеств, не понятно по какому праву дающиеся и унижающие их человеческое достоинство¹⁴, по умолчанию считаются не только нормальными, но и вполне *нравственными* поступками.

Тем не менее, некоторые неопытные врачи, сбитые с толку «ловко приводимыми аргументами», *верят* своим пациентам. Дабы предостеречь молодых коллег от неуместной доверчивости, доктор Фауст приводит несколько клинических случаев, призванных засвидетельствовать патологическую развращенность и аморальность больных с повреждениями мозга. Самый показательный из них – история П.

В 1914 г. юный пациент П. получил лицевое ранение и потерял вследствие этого один глаз. Предположений о мозговой травме у лечащих врачей не возникло, «так как сам больной никогда не жаловался на головную боль и после ранения чувствовал себя якобы лучше, чем до того». Позже П. был привлечен к суду и подвергнут психиатрической экспертизе после того, как «неоднократно и совершенно бесстыдно показывал у всех на виду половой член и приставал к несовершеннолетним девочкам, которых он пытался душить». На допросе и во время экспертизы П. отличался «очень тонкой техникой защиты. Он сумел представить показания очевидцев как следствие неправильных наблюдений». В 1928 г. – П. было тогда 30 лет – он был обвинен в двойном убийстве по сексуальным мотивам и приговорен к заключению, после отбывания которого попал в психиатрическую лечебницу. «Через несколько лет лечащие врачи там сменились, воспоминания о преступлениях П. стерлись, так что упорные настояния

родных, наконец, разжалобили суд, и они добились, чтобы больной был выпущен с испытательным сроком. Проведенных на свободе 3 месяцев было достаточно для того, чтобы снова уличить П. в совершении 150 сексуальных

¹⁴ «Никто не может подвергаться произвольному вмешательству в его личную и семейную жизнь... тайну его корреспонденции или на его честь и репутацию. Каждый человек имеет право на защиту закона от таких посягательств». Всеобщая декларация прав человека. Статья 12 [9, с. 184].

120

преступлений над малолетними девочками. Он воспринял свое интернирование очень беззаботно и снова провел много лет в лечебнице, где был совершенно незаметен. ...Регулярно он писал в правительственные инстанции и депутатам письма одного и того же содержания – чтобы его снова выпустили, на свободу. В 1954 г. молодой неопытный судья, который должен был провести перепроверку причин принудительного лечения П., поддался его влиянию и, несмотря на сомнения психиатров, стал добиваться освобождения П. из больницы. Диалектическая ловкость П., его спокойное и деловое объяснение, а также хладнокровие, с которым он говорил о допущенных в отношении него «юридических заблуждениях», оказали свое действие на юриста. Когда жители его общины узнали о предстоящем освобождении П., они направили письмо в соответствующие юридические инстанции, где выражали свое возмущение. В конце концов, было назначено дополнительное расследование. ...Во время испытания умственных способностей П. показатель IQ оказался выше среднего уровня. Все признаки ослабления как функциональной деятельности мозга, так и внимания и памяти отсутствовали. Согласно протоколу обследования, П. мог правильно отвечать на все задаваемые вопросы, в то время как при оценке собственных преступлений он выдавал аморальнее поступки за совершенно безобидные» [88, с. 403-404].

Этот клинический случай с некоторым преувеличением демонстрирует способ, каким по сей день в психиатрии устанавливается связь между мозгом и поведением, с одной стороны, и безумием и преступлением – с другой. Хотя П. получил тяжелое ранение и потерял глаз, сначала никаких подозрений относительно повреждений мозга не возникало – ввиду отсутствия жалоб и симптомов. Такое подозрение впервые было выдвинуто *вместе с обвинением* П. в аморальном и асоциальном поведении (эксгибиционизме) для объяснения последнего. Несмотря на то, что ни в это время, ни позже никаких иных подтверждений мозговой травмы получено не было, подозрение о ее наличии утвердилось в качестве валидного диагноза. В

121

своем кратком отчете д-р Фауст пять раз обращает внимание «неопытных» коллег на интеллектуальную «ловкость» пациента, высокий показатель IQ, отсутствие нарушений восприятия и памяти, его хладнокровие и

деловитость, т.е. указывает на *нормальное развитие психических функций как на симптом психической патологии*.

Предпосылкой, лежащей в основании этих суждений, является убеждение в том, что нравственность и законопослушание представляют собой самостоятельные функции определенных отделов мозга, и что при поражении последних человек, сохраняя функции мышления, речи, памяти, становится аморальным и преступным существом, демонстрирует «душевную холодность, расторможение инстинктов, агрессивность, антисоциальные тенденции, а также невозможность оценивать собственные способности, свое значение и положение в обществе» [там же, с. 406]. Убеждение это, являющееся не чем иным, как концепцией *moral and criminal insanity*, удостоверяется далее эмоционально заряженным описанием безнравственности и распущенности пациента. Гиперболического апогея оно достигает в истории о том, как освобожденный из лечебницы и находящийся под надзором родственников П. умудрился совершить 150 (СТО ПЯТЬДЕСЯТ) сексуальных преступлений над невинными девочками в течение трехмесячного испытательного срока – по полтора преступления в сутки. Подобные ужасы, достойные голливудской киноиндустрии, совершенно оттесняют в закадровое пространство вопрос о том, *действительно ли у П. были травмированы лобные доли мозга*, не говоря уже о более фундаментальной проблеме: существуют ли хоть какие-нибудь научные основания, позволяющие утверждать, что повреждение орбитального мозга делает человека безнравственным, или все-таки травма мозга и преступное поведение – явления разных систем причинности... Но, несмотря на множество остающихся без ответа вопросов и весьма сомнительные основания, *психиатрический диагноз П. фактически становится морально-юридическим приговором, а приговор – диагнозом*.

122

Что же касается социально-практических следствий рассмотренной цепи умозаключений, то главное из них лежит на поверхности – душевнобольной представляет опасность для общества и поэтому в принудительном порядке должен быть помещен в психиатрическую больницу. Почему же именно в больницу? Первое, что приходит в голову неискушенному аутсайдеру, – для лечения. Но, как явствует из истории болезни П., органическая причина его заболевания – механическое повреждение мозга – устранению не подлежит, точно также, впрочем, как и гипотетические причины других психиатрических недугов – шизофрении, маниакально-депрессивных психозов, эпилепсии. Посему применяемая клинической психиатрией терапия может быть лишь симптоматической, т.е. направленной на «купирование» асоциального поведения, патологических проявлений мышления, воли и чувств пациента.

Представление о том, какими средствами пользуется для этого психиатрия, дают статьи М. Мюллера и Х.Х. Майера, помещенные в том же

издании. К классическим методам симптоматического лечения авторы причисляют судорожную (электрошок, ингаляционная, инсулиновая) и фармакологическую терапию¹⁵. О каждом из этих методов написаны за последние полстолетия сотни критических работ. Поэтому, отсылая заинтересованного читателя к некоторым недавним публикациям¹⁶, мы ограничимся кратким изложением сути дела.

Лечебный эффект шоковой терапии психиатры связывают с сопровождающим судорожный припадок разрывом («цезурой») потока переживаний, т.е. потерей сознания, амнезией и состоянием эмоциональной и волевой

¹⁵ До недавнего времени к числу этих методов относилась также психохирургия, однако мощный протест против ее применения со стороны научной и гражданской обществности привел к ее дискредитации. Хотя психохирургия используется и в наши дни, о ее легальном применении в недобровольном порядке в цивилизованных странах не может быть и речи. Последнее обстоятельство оговорено законодательствами подавляющего большинства стран.

¹⁶ См.: [172, 207, 228, 229, 233, 299, 301, 303, 304].

123

оглушенности [88, с. 47]. Этот эффект достигается несколькими альтернативными способами – пропусканием через мозг больного электрического тока, флюоротиловой (flurothyl) ингаляцией, инъекцией метразола или инсулина. Оппоненты указывают на многочисленные негативные последствия для здоровья пациентов, которыми чреват каждый из этих методов и в максимальной степени – электрошок¹⁷. Однако наибольшие страдания психиатрических пациентов связаны с самой цезурой¹⁸. Так что, даже если бы с физиологической точки зрения судорожная терапия была абсолютно безболезненной и безвредной – на чем настаивают практикующие ее психиатры, – она все равно должна была бы квалифицироваться в качестве пытки, считают ее противники. Вот как описывает («по Ясперсу») переживания душевнобольных, подвергшихся судорожной терапии, д-р М. Мюллер в статье о классических методах лечения шизофрении:

«Иные больные чувствуют себя разрезанными на куски, разорванными, состоящими из двух половин, из добра и зла: единство души и тела нарушено, дело доходит до тяжелейших переживаний деперсонализации. Процесс «оживления» часто ощущается больными как тяжелая работа, как единоборство, как мучительное усилие, порой как борьба не на жизнь, а на смерть. ...Не приходится сомневаться в том, что подобные интенсивные, глубоко вре-

¹⁷ Церебральные кровотечения, эдема, кортикальная атрофия, фиброз, частичное разрушение мозговой ткани – вот далеко не полный список «побочных действий» электрошока, зафиксированных его противниками [228]. «Серии электрошоков я бы, пожалуй, предпочел небольшую лоботомию, – пишет К. Прибрам, глава нейropsychологической лаборатории Стэндфордского университета. – ...Просто, я знаю,

как выглядит мозг после серии шоков, и это не самое приятное зрелище» [299]. См. также: [303].

¹⁸ «Страх перед электрошоком – гораздо более серьезная проблема, чем представлялось в начале, – пишут психиатры Б. Калиновски и П. Хох. – Мы имеем в виду страх, который развивается или усиливается после серии сеансов. Он отличается от страха, испытываемого пациентами перед первым электрошоком. ...«Агонизирующий опыт раскалывающегося Я» – вот наиболее убедительное объяснение позднего страха перед лечением» [299].

124

заходящие в сознание, потрясающие все существование больного и притом повторяющиеся в течение ряда дней (!) переживания могут быть источником существенных перемен, толчков и даже вторжений в спонтанное течение психических процессов у больного шизофренией» [88, с. 46].

По выражению одного критика, терапевтический механизм шоковых методов подобен удару молотком по голове: потеря сознания, боль и унижение совершенно оттесняют на задний план все остальные мысли и чувства. Шоковые сеансы продолжаются иногда нескольких недель (порой по несколько раз в день) с тем, чтобы сделать процедуру «действенной», т.е. физически повредить мозг настолько, чтобы, по крайней мере, на несколько месяцев пациент забыл о проблемах, из-за которых он подвергся «лечению». Чем больше повреждение – тем больше вероятность, что нежелательные воспоминания и способности уже никогда не вернуться [299].

Не удивительно, что больные испытывают панический страх перед судорожной терапией¹⁹ и часто готовы сделать все, что угодно, лишь бы избежать подобной участи²⁰. Тем не менее психиатрическое законодательство большинства стран²¹ не предусматривает согласия пациентов на проведение судорожной, в том числе электрошоковой, терапии и допускает ее применение в недобровольном порядке.

Что же касается фармакологического лечения, то по преимуществу оно состоит в использовании нейротоксинов – химических веществ, вызывающих генерализован-

¹⁹ «Многие пациенты сравнивают атмосферу в больнице во время проведения сеансов ЭСТ с атмосферой тюрьмы в день казни», – пишет психолог Н. Сазерлэнд [299].

²⁰ ЭСТ «довольно часто помогает терапевту преодолеть неконтактность больного», – пишет в этой связи д-р Мюллер [88, с.47].

²¹ Исключение составляют законодательства Норвегии, Англии и Уэльса, Италии, Нидерландов, Швеции и некоторых других государств, которые в более или менее жесткой форме оговаривают право отказа от ЭСТ и других видов лечения во время недобровольного стационарирования. В Соединенных Штатах ЭСТ запрещена законодательством лишь одного штата – Висконсина. Российское законодательство (1992) не предусматривает регулирования лечения в период стационарирования [91].

125

ное нервное торможение²². Нейролептики (аминазин, хлорпромазин, галоперидол, теоридазин и др.) блокируют рецепторы дофамина и

останавливают нежелательное поведение пациентов тем, что тормозят их мозговую активность так, что они просто не в состоянии какое-то время испытывать злость, чувствовать себя несчастными или подавленными. «...Главное заключается в оскудении спонтанности и в понижении реакций на внутренние и внешние эмоциональные раздражители, – пишет М. Мюллер об эффекте воздействия нейролептиков, – больные становятся безучастными, они заявляют, что их активность подорвана, что у них нет никакого желания что-либо предпринимать» [88, с. 48]. Кроме того, блокировка дофамина – нейромедиатора, опосредствующего церебральную координацию двигательных функций, приводит к таким побочным эффектам, как сильные мышечные спазмы, дрожь, заторможенность, тардивная дискинезия (непроизвольные мышечные движения, которые невозможно остановить).

Нежелание пациентов подвергаться лечению такого рода, их «стихийное раздражение», протесты и т.п. рас-

²² Подробнее об этом см.: [229]. Что же касается другой группы фармакологических препаратов, а именно антидепрессантов (амитриптилин, нортриптилин, импрамин, дезирель, флуоксетин и др.), то их действие заключается в повышении уровня нейротрансмиттеров – химических веществ (в основном норэпинефрина и серотонина), опосредствующих (синоптическую) связь между нейронами мозга. Эффект основан на том, что выработкой этих веществ сопровождаются позитивные эмоциональные состояния. Однако, если искусственная стимуляция центральной нервной системы действительно решает проблему депрессии, тогда универсальными терапевтическими средствами следует признать также алкоголь, ЛСД и другие наркотические вещества. Описание динамики переживаний (почти «по Ясперсу») человека, добровольно подвергшего себя «лечению» такого рода, содержится в книге Т. Де Квинси «Исповедь англичанина, употребляющего опиум» (М.: Ad Marginem, 1994). Разумеется, бывают случаи, когда доза антидепрессанта, также, впрочем, как и алкоголя, может спасти человеку жизнь, но видеть в подобных экстренных мерах решение проблемы депрессии, по меньшей мере, наивно, не говоря уже о проблеме зависимости и компенсаторных последствий искусственного введения в организм вырабатываемых им веществ.

сматриваются либо в качестве пока не устраненных симптомов психического заболевания (скажем, депрессивного невроза) [там же], либо наряду с тремором, беспокойством, дисфорическим расстройством настроения – в качестве «скоропреходящих осложнений» [там же]. Что ж, против лома нет приема – это давно известно...

Такова «соматическая терапия», которой П., а вместе с ним и тысячи других morally и criminally неблагонадежных пациентов, были подвергнуты и продолжают подвергаться в недобровольном порядке в стенах психиатрических больниц. Способна ли эта терапия *устранить* биологические причины их «заболеваний», если предположить, что таковые существуют? Нет – с этим не будут спорить даже убежденные сторонники концепции «душевной болезни». В состоянии ли она *изменить* к лучшему поведение пациентов? Увы, если, конечно, не согласиться с тем, что удар молотком по

помимо наличия у них душевного расстройства, их опасность для себя и окружающих; российский закон добавляет к этому фактор беспомощности [там же, с. 156]. Таким образом, противоречие между практикой стационарирования в недобровольном порядке и конституционными правами граждан получает формальное разрешение: перечисленные условия удовлетворяют как конституционному требованию – к ограничению прав прибегают, *чтобы не допустить нарушения прав и свобод других людей*, так и профессионально-этическим нормам медицины – принудительное лечение предпринимается *для спасения пациента*.

Однако этот шаткий консенсус рассыпается как карточный домик при первых же попытках содержательного анализа – например, если применить его условия к любому другому – непсихиатрическому – случаю из области медицины или права. Так, с точки зрения медицины, единственным оправданием принудительного лечения является опасность пациента для себя самого. *Медицинский* смысл этой опасности расшифровывается в 23-й статье Закона. Это – «существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи»²⁴ и «его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности» [там же, с. 156]. Если насилие (недобровольное освидетельствование, изоляция и т.п.), действительно, применяется врачами только для того, чтобы в согласии с клятвой Гиппократа, сделать все для спасения жизни пациента, то перечисленные критерии должны быть общезначимыми, т.е. приложимыми также к соматическим заболеваниям. Прогрессиру-

²⁴ Под этот пункт Закона подпадает также биологически трактуемое самоубийство (сбой инстинкта самосохранения).

130

ющий рак или отслоение сетчатки глаза, безусловно, нанесут «существенный вред здоровью», если страдающее этими недугами лицо, будет оставлено без медицинской помощи. Но подвергают ли его на этом основании принудительному обследованию, госпитализации или лечению? Нет, не только не подвергают, но и лечение, направленное на актуальное, а не просто возможное спасение его жизни (или зрения), во многих странах, допускающих недобровольную терапию психиатрических пациентов, без платы не проводят. Парализованный человек не может «самостоятельно удовлетворять собственные жизненные потребности» и нуждается в уходе по причине беспомощности, однако закон не предусматривает его стационарирования в недобровольном порядке. При этом предполагается, что для того, чтобы накормить убогого и излечить страждущего, незачем заламывать им руки за спину... Кроме того, отвергая принудительное лечение в указанных случаях, признают неотъемлемое право человека «...поставить священное "Нет" перед долгом жизни» [130, с. 53], т.е. свободу его воли. Но это значит, что и с медицинской, и с правовой точек зрения *угроза жизни пациента не*

жизненные потребности, или в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи» [91, с. 156].

132

социальной опасности душевнобольного базируется на психиатрической концепции *criminal* и *moral insanity* («душевной болезни»); суд лишь принимает к сведению мнение врачей-экспертов, удостоверяющих соответствие ей конкретного случая.

Вместе с тем ограничение гражданских прав человека вплоть до его принудительной изоляции на основании лишь *возможности* совершения им противоправных действий, которая к тому же определяется, исходя из представлений на сей счет медицинской психиатрии – дисциплины, весьма далекой не только от правоведения, но вообще от социогуманитарного знания, очевидным образом нарушает важнейший принцип демократического правосудия – презумпцию невиновности. Поскольку же, с одной стороны, в качестве потенциальных причин преступного помешательства психиатрия рассматривает огромное множество органических аномалий (любые поражения мозга, нарушения гормонального баланса, инфекционные болезни и т.д.), а с другой – диагностика психических расстройств базируется на весьма расплывчатых дескрипциях аномального поведения, практически любого человека можно подвергнуть недобровольной госпитализации по критерию социальной опасности, причем в строгом соответствии с законом. Во всяком случае, препроводить по решению суда в психбольницу Монтечки или его собрата по безумию любви юного Вертера не составило бы ни малейшего труда. В официальном комментарии к 29-й статье Закона «О психиатрической помощи...» принудительное ратификация рекомендуется в случаях, «когда клиническая картина определяется наличием бредовых идей любовного содержания с нарастающей активностью бредового поведения и нелепыми домогательствами в отношении «объекта любви» или в случаях подростковой парафрении с нелепым поведением и высказываниями. Эти последние состояния в рамках приступа, обострения болезни, характеризуются выраженностью, разнообразием и определенной остротой психопатологических расстройств... обычно не обуславливают непосредственной опасности для окружающих. Однако развитие клиничес-

133

кой картины психоза с нелепым поведением больного, находящегося во власти болезненных переживаний, свидетельствует о необходимости психиатрической помощи и, поскольку он не отдает себе в этом отчета и отказывается от лечения, госпитализации в недобровольном порядке» [там же, с. 192].

Было бы преувеличением утверждать, что в наши дни классические романтики европейской литературы непременно были бы подвергнуты

юридические гарантии: а вдруг окажешься по ту сторону черты...

К счастью, существует все же одно исключение. Замечательно и символично, что им является психиатрическое законодательство Италии – первоотчизны свободной независимой личности и культуры гуманизма. В 1978 г. Италия отклонила принудительную госпитализацию на основании опасности для себя и других лиц. В ее законодательстве подчеркивается безусловный приоритет инте-

²⁷ В отличие от России и других стран, Германия решила эту проблему радикально: прохождение психиатрического освидетельствования объявляется законодательством страны обязанностью пациента, и принято, что результат направляется должностным лицам. Кроме того, если в других государствах решение суда необходимо для недобровольной госпитализации, то в Германии только суд может разрешить выписку пациента, а принудительная госпитализация может продолжаться 1-2 года. Психиатрическое законодательство Германии открыто провозглашает приоритет интересов общества над интересами личности.

135

ресов личности перед интересами общества. Другой важнейший принцип требует проводить психиатрическое лечение вне больницы, насколько это возможно. Во избежание дискриминации все психиатрические пациенты проходят лечение и стационарируются в общих больницах.

В Италии впервые «с полной силой заявляет о себе субъективное начало, человек становится духовным индивидом и познает себя таковым. ...С конца XIII века в Италии уже множество тех, кого можно считать личностями; оковы, в которые была заключена индивидуальность, сломлены... Этот факт выступает в истории во всей своей целостности и решительности; Италии XIV века неведомы ложная скромность и лицемерие, никто не боится быть и казаться иным, чем другие», – писал Я. Буркхардт [28, с. 88–89]. Сегодня Италия отстаивает право каждого человека «быть и казаться иным» с решимостью ничуть не меньшей, чем шесть столетий назад.

Анализ гуманитарных и правовых следствий концепции «душевной болезни» позволяет подвести некоторые итоги:

1. Объявляя аморальное и преступное поведение симптомами «душевной болезни», клиническая психиатрия лишь подкрепляет и культивирует обыденное представление о безумии людей, совершающих девиантные поступки. Это представление и придает убедительность опровергнутой наукой концепции нравственного и преступного помешательства, определяющей в качестве априорной истины психиатрическую теорию и практику.

2. Психофизический дуализм клинической психиатрии, или положение о том, что поведение нормальных людей определяется социокультурными закономерностями, а «сумасшедших» – биологическими, обосновывает двойной стандарт в области права, а именно – противоречие психиатрических законодательств демократических стран их Конституциям, Всеобщей декларации прав человека, правовым и этическим нормам медицины. Таким

социальной нормы. В самом деле, концепция «душевной болезни», как мы выяснили, ни в коей мере не сводится к констатации биологических аномалий мозга, биохимических процессов или организма в целом, но состоит в утверждении обусловленности такими изменениями отклоняющегося от нормы поведения, мышления, чувств человека. Поэтому диагностика душевных болезней представляет собой по преимуществу *оценивание психических функций* индивида. В связи с этим неминуемо возникает вопрос об основаниях: ведь признание вещей в качестве более или менее совершенных с необходимостью предполагает идеал, образец совершенства, как прекрасно понимал еще отец схоластического богословия Ансельм. «Даже невежда (*insipiens*) будет, следовательно, убежден, что существует нечто в мысли, больше чего нельзя помыслить, ибо, как только, он услышит это суждение, он его поймет, а все, что мы понимаем, существует в уме» [цит. по: 50, с. 199]. Словно бы в пику бесхитростной ансельмовой логике в клинической психиатрии конкретный случай сравнивают не с нормой (образцом), а с аномалией, точнее – весьма обширными описаниями типичных аномалий. Норма же, в отличие от патологии, не артикулируется как нечто самоочевидное.

Говорят, Ансельм, архиепископ Кентерберийский, живший в XII в., не мог спать по ночам мучимый мыслью о необходимости рационального обоснования постулатов веры, и не успокоился до тех пор, пока милостью Божьей не сформулировал логическое доказательство объективного существования эталона совершенства – Бога. «Мне кажется небрежением, если мы тверды в вере, не стараемся также и постигнуть то, во что мы веруем», – писал он в «*Cur Deus homo*» [там же, с. 198]. В отличие от Ансельма, современная медицинская психиатрия, считающаяся естественнонаучным и эмпирическим знанием, в своих нозологических концепциях следует, скорее, апофатической диалектике средневековых мистиков: «психическая норма» имеет в ней исключительно негативный смысл отсутствия патологии, т.е. остается за пределами рационального осмысления, отклонения же от нормы не только опре-

деляются положительно, но и выходят далеко за границы организма, охватывая по существу все стороны, человеческого существования. Парадоксальный, хотя и совершенно закономерный результат этой логики заключается в том, что психически здоровых людей в соответствии с ней попросту не существует: для душевного здоровья *отсутствует процедура дискурсивного определения*, так же как и для Бога христианских мистиков. Душевная же болезнь может быть идентифицирована по множеству качественных и количественных критериев, т.е. практически у каждого человека. «...В таком, с одной стороны, хрупком и тонком, а с другой – в таком сложном аппарате, каким является человеческая психика, можно у

Фактически антропология приняла участие в обсуждении проблемы социальной нормы еще в начале XX столетия. Л. Леви-Брюль сформулировал знаменитый закон мистической партиципации, из которого, в частности, следовало, что первобытному человеку не доступна сама возможность классификации людей и предметов в соответствии с законом *tertium non datur* (А или не-А, норма или аномалия), не говоря уже об абсолютной неприменимости к нему «коллективных представлений» современных европейцев о психическом здоровье.

Для нас, например, одним из главных критериев объективной истинности восприятия является его общезначимость (интерсубъективность). Если среди нескольких присутствующих лишь один человек слышит звук или видит предмет, то его восприятие называют иллюзией или галлюцинацией. Это общепринятое мнение закрепляется и обосновывается патопсихологией и психиатрией. Но в первобытных обществах, пишет Леви-Брюль, привычный нам «тест на реальность» не имеет никакой доказательной силы. Там постоянно случается так, что некоторые индивиды видят и слышат нечто такое, что недоступно восприятию других людей, и это никого не смущает. «Гауит, например, пишет: «Само собой разумеется, что нгаранг был невидим всем, кроме вирапа (колдуна)». ...Ав-

148

стралийцы... думают, что солнце во время ночи отправляется в то место, откуда оно восходит утром. Знахари поистине могут видеть солнце в этом месте ночью; тот факт, что обыкновенные люди не видят его там, доказывает только, что они не обладают необходимыми способностями, а вовсе не то, что солнца там нет» [103, с. 50]. И тем более не то, что видящее его безумны.

Во многом благодаря соответствию классическому понятию мифа, предложенному Шеллингом в «Философии искусства», а также популяризаторской деятельности К.Г. Юнга, концепция дологического мышления Л. Леви-Брюля получила широкое распространение и за пределами антропологии – в философии, религиоведении, культурологии. Так, Э. Доддс, автор превосходной книги «Греки и иррациональное» (1951), показал, что на всем протяжении истории Греции – от гомеровских времен до эллинистической эпохи, дологическое (иррациональное) мышление оставалось незыблемой «нормальной» основой религиозного опыта, одной из форм которого было «благословенное безумие»⁷. Поэтому даже в V–IV вв. до н.э., когда рационализм достиг в Греции пика развития, перед безумием трепетали не потому, что оно противоречило привычному общественному порядку, а ввиду его сверхъестественного, божественного происхождения. По той же причине «психических девиантов» не подвергали изоляции или изгнанию – их странные мысли и поступки трактовали-

⁷ «Наши величайшие благословения приходят к нам путем безумия», – говорит Сократ в «Федре» (Федр, 244а). Причем в данном случае дело вовсе не в обычной его иронии:

становится возможным использование энергии либидо для совместного производства людьми необходимых им для жизни предметов. «Прибавочное подавление инстинктов» налагается на либидо «рациональной властью», которая руководствуется уже не принципом реальности, а «принципом производительности», т.е. стремлением к прибыли. Этот принцип обеспечивает расширенное воспроизводство общества, а следовательно, и улучшение условий повседневного существования жителей индустриальных стран. Поэтому долгое время «интересы господства» объективно совпадают с интересами общества [124, с. 38]. Но постепенно труд, являющийся единственным источником удовлетворения потребностей для «огромного большинства индивидов», отчуждается от них и переходит под абсолютный контроль «аппарата». Энергия либидо теперь используется для производства прибыли в увеличивающихся масштабах, поэтому «прибавочное подавление инстинктов» становится первой задачей власти, которая прибегает к беспрецедентной по размаху идеологической интервенции. «Ограничения, налагаемые на либидо, – пишет Маркузе, – кажутся тем рациональнее, чем универсальнее они становятся и чем в большей степени они пронизывают целое общество. Они воздействуют на индивида и как внешние объективные законы, и как ин-

164

тернализованная сила: власть общества проникает и в сознание, и в бессознательное индивида и оказывает влияние на его желания, моральные мотивы и поступки» [там же, с. 39-40].

Тотальное подавление сексуальности обессиливает создавший культуру Эрос и освобождает разрушительные импульсы инстинкта смерти (Танатоса), угрожающие самому существованию человечества. Вот почему, утверждает Маркузе, прогресс научно-технической цивилизации сопровождается ростом «жестокости, ненависти и научного истребления людей, который становится тем более стремительным, чем реальнее возможность уменьшения степени угнетения» [там же, с. 85].

Но что же все-таки подвергается отчуждению «рациональной властью»? В гегелевской системе, равно как и в «Экономическо-философских рукописях 1844 года» Маркса, отчуждение является отрицательным моментом саморазвития субстанции – абсолютного духа или предметно-деятельной сущности человека. Этой логике более менее последовательно придерживается лишь Э. Фромм, призывающий к восстановлению утраченной в ходе буржуазного развития целостности личности. Т. Адорно, М. Хоркхаймер и Г. Маркузе идут по другому (картезианскому) пути, рассматривая сущность человека в качестве единства двух противоположных субстанций: *наряду* с зародышем буржуазной разумности они полагают в ней *природножизненное* начало, которое и подлежит освобождению. Совсем, как у Платона: правит душой-повозкой пара коней, один из которых воспаряет к небесам, другой же, «причастный

материальными) феноменами – трансцендентальными эйдосами, всеобщими структурами языка, архетипами «коллективного бессознательного», экзистенциальными a priori. В связи с этим неизбежно возникает вопрос о *происхождении* этих феноменов. Откуда, в самом деле, берутся все эти «психические акты», ментальные структуры, языковые коды, с чего начинается их история?

225

И в этом пункте «науки о духе» удивительным образом конвергируют с физикалистским материализмом. Прежде всего методологически, о чем неоднократно шла речь выше: оба подхода следуют эмпирико-аналитической логике, в соответствии с которой вопрос о происхождении заменяется вопросом о присутствии общих признаков – в нашем случае *differentia specifica* человека – во всех предметах данного класса. «Науки о духе» фиксируют «психические акты», а нейробиология – особенности строения и функционирования центральной нервной системы. Поскольку и то, и другое у индивидов рода *Номо* имеется, доступно наблюдению/эмпирическому познанию, и опыт «генезиса сознания», как показал Гуссерль, ничуть не менее (и не более) достоверен, чем восприятие чувственно данных фактов, то выбор признаков, по которым осуществляется генерализация понятия сущности человека, определяется исключительно мировоззренческими предпочтениями, традициями различных дисциплинарных областей и т.п. На этой почве и рождается неокантианский параллелизм «картин мира», «концептуальных горизонтов» и т.п., из которого, между прочим, следует, что лоботомия или электрошок являются столь же приемлемыми методами терапии психических расстройств, как и экзистенциальный анализ. Все зависит от того, что берется за точку отсчета, – «объективные» телесные или «субъективные» душевные феномены. Неокантианство является, таким образом, всего лишь исторической формой выражения картезианского дуализма мыслящей и протяженной субстанций.

Есть и еще одна точка пересечения «номотетического» и «идиографического» подходов. Для того чтобы обнаружить ее, достаточно снять запрет на «метафизический» вопрос о происхождении отличительных признаков человека. Классический ответ на этот вопрос для «наук о духе» дал Декарт в «Размышлениях о Первой Философии...». Обосновав во Втором размышлении абсолютную достоверность акта самосознания (*Ego cogito*), в Третьем он доказывает невозможность его существования без идеи «все-совершенного и бесконечного существа», без идеи Бога

226

[70, с. 39]. «Во мне, – пишет Декарт – некоторым образом первичнее восприятие бесконечного, нежели конечного, или, иначе говоря, мое восприятие Бога более первично, нежели восприятие самого себя» [там же, с. 43]. На место понятия «Бога» современная философия ставит интуицию

Жизни, Трансцендентального Субъекта, априорную структуру Dasein и т.д., но способ рассуждения остается неизменным: эксплицитно или имплицитно отличительные признаки человека обосновываются утверждением некоторой первичной реальности, являющейся их причиной. Эти признаки рассматриваются в качестве энтелехий, вложенных в материальные тела высшей субстанции. В понятийном виде этот способ обоснования впервые выразил Аристотель, поставивший «форму» в каузальную зависимость от божественной Первоформы, а человеческий разум – от божественного Nous. В средневековой схоластике он получил название онтологического доказательства бытия Бога.

Клиническую психиатрию, исповедующую «центральную догму нейробиологии» в склонности метафизике, схоластике и мистицизму как будто заподозрить трудно. Но стоит отвлечься от многоуровневых описаний устройства мозга и вернуться к противоречию, на которое указали Ф. Блум, А. Лэйзерсон и Л. Хофстедтер, а именно к вопросу о природе «удивительной целесообразности» «магического инструмента», давшего нам «способность создавать орудия – от каменного топора до ядерного реактора, изобретать машины, с помощью которых мы движемся быстрее, чем гепард и летаем выше и дальше, чем орел», «сохранять и передавать информацию об этих изобретениях будущим поколениям» посредством языка, словом, делать «то, к чему не способно ни одно животное» [18, с. 194–196], и без чуда божественного вмешательства не обойтись.

Действительно последовательное решение проблемы происхождения *differentia specifica* человека для наук, руководствующихся «центральной догмой нейробиологии», содержится в книге французского палеоантрополога П. Тейяра де Шардена «Феномен человека». Шарден рассматривает антропогенез как завершающий этап эво-

люционного развития нашей планеты, в результате которого она обретает ноосферную оболочку. Процесс этот предопределен божественным провидением: развитие каждой вещи реализует заложенную в нее в момент творения потенцию и подчинено общему замыслу Творца. Ноосферный скачок – возникновение рода *Homo Sapiens* – является актуализацией дарованной Богом материи энтелехии разумности.

«Обе энергии, – пишет Шарден, – физическая и психическая, находящиеся соответственно на внешней и внутренней сторонах мира... постоянно соединены и некоторым образом переходят одна в другую» [174, с. 60]. Более совершенной ступени психического развития соответствует адекватное ей материальное выражение. Это общее усложнение организации осуществляется во множестве форм, составляющих различные таксоны, или эволюционные ряды. В начале каждого из них сознание присутствует лишь в потенции, которой суждено проявиться в будущем. Однако при всем многообразии эволюционных рядов, существует, утверждает Шарден,

отдельным элементам психического, причем не только у человека, но и у высших приматов. Чуть позже К. Левин ввел понятие психологического поля, или системы различных социальных влияний (валентностей), которыми определяется поведение личности в каждый данный момент.

Выготский был прекрасно знаком с этими и другими новейшими исследованиями, высоко оценивал их экспериментальные результаты, однако теоретически они его удовлетворить не могли. В самом деле, и функционализм, и гештальтизм обнаружили, что сознание и поведение человека представляют собой некоторую систему, наглядно и убедительно продемонстрировали это эмпирически, зафиксировали свое открытие в терминах биологии, феноменологии и физики. Вот, пожалуй, и все... Но понятие «системы и функций» тем и отличается от «арифметической суммы и механической цепи реакций», что «предполагает известную *закономерность в построении системы, своеобразную роль системы как таковой, наконец, историю ее развития и образования*» (курсив мой. – Е. Р.) [39, с. 11]. Функционализм и гештальтпсихология оставляли эти ключевые проблемы без внимания. Причину их теоретической узости Выготский видел в том, что, так же как «старая» психология, они, во-первых, ограничивались исследованием индивидуальной психологии, игнорируя «социальную природу этого процесса», и, во вторых, рассматривали связь деятельности сознания в качестве постоянной и неизменной [там же, с. 28]. *Метафизичность* обоих подходов закрывала им самую возможность выяснения природы высших психических функций.

Исходное методологическое преимущество Выготского состояло в основательном знании немецкой диалектики. Для него была очевидна бесплодность попыток найти закон взаимосвязи психических функций человека внутри

259

его сознания или тела³. Этот закон следует искать в том способе существования, который был выработан человечеством на протяжении истории. Трудно предположить, писал он, что качественно своеобразная форма взаимодействия человека с природой, исключающая самую возможность простого перенесения законов животной жизни в науку о человеческом обществе, могла бы существовать без новых форм поведения, «этого основного механизма уравнивания организма со средой». «Новая форма соотношения со средой, возникшая при наличии определенных биологических предпосылок, но сама перерастающая за пределы биологии, не могла не вызвать к жизни принципиально иной, качественно отличной, иначе организованной системы поведения» [39, с. 30].

Объективная трудность психологического исследования системы поведения человека заключается в том, что в эмпирически данном развитии индивида (онтогенезе) созревание «биологических предпосылок» и становление социально обусловленных способностей слиты в единый

процесс. Поэтому наблюдателю кажется, что элементарные функции, такие, как ощущение, восприятие, память, естественным образом перерастают в высшие – понятийное мышление, произвольное запоминание и т.п., что с качественной стороны они однородны⁴. Однако в филогене-

³ Равно как и сведение французской философской традицией социального в человеке к усвоенным коллективным представлениям, структурам опыта т.п. – идея которая, в конце концов, выразилась у Фуко в противопоставлении человечности безумия и бесчеловечности (любых) общественных норм и установлений.

⁴ Самым логичной патогенетической гипотезой расстройства высших психических функций в этой перспективе является предположение нарушения «естественного» процесса органического созревания человека. «Люди с задержкой умственного развития не являются психически больными в точном значении этого слова, – пишет М. Т. Хэзлем. – Они страдают от недоразвитости мозга, которая может быть вызвана многими причинами, способными воздействовать на растущий в утробе плод до рождения ребенка, во время его рождения или в послеродовой период. Такие люди изначально не могут стать полноценными, если только не удастся каким-то образом уменьшить степень недоразвитости, что в большинстве случаев невозможно. Поэтому они на всю жизнь остаются умственно отсталыми» [205, с. 37].

260

незе различие между ними открывается явственным и несомненным образом: история, антропология, философия предоставляют множество свидетельств не только разнообразия, но и *развития* мышления, чувств, поведения у *биологически неизменного* человека. «Мы знаем, что каждый животный вид имеет свойственный ему и отличающий его тип поведения, соответствующий его органической структуре и функциям, – пишет в этой связи Выготский. – Мы знаем, далее, что каждый решительный шаг в биологическом развитии поведения совпадает с изменениями в структуре и функциях нервной системы. ...Но примитивный человек не обнаруживает никаких существенных отличий в биологическом типе, отличий, за счет которых можно было бы отнести все огромное различие в поведении» [там же, с. 27]. Это обстоятельство само по себе доказывает, что развитие высших психических функций лежит вне сферы действия биологических, законов и включено в иной – социально-исторический – ряд изменений. А значит, *ключом к пониманию закономерностей генезиса и функционирования психической системы отдельного человека является социальная история человечества* (а не наоборот).

Следуя этой методологической установке, Выготский выделил в онтогенезе две взаимосвязанные, но все же качественно различные линии – биологическую и культурную. *Биологическое развитие* человека в «чистом виде»⁵ принципиально подобно развитию животных, отличается от него лишь количественными показателями,

⁵ У человека взрослеющего в обычных условиях абстрагировать биологическую линию развития от культурной можно лишь экспериментально. Однако известно несколько случаев взросления детей в условиях социальной депривации. Самый известный – история

Джин, девочки, найденной в Калифорнии в 1970 г. До 13-летнего возраста родители держали ее привязанной к сидению в маленькой комнатке собственного дома, кормили лишь молоком и детским питанием – этим, собственно, и ограничивалось «социальное влияние». Когда девочку обнаружили и освободили, она не только не владела речью, но и не контролировала физиологические функции своего тела (мочеиспускание, дефекацию). После шести лет интенсивных занятий с психологами и

261

и благодаря этому было (и остается) наиболее изученной психологией областью человеческого поведения. Оно включает в себя инстинктивную, условно-рефлекторную и орудийную ступени. Последняя привлекла к себе особое внимание психологов в связи с публикацией в начале 20-х годов прошлого века исследований Вольфганга Келера. Опираясь на обширный и детально описанный экспериментальный материал, собранный во время семилетнего пребывания на о. Тенериф (Канарский архипелаг), Келер доказал наличие у шимпанзе довольно высоко развитого интеллекта, позволяющего использовать орудия для достижения цели, воспринимать целостность ситуации и т.п. Его книга «Интеллект человекообразных обезьян» с новой остротой поставила вопрос о соотношении мышления и речи. Из экспериментов Келера явствовало, что целесообразная деятельность высших приматов осуществляется без участия знаков, следовательно, мышление возможно и без речи. Этот вывод ставил под сомнение не только павловскую концепцию первой и второй сигнальных систем, но саму спецификацию человека в качестве *Homo Sapiens*. Разделение двух линий развития человека позволило найти решение и этой проблемы.

Так называемые низшие психические функции, включая орудийный интеллект, представляют собой результат эволюционного развития нервной системы, и вместе с тем (всего лишь) *предпосылку* собственно человеческого способа жизнедеятельности. Эти функции не выходят за пределы биологического (первосигнального) механизма регуляции поведения и поэтому, хотя и обеспечивают гибкость

педагогами Джин научилась пользоваться обиходными вещами, рисовать, в отдельных ситуациях связывать причину и следствие, говорить на уровне 2-3-летнего ребенка. Большого, насколько нам известно, добиться не удалось. Энцефалографическое исследование мозга Джин не выявило у нее каких-либо биологических аномалий. Однако речевая функция, так же как и неречевые, осуществлялись ею при помощи правого полушария, хотя девочка была правшой. Это обстоятельство заставило даже адептов «центральной догмы нейробиологии» признать, что «нервная система человека должна развиваться в условиях человеческой жизни, чтобы породить «человеческое» поведение» [18, с. 171].

262

реакций на внешние и внутренние стимулы, остаются *натуральными*, природными, первичными. До 9 месячного возраста поведенческий репертуар ребенка всецело ограничен структурой его органов и представляет собой комплекс безусловных и условных рефлексов. Позже ребенок

достигает орудийного уровня человекообразных обезьян и превосходит его. 9–11-месячный ребенок помимо врожденных реакций и условных рефлексов обладает довольно развитым интеллектом, позволяющим ему легко приспосабливаться к новой ситуации. В отличие от шимпанзе, он способен не только использовать какой-либо случайный предмет в качестве орудия для того, чтобы пододвинуть другой предмет, т.е. уловить связи между предметами, но и создать новую связь. «Немцы называют это «Werkzeugdenken», – замечает Выготский, – в том смысле, что мышление появляется в процессе употребления простейших орудий» [39, с. 263].

«Werkzeugdenken», физиологически возможное благодаря образному, эйдетическому представлению, – вершина и предел биологической регуляции поведения. В дальнейшем развитии ребенка совершается настоящий переворот, суть которого состоит во вторжении в его поведенческие механизмы знака (а не условного раздражителя). С этого, собственно, и начинается становление его высших психических функций, или его *культурное развитие*. Знак представляет собой, как показал Выготский, искусственный стимул, который либо добавляется к естественному, либо замещает его, изменяя реакцию и открывая индивиду новые неизмеримо более широкие психологические возможности. Классический пример поведенческих изменений в результате знакового опосредствования – человек в буридановой ситуации. Животное отвечает на два одинаковых по силе противоположных раздражителя срывом, впадает в невроз [там же, с. 66]. Человек, находящийся даже на низшей ступени культурного развития, реагирует принципиально иначе – бросает жребий и с его помощью совершает выбор. При этом к одному из стимулов (А) добавляется другой – искусственный (а), который и обуславливает реакцию. Реакция, таким образом вызы-

263

вается стимулом, который не составлял части ситуации, а был введен в нее человеком. Обстоятельства были изменены, «и притом тем же человеком, который как буриданов осел, был принудительно... обречен на бездействие или срыв». В активном вмешательстве человека в ситуацию посредством введения новых стимулов, его деятельности, направленной на овладение собственным поведением «заключается новый принцип, новое своеобразное отношение между поведением и стимуляцией», – подчеркивает Выготский [там же, с. 71].

Ничего не меняя в самом объекте, знак «дает иное направление, или перестраивает психическую операцию» [там же, с. 123], преобразует способ деятельности. Экспериментальным путем Выготский и его сотрудники проследили характер трансформаций, происходящих в развитии отдельных психических функций – речи, арифметического счета, мышления, внимания, памяти и др. по мере освоения ребенком знаков, или искусственных орудий. Всякий раз изменение состоит в том, что знак внедряется в естественную

целостность ситуации, служившую, в частности, предметом исследования гештальтпсихологов, *разрушает* ее и затем снова *воссоздает*, но понятийным путем, на основе познания ее закономерности. При этом применяющий знак человек (ребенок) может и не знать этой закономерности. Когда взрослый показывает указательным пальцем на какой-либо предмет, из синкретической целостности ситуации тут же выделяется один объект или признак, который приковывает к себе внимание ребенка. «...Тогда вся ситуация приобретает новый вид. Отдельный предмет выделен из целой глыбы впечатлений, раздражение сосредоточивается на доминанте и, таким образом, ребенок впервые переходит к расчленению глыбы впечатлений на отдельные части. ...В этом акте ребенок от эйдетического, синкретического, наглядного образа, от определенной ситуации переходит к нахождению понятия» [там же, с. 270].

Культурный скачок в развитии ребенка обусловлен введением в его жизнедеятельность идеального плана. Вторгаясь в натуральное поведение, знак направляет его

264

по обходному пути, сообщая ему – причем императивно, независимо от воли и сознания индивида – целесообразный и осмысленный характер. Удивление перед силой и объективностью знака породило, как мы помним, структурализм: «Мы пытаемся показать не то, как люди мыслят в мифах, а то, как мифы мыслят в людях без их ведома» [104, с. 20]. В отличие от Леви-Строса, Выготский стремился показать источник психологической силы знака и лишить его мистического ореола интеллектуального фетиша.

Суть принципа сигнификации заключается в том, что «человек извне создает связи в мозгу, управляет мозгом и через него – собственным телом» [39, с. 80]. Знак – это особое орудие, при помощи которого искусственно регулируется поведение. Однако сначала – и онтогенез здесь совершенно подобен филогенезу – это орудие применяется в отношениях *между* людьми, т.е. для воздействия на поведение *другого* человека и лишь затем индивидуализируется⁶. Система совместного производства людьми условий своей жизни породила, с одной стороны, необходимость подчинить поведение индивида общественным требованиям, а с другой – «сложные сигнализационные системы – средства связи, направляющие и регулирующие образование условных связей в мозгу отдельного человека» [там же, с. 81]. Иначе говоря, генетически первичными по отношению к знакам являются формы взаимодействия людей, сложившиеся в ходе их совместного преобразования действительности. Этот коллективный опыт, свернутый в слове, логической структуре, а то и просто в указательном жесте, и придает искусственным стимулам силу, властно направляющую деятельность индивида по пути, проторенному предшествующими поколениями. «Всякий знак, если взять его реальное происхождение, – пишет Выготский, – есть средство связи... известных психических функций социального характера.

Перенесенный на себя, он является тем же средством соединения функций в самом себе... без этого знака мозг и первоначальные

⁶ На этом открытии Л.С. Выготского базируется, в частности, гипотеза происхождения человека Б.Ф. Поршнева.

265

связи не могут стать в те сложные отношения, в которые они становятся благодаря речи» [40, с. 116]. Сам по себе, в отрыве от отношений между людьми, знак мертв и не способен не только совершить чудо культурного обращения, но и выполнить функцию номинации⁷.

С учетом вышесказанного культурное развитие можно определить как освоение индивидом с помощью психологических орудий (знаков) всеобщих форм деятельности, в результате которого они превращаются в средства саморегуляции его поведения (интериоризуются). Изучая становление высших функций у детей, Л.С. Выготский выделил три ступени этого процесса: *магическую*, на которой между искусственными стимулами и целью деятельности устанавливается внешняя связь, отношения между вещами принимаются за отношения между мыслями и наоборот; стадию *употребления внешних знаков*, на которой, пользуясь внешней связью, ребенок переходит к созданию новой связи, и *вращивание*, в результате которого внешняя операция становится внутренней. Всем им предшествует естественная ступень, основанная на синкретическом мышлении. Например, в арифметическом развитии ребенка они проявляются следующим образом. На натуральной стадии ребенок на глаз сравнивает разные количества. После решения самых простых задач он переходит к стадии употребления знаков без осознания способа их действия. «Если спросить такого ребенка: «Сколько у тебя пальцев на руке?», – он перечисляет порядковый ряд и говорит: «Пять». А если ему сказать: «Сколько у меня? Пересчитай!» – ребенок отвечает: «Нет, я не умею»» [39, с. 161]. Затем идет стадия использования внешних

⁷ Немой знак, холодно и насмешливо хранящий свою тайну – любимая тема Борхеса: «...Я хотел описать процесс одного поражения. Сперва я подумывал об архиепископе кентерберийском, который вознамерился доказать, что Бог един; затем об алхимиках, искавших философский камень; затем об изобретавших трисекцию угла и квадратуру круга. Но потом я рассудил, что более поэтичен случай с человеком, ставившим себе цель, доступную другим, но не ему. Я вспомнил об Аверроэсе, который, будучи замкнут в границах ислама, так и не понял значения слов "трагедия" и "комедия"» («Поиски Аверроэса») [23, с. 160].

266

знаков – счет с помощью пальцев, палочек и т.п. Но стоит запретить ребенку использовать руки или палочки, как он оказывается не в состоянии произвести соответствующую операцию [там же, с. 162]. И, наконец, настает черед внутренних знаков: ребенок 9-10-летнего возраста уже считает не на

пальцах, а в уме. После вращения он перестает нуждаться во вспомогательной операции. Подобным образом формируются все высшие психическими функции – опосредствующие операции уходят в основание, и стимул непосредственно вызывает нужный результат [там же, с. 163]. Само собой разумеется, что переход ребенка с одной стадии на другую осуществляется при участии родителей, воспитателей, учителей, сверстников⁸.

Таким образом, без культурного опосредствования, включающего в себя знаковые системы, те или иные формы воспитания и образования и обязательное взаимодействие с другими людьми, развитие высших психических функций просто невозможно. Они, собственно, и представляют собой всецело искусственный продукт общественного производства человека, которое, будучи выделенным в особую сферу отношений между людьми, получило название «культура».

Первоначальная гипотеза Выготского состояла в том, что в онтогенезе культурному обращению подвергается отдельные психические функции: синкретическое мышление преобразуется в понятийное, натуральная память –

⁸ В качестве иллюстрации «потрясающей» его закономерности, согласно которой первоначально всякая высшая функция разделена между двумя людьми и лишь потом трансформируется в способ поведения индивида, Выготский приводит экспериментальные исследования Пиаже, показавшие, что «мышление, особенно в дошкольном возрасте, появляется как перенесение ситуации спора внутрь, обсуждение в самом себе. ...Один процесс происходил в моем мозгу, другой – в мозгу того, с кем я спорю: «Это место мое». – «Нет, мое. – Я его занял раньше». Система мышления здесь разделена между двумя детьми. То же самое и в диалоге: я говорю – вы меня понимаете. Лишь позднее я начинаю говорить сам для себя» [40, с. 116]. Такое понимание мышления, являющееся, по признанию Выготского, результатом переосмысления выводов Пиаже «на свой лад» [там же, с. 115], чрезвычайно близко идеям, которые в 1920-е гг. развивал М.М. Бахтин.

в логическую и т.д. Однако уже в 1930 г. он называет, такое представление упрощенным и даже ошибочным [40, с. 110]. Многочисленные факты детского развития, патологического распада психических функций, а также их «загадочного» соединения у примитивных людей, привели его к убеждению, что в процессе исторического развития поведения «изменяются не столько функции... не столько их структура, не столько система их движения, сколько изменяются и модифицируются отношения, связи функций между собой, возникают новые группировки, которые были неизвестны на предыдущей ступени» [там же]. Такие относительно устойчивые комплексы функций, представляющие собой по сути дела исторические формации личности, Выготский назвал психологическими системами. Их существенная особенность заключается в целостности: именно соединение различных, находящихся на разных ступенях развития

психических функций позволяет личности выполнять определенные поведенческие задачи.

Например, у ребенка 5–10 лет операция мышления осуществляется главным образом с помощью (естественной) памяти, мыслить для него – значит вспоминать конкретные случаи или ситуации. В переходном возрасте происходит перестановка функций: благодаря развитию понятийного мышления вспоминать для подростка – «это, прежде всего, разыскивать в известной логической последовательности то, что нужно» [там же, с. 120]. При этом участвующее в запоминании мышление также преобразуется, в частности, совершенно абстрагируется от проблемы истинности. Модифицируются не отдельные функции, но все связи и отношения между ними, в результате чего формируется новая психологическая система [там же, с. 115].

Представление об амплитуде изменений и гибкости психологических систем дает поразившее Выготского⁹ наблюдение Л. Леви-Брюля за процессом принятия реше-

⁹ И не только его – К. Г. Юнг использует его и подобные наблюдения Леви-Брюля в качестве подтверждения прогностической функции «коллективного бессознательного».

ний у одного кафра. Заезжий миссионер предложил ему послать сына в школу. Поставленный в проблемную ситуацию, кафр ответил: «Я об этом увижу во сне». Сон выполнял у него функцию мышления¹⁰ [там же, с. 117]. С подобной ролью сновидений мы сталкиваемся и в литературе древности, сохранившей для нас структуру этого психологического феномена. Наиболее архаичная форма мышления во сне представляет собой, как полагают антиковеды¹¹, воспринимаемое в качестве объективного факта явление сновидцу посланца, который сообщает, как следует поступить [237, с. 104-105]. Именно таким образом Агамемнон принимает опасное решение вести в бой «кудреглавых данайцев» во 2 главе Илиады (Илиада, II, 5-75). Гостем его сна (*oneiros*'ом) становится по воле Зевса «более всех Агамемноном чтимый старец» Нестор, психологически играющий роль искусственного стимула.

Чем же определяется форма и видоизменения психологических систем? Все тем же генетическим законом, согласно которому любая функция вначале появляется в отношениях между людьми, а уже потом в качестве формы индивидуального поведения. Первоначально связь функций задается индивиду извне посредством знака – речи, культурных и идеологических систем и лишь впоследствии и далеко не всегда¹² интериоризуется. «Нату-

¹⁰ «Кросс-культурными» исследованиями психологических систем первобытных людей в течение нескольких десятилетий занимался американский последователь Л.С. Выготского М. Коул. См.: 94.

¹¹ Проф. Роуз выделяет три универсальные мифологические формы интерпретации сновидений: 1) в качестве объективного факта; 2) как того, что видела душа, временно

покинувшая тело в мире духов; 3) символическое истолкование. Каждая из этих форм, по всей видимости, выполняла функции мышления, овладения собственным поведением и др. [94, с. 104].

¹² Связь функций психологических систем первобытного человека поддерживается при помощи внешних знаков – табу, магических и священных предметов и т.п. Овладение своим поведением не продвигается у него дальше «магической» стадии. Решение, «подсказанное» сновидцу *oneiros*'ом, трактовалось в гомеровы времена как воля богов или их злой умысел (случай Агамемнона).

269

ральную» память 7-летнего ребенка нагружает мыслительной функцией задача, словесно сформулированная взрослыми. Сновидения кафра становятся орудием принятия решений под влиянием коллективных представлений его племени и т.п. Знак же в свою очередь выражает определенную *социальную связь функций*, или исторически выработанную форму регуляции поведения, опосредствующую взаимодействие индивидов в том или ином обществе. Специфическая функция знака заключается в перенесении социальных связей (способностей) в мозг индивида, позволяющем ему выполнять те или иные задачи, выдвигаемые его социальным окружением. Знак является орудием, с помощью которого поведенческие возможности человека приспособляются к требованиям общества, в котором он живет. Завершение процесса интериоризации у примитивных народов символизирует обряд инициации. В современном обществе оно отмечено становлением в подростковом возрасте самосознания, которое, как показали Выготский и Леонтьев, есть не что иное, как саморегуляция поведения на основе понимания связей между явлениями и процессами, прежде задававшихся извне.

* * *

Таким образом, культурно-историческая теория развития психики доказала что:

1. Высшие психические функции, которые клиническая психиатрия редуцирует к «совместной деятельности множества клеток мозга», являются результатом освоения каждым отдельным человеком в «снятом» виде всеобщих, т.е. выработанных человечеством в ходе социального преобразования действительности, форм деятельности. Это освоение осуществляется посредством регуляции поведения индивида другими людьми с помощью искусственных стимулов, или знаков. Поскольку знаковое опосредствование направляет и регулирует образование каналов связи между нейронами, именно оно формирует биологический субстрат – «удивительную целесообразность» человеческого мозга не только в фило-, но и в онтогенезе. Стало быть, социальный способ существования обуслов-

270

ливает устройство мозга человека, а не наоборот, как утверждает

«центральная догма нейробиологии».

2. Поведение человека регулируется не отдельными разрозненными психическими функциями, «отвечающими» за те или иные виды его деятельности, а системами функций, единство и «сотрудничество» которых позволяет ему выполнять определенные поведенческие задачи. Форма и изменение психологических систем человека детерминируются его «интерпсихологическим» взаимодействием с другими людьми, или «связью между мозгами», в которую он включен с момента рождения. Отсюда следует, в частности, возможность психологического замещения, восполнения и т.п. функций, отсутствующих или недоразвитых у индивида в силу каких-либо биологических аномалий.

5.2. Органический дефект и развитие личности

Теперь, когда мы знаем закономерности, управляющие нормальным психологическими процессами, мы можем обратиться к процессам аномальным. Исследовательский интерес Выготского в этой области был сфокусирован на патологии детского развития: в связи с реформой системы образования в 20-е годы прошлого века это направление имело огромное практическое значение. Что же касается теоретического контекста, то, с одной стороны, дефектология испытывала сильное влияние психоанализа¹³ (Выготский, в частности, опирался на идеи А. Адлера), а

¹³ Психоанализ определялся в учредительных документах Наркомпроса как «один из методов изучения и воспитания человека в его социальной среде» [221, с. 228]. Членами общества были крупнейшие отечественные реформаторы педагогики С.Т. Шацкий, П.П. Блонский и др. Педагогическое применение психоанализ получил в организованном И. Ермаковым и супругами Шмидт «психоаналитическом детском саду» (1921), куда, как пишет А. Эткин, «партийные функционеры, «не могущие», или не желающие воспитывать своих детей, сдавали их в хорошие руки» [там же, с. 243]. Среди воспитанников был, по видимому, и родившийся в 1921 г. Василий Сталин.

с другой – была ареной ожесточенных споров о соотношении биологического и социального в человеке¹⁴.

Итак, обуславливает ли органический дефект – мозга, зрения, слуха и т.п. – психологическое развитие? Или ущербность *дефективных детей* – всецело результат социальной стигматизации и изоляции, как считают адепты «либерального проекта» антипсихиатрии? А может быть, все дело в негативной педагогике «школ для дураков», «идейное» оправдание которой со всей откровенностью высказал в свое время А.С. Грибоедов: «Цель единой трудовой школы создать строителя новой жизни на коммунистических началах. Цель вспомогательной школы такой быть не может, так как умственно отсталый, хотя бы и получивший образование и приспособленный

относительно к обществу, его окружающему, и вооруженный средством для борьбы за свое существование, не может быть строителем, творцом новой жизни, от него требуется лишь не мешать другим строить¹⁵»? [цит. по: 41, с. 31].

Последовательно отстаивая концепцию культурно-исторического развития психики человека, Выготский тем не менее никогда не становился на позицию голого отрицания, свойственную «новым левым» от психиатрии. Поскольку высшие психические функции формируются на биологической, в том числе нейрофизиологической, основе, органические поражения, конечно же, оказывают влияние и на развитие ребенка, и на поведение взрослого человека. Но в чем это влияние состоит, каковы его границы и – главное – предопределяет ли оно личностное развитие – вот, в чем суть проблемы.

В дефектологии, клинической психиатрии и эмпирической психологии, которые, по выражению Выготского,

¹⁴ Важная роль в обосновании социальной природы человека принадлежала американским школам – прагматизму и бихевиоризму.

¹⁵ Это установка чрезвычайно сильна и в наши дни, особенно de facto. Предикат «коммунистический» лишь заменяется предикатами «современный», «либеральный», «индустриальным», «научно-технический» и т.п.

«считать и мерить... начали раньше, чем экспериментировать, наблюдать, анализировать, расчленять и обобщать, описывать и качественно определять» [там же, с. 6], доминировал количественный подход, сводивший проблему органических поражений к «уменьшенному в пропорциях развитию» [там же]. Слепой ребенок рассматривался как нормальный ребенок, лишенный зрения, умственно отсталый – как (частично) лишенный интеллекта и т.д. При этом основной, а порой и единственной целью обследования *дефективных детей* становилось выяснение того, в чем они уступают нормальным людям, что у них отсутствует, *чего у них нет*.

Подобный арифметический метод сохраняет свои позиции и в наши дни. Так, авторы основанного на международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) руководства по психиатрии завершают подробный перечень изъянов, характерных для разных степеней умственной отсталости [145, с. 356–358], следующими диагностическими ориентирами: «Легкая степень расстройства (F70) диагностируется при тестовых данных IQ в пределах 50–69, что в целом соответствует психическому развитию ребенка 9-12 лет. Умеренная степень (F71) диагностируется при IQ в пределах 35–40 (6–9 лет), тяжелая степень (F72) – при IQ в пределах 20-34 (3-6 лет), глубокая (F73) – при IQ ниже 20 (ребенок до 3 лет)» [там же, с. 358].

Между тем психологическое развитие человека не является ни простым, ни однолинейным, ни непрерывным. На любом этапе оно характеризуется системностью и качественным своеобразием. А значит, дети с физическими дефектами не только (в той или иной степени) лишены

способностей «нормальных» людей, но и обладают способностями, которых у «нормальных» детей нет и которые формируются в связи с наличием у них изъянов. Главная задача дефектологии заключается, полагал Выготский, в выяснении закономерностей перестройки психологических систем под влиянием органических дефектов.

Системообразующей основой психологии человека является «ансамбль общественных отношений», в рамках

273

которого формируется его личность. Это – важнейшая предпосылка понимания природы патологических процессов. Можно сколько угодно гадать, как влияют на развитие индивида те или иные органические аномалии в «чистом виде», смог бы выжить без посторонней помощи слепой, глухой или слабоумный ребенок, как бы он приспосабливался к окружающей среде и т.п. Но все это – целиком и полностью умозрительные предположения, поскольку любой человек изначально включен в контекст отношений с другими людьми.

Сам по себе физический недостаток, точно также, впрочем, как и достоинство, не имеет никакого психологического значения. Слепой от рождения никак не ощущает своей слепоты, и «состояние его психики несколько не испытывает боли от того, что его глаза не видят» (там же, с. 68]. Слабоумный вследствие хромосомной аномалии (синдрома Дауна, например) или пренатальной инфекции не чувствует дефекта своего мозга, не страдает от его наличия. Страдание, чувство собственной неполноценности, ущербности, отверженности порождаются не органическим дефектом, а его социальными следствиями – ограничениями культурного и профессионального развития, стигматизирующим или преувеличенно заботливым отношением окружающих, одиночеством, вынужденной маргинальностью – словом, снижением общественной значимости человека. Но те же негативные чувства становятся стимулом психологического развития индивида, заставляют его искать пути замещения отсутствующих у него способностей. «Предположим, – пишет Выготский, – что органический дефект не приведет по *социальным причинам* к возникновению чувства малоценности, т.е. к низкой психологической оценке своей социальной позиции. Тогда не будет и психологического конфликта... Решает судьбу личности в последнем счете не дефект сам по себе, а его социальные последствия, его социально-психологическая реализация» [там же, с.14].

Социально-психологическая реализация дефекта есть не что иное, как его компенсация, или психологический процесс, восполняющий физиологический изъян и, как

274

показал А. Адлер, протекающий отнюдь не всегда в социально приемлемом или(и) развивающем личностное направление. Ввиду того, что компенсаторные

механизмы начинают формироваться практически с момента рождения индивида, отделить их от «натуральных» проявлений органической недостаточности *непосредственно* не менее сложно, чем разделить культурное и биологическое развитие человека. Их спаянность выступает, в частности, эмпирическим основанием представления о детской дефективности, а также концепции «душевной болезни», подвидом, которой оно является. В самом деле, в фокусе осуществляющегося в рамках специализированных учреждений (больниц, инспекций по делам несовершеннолетних, тюрем и т.п.) наблюдения психиатров, психологов, дефектологов, находятся по преимуществу асоциальные и болезненные формы компенсации – девиантное поведение, отставание в учебе, нетрудоспособность, эмоциональная тупость, агрессивность и т.п. – в их *единстве с физиологическими дефектами*. Позитивистское истолкование превращает их далее в нозологические признаки (следствия) этих дефектов.

Источником заблуждения является здесь не столько сам по себе физиологический редуционизм, сколько произвольность и (прямо-) линейность абстрактного мышления, вырывающего два ряда признаков из системы целого и связывающего их непосредственным причинно-следственным отношением.

Предостерегая от прямолинейных выводов при диагностике олигофрений «специфические этиологические факторы» которых «остаются неизвестными» [145, с. 355], т.е. при отсутствии органических поражений, авторы МКБ-10 указывают на *обходные пути негативной компенсации, ведущие к образованию симптомов умственной отсталости*. Пассивность, подчиняемость, безынициативность дебильных детей провоцируется, пишут они, с одной стороны, гиперопекой родителей, а с другой – обезличивающим, авторитарным обращением с ними в специализированных учреждениях, и поэтому «является скорее больничным артефактом, а не истинной характерис-

275

тикой поведения этих лиц». «Артефактом» они объявляют также агрессивность таких детей, поскольку она может быть вызвана окружающими и являться единственно доступным способом «преодолеть всеобщее безразличное отношение и обратить на себя внимание» [там же, с. 354]. Тем самым авторы МКБ-10 признают, что картина умственной отсталости представляет собой комплекс вторичных, третичных и т.д. психологических реакций и развитии, понять которые можно лишь путем генетического анализа взаимоотношений ребенка с другими людьми. Остается пожалеть, что такой подход не применяется в МКБ-10 последовательно, т.е. также в отношении расстройств, сопровождающихся актуальными или гипотетическими (как в случае шизофрении, например) органическими дефектами.

Феномен компенсации очевидным образом предполагает систему,

причем систему органическую, обладающую свойством самоизменения, благодаря которому становится возможным восполнение или замещение функции пораженного органа. В животном мире компенсация является важнейшим средством приспособления организма к окружающей среде. Тело человека – также биологическая система, в которой действуют естественные компенсаторные механизмы. При удалении одного из парных органов (почки, легкого), например, другой берет на себя его функции, введение ребенку малой дозы болезнетворных микробов влечет за собой выработку антител и т.д. «В медицине все больше укрепляется взгляд, согласно которому единственным критерием здоровья или болезни является Целесообразное или нецелесообразное функционирование целого организма, а единичные ненормальности оцениваются лишь постольку, поскольку нормально компенсируются или не компенсируются через другие функции организма» [41, с. 39].

Отсюда может возникнуть мнение, что социально-психологическая реализация дефекта в развитии личности представляет собой не что иное, как разновидность либо *универсально-витального*, либо *биологического* феномена компенсации. В обоих случаях ее осуществление должно

276

мыслиться как спонтанный процесс саморазворачивания (потенции жизни или выработанного в ходе естественного отбора инстинкта), как своего рода автоматизм. Именно такое представление преобладает у А. Адлера, который хоть и опосредствует отношение физический дефект – психологическая компенсация *осознанным чувством неполноценности*, однако же, саму компенсацию рассматривает как проявление пробужденного этим чувством социального инстинкта личности – воли к власти. В таком случае задача дефектолога (психотерапевта, педагога) сводится исключительно к *фасилитации* этого (естественного) процесса.

Между тем, разделение культурной и биологической линий развития человека дает возможность не только различить органическую и психологическую компенсацию, но и выявить закон, управляющий последней. Наиболее полно и последовательно исследования Выготского в этой области представлены в работах начала 30-х гг., но уже в 1924-м он сформулировал ключевые критические аргументы в адрес натуралистического и виталистского понимания психологической компенсации.

Во-первых, Выготский развенчивает миф о биологической природе психологического восполнения дефекта. Существует весьма распространенное представление, пишет он, о том, что мудрая и предусмотрительная природа вознаграждает человека за дефект одного органа большей чувствительностью другого, словно бы исправляя допущенную ею ошибку. «Так часто рассказывают получудесные истории о необыкновенном чувстве осязания у слепых или зрения у глухонемых» [там

же, с. 64]. Специальные исследования опровергают это представление – никаких значительных физиологических особенностей восприятия у людей с дефектами слуха и зрения нет. Незаурядность зрения глухих и осязания слепых обнаруживается лишь на уровне высших психических процессов: глухие, например, считывают человеческую речь при помощи зрения (по губам), слепые читают посредством осязания (пальцами) и т.д. «Иными словами, причины этому не конституциональные и органические, заключающиеся в особен-

277

ности строения органа или его нервных путей, а функциональные, появляющиеся в результате длительного использования данного органа в иных целях, чем это бывает у нормальных людей» [там же, с. 65]. Экстраординарно у слепых не осязание, а то, что при формировании высших психических процессов, оно замещает собой другую – отсутствующую – низшую функцию (зрение), выступающую физиологической основой способности чтения у нормальных людей; необычны, следовательно, *межфункциональные связи их психологических систем.*

Что же касается инстинктов вообще и «социального инстинкта» в частности, якобы подталкивающих детей с органическими дефектами к поиску обходных путей развития, то наиболее впечатляющим свидетельством против них является опыт воспитания слепоглухонемых детей в знаменитом «мещеряковском» детском доме¹⁶. И хотя звенигородский эксперимент был осуществлен через много лет после смерти Л.С. Выготского, он по праву может рассматриваться в качестве детища ученого, поскольку проводился в соответствии с культурно-исторической концепцией развития психики. По свидетельству Э.В. Ильенкова, следившего за взрослением слепоглухонемых детей в течение многих лет, в «исходном» естественном состоянии у них не было не только «мифических» рефлексов свободы, цели, поисково-ориентировочного рефлекса и т.п., но даже потребности в движении. Потребность в пище была, а инстинкта, который позволил бы найти находящуюся рядом бутылочку с молоком, нет. «Любое животное, – пишет в этой связи Ильенков, – ищет и находит путь к пище, к воде, активно сообразуя траекторию своего передвижения с формами и расположениями внешних тел, с геометрией окружающей среды. Слепоглухо-

¹⁶ В звенигородском детском доме под руководством А.И. Мещерякова и И.А. Соколянского в 1960-70-е гг. впервые в мировой практике был проведен успешный эксперимент по полноценному развитию слепоглухонемых детей. «Старшая группа» – Сергей Сироткин, Александр Суворов, Наталья Корнеева и Юрий Лернер – в полном составе окончила впоследствии психологический факультет МГУ.

278

рожденный человек и этого не умеет. И этому его приходится учить (как,

впрочем, и зрячеслышащего; только при «норме» мы делаем все необходимое не задумываясь, а потом начинаем думать, что поисково-ориентировочная деятельность (или «воля к власти». – Е.Р.) возникла «сама»)» [79, с. 34].

Во-вторых, Выготский указывает на ошибочность представления о том, что психологическая компенсация как амбитенденция дефективности содержит в себе все необходимое и достаточное для ее преодоления. Это неверно прежде всего потому, что компенсация весьма часто бывает неудачной – столкновение с трудностью приводит не к развитию, а к невротизации, болезни, деградации, порой и к распаду личности. «Неудавшаяся компенсация превращается в защитную борьбу при помощи болезни, в фиктивную цель, направляющую весь жизненный путь по ложному пути» [41, с. 42].

Честь открытия компенсаторных механизмов образования психических и соматических расстройств, безусловно, принадлежит З. Фрейду, показавшему, что невротические симптомы представляют собой результат многоступенчатого разрешения противоречий, возникающих при столкновении личности с затруднениями или препятствиями. Симптом замещает вытесненные, нарушенные или прерванные психологические процессы. В классическом случае Анны О., например, не нашедшие выхода и разрешения в силу жестких моральных запретов сильные чувства омерзения (к гувернантке), страха смерти и любви к отцу трансформировались в симптомы спастического паралича обеих правых конечностей с отсутствием чувствительности, расстройства зрения, отвращения к приему пищи, нарушения речи, состояния спутанности, бреда, изменения всей личности девушки [186, с. 347]. Истерическая конверсия, вытеснение, проекция, отрицание, замещение, рационализация, реактивное образование, регрессия – все эти хорошо изученные психоанализом «механизмы защиты» являются не чем иным, как различными обходными путями патогенной компенсации. Органические дефекты представляют собой лишь один из видов

279

затруднений, с которыми сталкивается человек в своем развитии.

Таким образом, компенсация – это универсальный способ перестройки психологических систем. Она может вести как к росту, творческому и социальному утверждению личности, так и к неврозу, болезни, изоляции и даже смерти. В связи с этим неизбежно возникает вопрос о природе той целесообразности, которая обнаруживается при анализе не только позитивной, но и патогенной компенсации. Как раз эту проблему затрагивает третий критический аргумент Выготского, сформулированный во всей полноте в работах начала 30-х гг. В его фокусе находится представление об индивидуально-субъективной природе компенсации.

А. Адлер и его последователи, полагали, что обязательным условием психологического преодоления дефекта является осознанное чувство

неполноценности, придающее процессу замещения функций позитивное (социально приемлемое) направление. Источником целесообразности и фонда компенсации они считали, таким образом, *автономного субъекта*. Если же у человека нет чувства и сознания собственной ущербности, то путь позитивной компенсации для него закрыт. На этом основании адлеровская школа скептически оценивала потенции развития умственно отсталых детей, которые не признают своей отсталости, не замечают своей недостаточности, довольны собой, а значит, не испытывают чувства неполноценности, лежащего в основе компенсаторных процессов у нормальных детей.

Фактически такой подход отрицает возможность обходных путей личностного развития для всех случаев, в которых психологические конфликт не приводит к низкой самооценке или, несмотря на наличие затруднений (органических дефектов, например), отсутствует вовсе. Полноценное развитие воспитанников «мещеряковского» детского дома может быть объяснено с этой точки зрения разве что как чудо, равно как и известное многим обществам прорицательство слепых и блаженных (одной из которых была дельфийская Пифия). «У некоторых народов, – пи-

280

шет Выготский, – скажем, вследствие суеверно-мистического отношения к слепым, создается особое почитание слепого, вера в его духовную прозорливость. Слепой там становится прорицателем, судьей, мудрецом, т.е. занимает вследствие этого дефекта высшую социальную позицию. Конечно, при таких условиях не может быть и речи о чувстве малоценности, дефективности и т.д.» [там же, с. 14]. Тем не менее социально-психологическое преодоление дефекта происходит и весьма успешно.

Субъективистское понимание компенсации характерно для многих школ психотерапии. Не только адлеровское, но и юнгианское, феноменологическое, когнитивное и другие направления психотерапии связывают разрешение личностных противоречий исключительно с процессом их (так или иначе понимаемого) осознания. Даже Фрейд, открывший множество хитроумных способов, коими в обход индивидуального сознания формируются невротические симптомы, считал, что необходимым и достаточным условием их исчезновения является их осознание пациентом. Между тем это не объясняет не только успешного преодоления дефекта умственно отсталыми или слепоглухонемыми детьми (развитием которых Фрейд не занимался), но и феномена сублимации, который Фрейд изучал и описывал как *бессознательно* протекающий процесс компенсаторного развития.

Все эти противоречия разрешимы только, если отказаться от субъективистского толкования компенсации и допустить, что ее цели и фонд находятся за пределами индивидуального сознания, попадая (или не попадая) в его поле точно так же, как любые другие предметы и явления. Из этого и исходил Выготский, утверждавший, что психологическая компенсация

обладает *объективной* целеустремленностью ничуть не в меньшей степени, чем биологическая [там же, с. 121]. Различие между ними не в степени объективности, а в природе целостностей, в рамках которых они происходят. Иными словами, *биологическая и психологическая компенсации определяются качественно различными системами и осуществляются в соответствии с разными закономерностями.* От-

281

крыв закон естественного отбора, Ч. Дарвин материалистически обосновал телеологизм органических компенсаторных процессов и тем опроверг виталистское представление о предустановленной гармонии энтелехий (монад) жизни. Теория культурно-исторического развития психики позволила совершить такой же прорыв в понимании психологической компенсации.

Стимулом к формированию любых компенсаторных механизмов служат объективные трудности, с которыми сталкивается в ходе жизни та или иная органическая целостность. Биологический организм восполняет дефект парного органа, потому что это позволяет ему как целому взаимодействовать с окружающей средой определенным выработанным в процессе эволюции способом, который и положен в форме его телесности. Специфика человеческого способа существования заключается, как было показано выше, не в строении тела или мозга, а в связи между телами и мозгами представителей вида *Homo Sapiens*. Именно эта связь, или ансамбль отношений между людьми, является целостностью, определяющей образ жизни и мысли – *форму* – человеческой личности, а также цели ее компенсаторных процессов. Вот почему у детей с одними и теми же органическими недостатками «компенсация протекает в совершенно разных направлениях в зависимости от того, какая ситуация создалась, в какой среде ребенок воспитывается, какие трудности возникают для него из этой недостаточности» [там же, с. 121]. «Если бы развитию дефективного ребенка не были поставлены социальные требования (цели), если бы эти процессы были отданы во власть биологических законов, если бы дефективный ребенок не стоял перед необходимостью превратиться в определенную социальную единицу, социальный тип личности, тогда его развитие привело бы к созданию новой породы людей. Но... цели развитию поставлены заранее (необходимостью приспособиться к социально-культурной среде, созданной в расчете на нормальный человеческий тип)» [там же, с. 15].

Поскольку форма индивидуальной психики социально обусловлена, при наличии органических дефектов или

282

иных объективных трудностей, препятствующих взаимодействию человека с другими людьми, его психологическая система перестраивается таким образом, чтобы он мог преодолеть эти препятствия. В необходимости

приспособиться к социокультурной среде коренится телеологизм как успешной, так и неудачной, патогенной компенсации: замещение зрением слуха дает возможность глухому считать речь других людей, т.е. общаться с ними, но и болезнь истерика позволяет обходным путем привлечь к себе внимание окружающих, стать объектом их забот и попечения. Отсюда следует, во-первых, что объективный смысл компенсаторных процессов может быть выявлен лишь на основе анализа системы отношений человека с другими людьми. Объективность при этом вовсе не препятствует пониманию пациента как субъекта, личности. Л. Бинсвангер, например, как и другие экзистенциальные терапевты, признавал ее в качестве *априорности* конфигурации Dasein. Во-вторых, дефектолог (психотерапевт, педагог) не может рассматривать компенсаторные процессы, во всяком случае сами по себе, как главный организующий принцип своей работы; его задача ни в коей мере не сводится к их фасилитации. В чем же она состоит? Она заключается в том, чтобы, используя различные социокультурные средства, помочь ребенку преодолеть затруднения в освоении всеобщих форм деятельности и стать полноценным, т.е. включенным в сообщество людей, человеком.

* * *

Итак, опровергнув традиционное представление о том, что органические аномалии обуславливают личностное развитие и показав, что даже при наличии таких аномалий источником психических расстройств (детской «дефективности»), а, следовательно, и предметом коррекции, являются противоречия социальной, «неорганической» жизни, Л.С. Выготский заложил систему базисных идеализации психотерапии. Нам остается определить ее предмет и задачи.

283

5.3. Противоречия «неорганической» жизни человека как предмет психотерапии

В свете культурно-исторической концепции и дефектологического наследия Л.С. Выготского *задача психотерапии заключается в том чтобы, на основе познания закономерностей патогенной компенсации, в результате которой противоречия между людьми трансформируются в психические расстройства, помочь пациентам преодолевать такие расстройства посредством «вспомогательных психологических орудий», или социокультурных практик.*

Противоречие развития «дефективных» детей как раз и является «чистым» примером проблем, входящих в компетенцию психотерапии. Суть этого противоречия Л.С. Выготский выразил так: «Те две линии развития (биологическая и культурная. – Е.Р.), которые у нормального ребенка совпадают, у ненормального расходятся. Средства культурного поведения

исторически создавались в расчете на нормальную психофизиологическую организацию человека. Именно эти средства и оказываются негодными для ребенка, отягощенного дефектом. У глухонемого ребенка расхождение обусловлено отсутствием слуха и характеризуется, следовательно, чисто механической задержкой, которую встречает на своем пути развитие речи, а у умственно отсталого ребенка слабость заключается в центральном аппарате...» [39, с. 237]. Указанное расхождение и является источником отставания в развитии «дефективных» детей, их отчуждения от сверстников, а в перспективе – от мира культуры и социального взаимодействия.

Понимание культурной отсталости детей с органическими недостатками в качестве *противоречия личностного развития* предполагает признание ценности свободного самостоятельного субъекта, которое, с одной стороны, является продуктом буржуазных преобразований, а с другой – несовместимо с обусловленным этими преобразованиями отождествлением человека с товаром (рабочей силой, имеющей рыночную цену). Это понимание выражает квинтэссенцию европейской гуманистической традиции.

284

«Противоречие Выготского» показывает также тупиковость той линии рассуждения, которой придерживались «франкфуртские левые», Фуко в «генеалогии власти», а также адепты «политического» направления антипсихиатрии. Если решение проблемы психических расстройств сводится к ликвидации «контроля над сознанием» со стороны «дисциплинарной власти» и отстаивания права таких расстройств на нормальное существование, то нормой для глухого, слепого или умственно отсталого человека следует признать ограничение целого ряда его человеческих и гражданских прав, включая право на образование, выбор профессии, участие в выборах и собраниях, свободное выражение своего мнения и т.д. Формально они, разумеется, сохраняются, но реализовать их даже при условии назначения государством особых чиновников, которые будут приносить урны для голосования на дом, читать тексты бюллетеней, записывать мнения и учитывать претензии таких людей, вряд ли удастся. Все эти меры, соответствующие либеральным идеалам толерантности и *Political Correctness*, недостаточны именно в виду их формализма. Они направлены даже не на вторичные, а в лучшем случае на третичные осложнения «дефективности». Базисное же противоречие, выражающееся, в частности, в том, что осуществление гражданских и человеческих прав предполагает «нормальное» культурное развитие личности, достичь которого самостоятельно слепые, глухие, умственно отсталые люди не в состоянии, не затрагивается вовсе. Поэтому при таком подходе они обречены оставаться *объектом* опеки и заботы других. Не помогут здесь и ни обычные «социальные» (такие, например, как квоты в учебных заведениях), ни экономические (пенсии, пособия, дотации и т.п.) программы, во всяком случае, сами по себе.

Для того чтобы ликвидировать «дефективность» детей с органическими недостатками необходимы «особые, специально созданные культурные формы» [41, с. 23], включающие в себя как «искусственные культурные системы», подобные осязательному алфавиту слепых и дактилологии, так и специфические приемы и методы обучения,

285

поскольку «процессы овладения и пользования этими культурными вспомогательными системами отличаются глубоким своеобразием» [там же, с. 24]. Разработкой социокультурных практик, позволяющих формировать позитивную компенсацию органических недостатков, и занимается психотерапия (дефектология).

Вместе с тем органические изъяны, как уже подчеркивалось, являются лишь частным, хотя и репрезентативным, примером трудностей, приводящих при определенных условиях к возникновению противоречий в развитии личности. К существу других психических расстройств, требующих психотерапевтического вмешательства, органические аномалии вообще не имеют никакого отношения. При истерии, например, столкновение желаний индивида с противодействием других людей (отказами, запретами и т.п.) всякий раз «разрешается» зафиксированным в детстве способом – манипулированием окружающими людьми вплоть до формирования мучительных для самого истерика конверсионных симптомов и попыток самоубийства. При наркотических зависимостях возникает порочный психологический круг – жизненные трудности «преодолеваются» посредством психоактивных средств, а употребление этих средств усугубляет жизненные трудности. При фобических расстройствах страх определенной ситуации не позволяет индивиду овладеть ею, даже если он обладает необходимыми для этого навыками и умениями, страх превращает ситуацию в непреодолимое препятствие, которое в свою очередь порождает страх. Во всех подобных случаях «душевное» расстройство представляет собой не совокупность и даже не комплекс *симптомов*, но целостную психологическую систему, сформировавшуюся в процессе патогенной компенсации. Страдающие такими расстройствами люди теряют контроль над собственным поведением, отчуждаются от своего социального окружения, становясь рабами обстоятельств, которые они снова и снова воспроизводят собственными действиями. Им нужна помощь, но обычные культурные практики не дают желаемого результата – это знает каждый, кто пытался *объяснить* истерику неадекватность его жизненных

286

установок, *убедить* алкоголика бросить пить, или *научить* страдающего фобией человека справляться с пугающей его ситуацией.

Адепты клинической психиатрии часто ссылаются на то, что ее методы *помогают* душевнобольным: смягчают их страдания, снижают агрессивность

и т.п. С этим вряд ли стоит спорить... «Помогают» не только антидепрессанты и ЭСТ, но и наркотики, алкоголь. В известном смысле «помогает» сама «душевная болезнь». В том то все и дело, что действие психиатрической «терапии» принципиально подобно механизму патогенной компенсации: устраняя различными способами внешние проявления психических расстройств, она *консервирует, герметизирует*, а часто и *усугубляет* их основу. Внушая пациентам, что они больны, приучая их к транквилизаторам, антидепрессантам, пособиям по инвалидности, изолируя их от общества, клиническая психиатрия не только не содействует, но *препятствует* выявлению и разрешению противоречий, обуславливающих возникновение психических расстройств, формированию у людей, страдающих такими расстройствами, способности самостоятельно справляться с жизненными трудностями, включению их в сообщество людей.

* * *

Открытие социальной природы психических расстройств было сделано Фрейдом, хотя выразил он его на языке медицины. Под психоанализом он понимал содержательный анализ процесса трансформации противоречий между людьми в интрапсихические конфликты (желаний установок и т.п.), а этих последних – в невротические *симптомокомплексы*¹⁷, или психологические системы, подчиненные цели патологического (асоциального, болезненного и т.п.) «разрешения» таких конфликтов. «Сравнительное исследование поводов заболеваний, – писал он

¹⁷ Сам термин «комплекс» и, соответственно, «симптомокомплекс» был введен в психоанализ К.Г. Юнгом, но, начиная с «Толкования сновидений», Фрейд рассматривает симптом как внешнее проявление системного расстройства, или невротической перестройки «психологического аппарата».

о пациентах, страдающих от «неврозов перенесения» (конверсионной истерии, невроза навязчивых состояний и истерии страха), – дает результат, который можно сформулировать следующим образом: эти лица заболевают вследствие вынужденного отказа от чего-то, когда реальность не дает им удовлетворения их сексуальным желанием» [189, с. 191]. Их симптомы имеют целью либо исполнение таких желаний «окольным путем», либо защиту от них. «...Они являются результатами компромисса, происшедшего из борьбы двух противоположных стремлений, и представляют как вытесненное, так и вытесняющее, участвовавшее в их образовании» [там же].

Задача психоаналитика, полагал Фрейд, заключается в том, чтобы выявить путем реконструкции компенсаторных механизмов того или иного невроза, лежащее в его основании противоречие, а затем помочь пациенту преодолеть сопротивление анализу и тем устранить вытеснение, препятствовавшее осознанию конфликта между желанием и запретом. В этом

случае патогенное противоречие, находившее «разрешение» в невротических симптомах, превратиться в нормальную психологическую ситуацию выбора, борьбы мотивов. В этот момент, полагал Фрейд, психоаналитику следует закончить терапевтические отношения с пациентом и предоставить ему свободу действий. Он считал недопустимым использование терапевтом своего авторитета для менторского руководства поведением пациента [там же, с. 276-277]. Жесткость позиции Фрейда в этом вопросе во многом обусловлена сознательным стремлением строго разграничить психоанализ (психотерапию) и сферу общественной нравственности (идеологии). Психотерапия ни в коей мере не предназначена для управления поведением человека в религиозных, политических, экономических целях, она – средство восстановления и развития его способности к самостоятельной регуляции своего поведения. Психоанализ учит пациентов критически относиться как к императивам общественной нравственности, так и к собственным «естественным» желаниям. Он приучает их к «свободному от предрассудков обсуждению сексуальных вопросов, как и

288

всяких других». «И если они, став самостоятельными после завершения лечения, решаются по собственному разумению занять какую-то среднюю позицию между полным наслаждением жизнью и обязательным аскетизмом, – пишет Фрейд, – мы не чувствуем угрызений совести ни за один из этих выходов. *Мы говорим себе, что тот, кто с успехом выработал истинное отношение к самому себе, навсегда защищен от опасности стать безнравственным, если даже его критерий нравственности каким-то образом, и отличается от принятого в обществе»* (курсив мой. – Е.Р.) [там же, с. 277]. Таким образом, отказ Фрейда от использования открытых им закономерностей для формирования позитивной компенсации пациентов был обусловлен принципиальными с точки зрения профессионального самоопределения психотерапии соображениями.

Теоретическая и методическая непроясненность того, можно ли применить закономерности образования невротических симптомов в целях переориентации психологических систем пациентов, и нужно ли это делать, стала мощным стимулом развития психоанализа. Именно эта проблема была выдвинута Лаканом в качестве основания отделения «французской группы» в 1953 году¹⁸, послужила толчком к продолжению психотерапевтических исследований во второй половине столетия, сохраняя, как мы имели возможность убедиться, свою актуальность и в наши дни. Практическое же ее решение было найдено еще в начале XX в. учениками Фрейда, основавшими «еретические» школы, специфика которых в огромной мере определялась характером терапевтического переосмысления психоаналитической техники.

Так, история отделения цюрихской школы психоанализа началась с того, что, применив вслед за Э. Блейле-

¹⁸ «...Происходит, – писал Лакан в «Римской речи», о теоретической ситуации в «ортодоксальном» психоанализе середины XX в., – передача техники – унылой, полной затемняющих дело умолчаний и панически боящейся всякой свежей критики. По сути дела она превратилась в формализм едва ли не церемониальный...» [102, с. 14].

289

ром¹⁹ метод Фрейда к исследованию *психоза* – *dementia praecox* (шизофрении), К.Г. Юнг высказал уверенность в ее излечимости – в этом отношении он был большим оптимистом, чем сам Фрейд. «Что ее открыли психиатры, – писал Юнг в первой своей книге «Либи́до: его метаморфозы и символы» (1911), – является большим несчастьем для этой болезни: она обязана этому обстоятельству плохим прогнозом; *dementia praecox* означает почти то же, что терапевтическая безнадежность. Как обстояло бы дело с истерией, если бы ее захотели обсуждать с точки зрения психиатра! Психиатр видит в своей больнице естественно лишь самое отчаянное и вынужден поэтому быть пессимистом: терапевтически он обессилен. До чего безнадежным оказался бы туберкулез, если бы клиническую картину его дал врач убежища для неизлечимых!» [222, с. 86].

В «Либи́до...» Юнг не только предпринял одну из первых попыток понять шизофрению как результат негативной компенсации – регрессии при столкновении с затруднением к архаичному способу мышления (*Traumen*)²⁰, но и обосновал собственный терапевтический метод, использующий законы невротической переработки сновидений (*Traumen*) для разрешения патогенных противоречий. В юнгианском психоанализе такие противоречия проецируются на мифологически истолкованные сновидения, что позволяет – благодаря универсальности и надличностному характеру мифологических образов («архетипов») – преодолеть сопротивление пациентов анализу и главное – находить «подсказанные» архетипами «коллективного бессознательного» обходные пути позитивной компенсации (личностного развития). В результате психологическая система пациента перестраивается таким образом, что сновидения начинают выполнять функцию искусственных стимулов, при помощи которых пациент справляется с жизненными трудностями.

¹⁹ Э. Блейлер начал применять психоаналитический метод в лечении пациентов, страдающих шизофренией (термин был введен именно Блейлером) в 1902 г.

²⁰ Подробнее об этом см.: [165].

290

В индивидуальной²¹ психологии метод Фрейда получил не только терапевтическое, но и педагогическое применение. На основе изучения механизмов психологической защиты, формирующихся у ребенка при столкновении в ходе социального самоутверждения с трудностями А. Адлер разработал психотерапевтические средства пропедевтики и коррекции

личностных расстройств. Он показал, что ошибочное восприятие ребенком неординарной ситуации или неадекватная оценка собственной способности справиться с нею, довольно часто генерализуется и начинает определять всю систему его поведения. Во всех сложных ситуациях ребенок действует по прецеденту и этим, во-первых, обостряет первичную проблему (комплекс неполноценности), а во-вторых, отсекает себе возможность разрешить ее на основе нового опыта. Адлер сравнивает обходные пути патогенной компенсации с горными тропами, ведущими, несмотря на их проторенность, в тупики. «Ошибки, совершаемые детьми, очень часто бывают похожи на такие соблазнительные тропинки. Кажется, что по ним легко идти, и потому они привлекают ребенка» [7, с. 107].

Сужая диапазон психоаналитического интереса до психологической реализации «стремления к превосходству», Адлер вместе с тем включает в рассмотрение множество социокультурных факторов, которыми определяется формирование комплекса неполноценности. Среди них такие, например, как материальное положение семьи ребенка, его отношение к школе и в школе – к нему, его позиция в семейной созвездии (является ли он единственным, первым, младшим ребенком), открытость в общении с детьми и взрослыми, характер возникавших в его жизни про-

²¹ Индивидуальной Адлер назвал ее, желая подчеркнуть ее конкретный, отправляющийся от целостности индивидуальной судьбы, характер: «В развитии ребенка есть всегда что-то субъективное (скорее «особенное». – Е.Р.) и именно эту индивидуальность и должны изучать педагоги. Именно эта индивидуальность мешает применению общих методов в воспитании различных категорий детей» [7, с. 107]. И теоретически, и методически индивидуальная психология гораздо более социально ориентирована, чем классический психоанализ.

блем и затруднений, его профессиональные планы, был ли он предметом насмешек и страдал или от этого и т.д. [там же, с. 186-192]. Исследование взаимосвязи этих факторов в личной истории ребенка позволяет понять, когда и почему он избрал «соблазнительные тропинки» негативной компенсации, и что необходимо для того, чтобы вернуть его на нелегкий путь личностного развития.

Адлер описывает, например, случай 13-летнего мальчика-заики, который проходил лечение у различных врачей (общей практики, невропатолога, логопеда) в течение 6 лет, однако после непродолжительных периодов улучшения всякий раз наступало отключение функции. В двенадцатилетнем возрасте у него случился паралич правой стороны лица. Мальчик был вспыльчивым дома, постоянно ссорился с младшим братом, школьные же учителя характеризовали его как трудолюбивого, воспитанного ребенка, который не претендует на лидерство и ладит с одноклассниками, хотя, перед экзаменами и контрольными бывает вспыльчив и раздражителен.

В ходе генетического анализа системы отношений мальчика с его

социальным окружением выяснилось следующее. Заикание появилось после несчастного случая – мальчик упал с лестницы. Впоследствии оно было закреплено страхом агрессивного отношения родителей, ругавших сына за его недостаток. Позже, когда в семье появился второй – здоровый – ребенок, и старшему сыну стали уделять намного меньше внимания, заикание превратилось в средство борьбы за родительскую любовь. Из-за неблагоприятной атмосферы дома, где на первых ролях всегда был его брат, мальчик с радостью (у-)ходил в школу. Однако чувство неполноценности и там препятствовало позитивному самовыражению: он был пассивен, избегал ситуаций, чреватых возможностью проигрыша (отказывался от претензий на лидерство, например), а в тех случаях, когда участие в них было неизбежным (экзамены, контрольные) испытывал сильное напряжение, выражавшееся в приступах заикания, вспыльчивости, раздражения. «Вряд ли физический дефект или страх стали причиной заикания, но каждый из них по-своему от-

292

рицательно сказался на его внутренней смелости. Наиболее сильной причиной стал младший брат, который оттолкнул его на задний план в семье», – резюмирует Адлер [там же, с. 63].

Этот анализ обнаруживает, с одной стороны, безнадежность попыток избавить мальчика от заикания средствами медицины и логопедии, а с другой – недостаточность доведения до его сознания причин его «болезни». Ребенку следует, конечно, объяснить, что ревность к младшему брату вывела его на ложный путь личностного развития, но затем нужно вернуть ему уверенность в себе, научить его преодолевать жизненные трудности. Его «можно вылечить, – пишет Адлер, – только поддержкой и поощрением, а также научив быть независимым. Можно также поставить перед ним задачи, которые он смог бы решить, и благодаря этому достижению вновь обрел бы веру в себя» [там же, с. 63-64]. В этом и заключается позитивная переориентация его психологической системы, являющееся, по убеждению Адлера, первостепенной задачей индивидуальной психологии.

Во многом, опираясь на идеи Адлера, Выготский применил такой – комплексный – подход к анализу компенсаторных процессов в развитии умственно отсталых детей (что стало возможным благодаря доказательству объективности этих процессов). Прежде всего он показал, что олигофрения представляет собой сложное исторически (онтогенетически) сформировавшееся образование, результат личностного развития. Картина умственной отсталости, обнаруженная у ребенка на пороге школьного возраста, ни в коей мере не может быть отнесена к первичному ядру, даже если у него наличествует органический дефект. В ходе развития причина и следствие меняются местами, высшие психические функции подчиняют себе и перерабатывают низшие процессы, на основе которых они возникли, «изменяются не только сами по себе физиологические функции, но в первую очередь изменяются межфункциональные связи и отношения между

отдельными процессами» [41, с. 244]. Например, в ходе исследования людей, обладающих незаурядной памятью, А. Вине обна-

293

ружил феномен ее «симуляции»: у большой группы испытуемых средняя натуральная память замещалась процессом комбинирования, мышления, своими выдающимися способностями они были обязаны не природе, а мнемотехнике; высшая функция перестраивала, таким образом, низшую. При шизофрении часто происходит обратный процесс распада высших психических образований и их подчинения низшими, а именно интеллектуально-волевого комплекса (логического мышления, произвольной памяти, овладения своим поведением) – эмоциям и страстям, *аффектам*.

Поэтому первое, что необходимо сделать при обследовании умственно отсталого ребенка – разделить посредством изучения его личной истории, а также при помощи специальных тестов первичные (вытекающие из биологической недостаточности) и вторичные, третичные и т.д. особенности олигофрении. Задача заключается в том, чтобы выяснить природу и структуру культурной отсталости ребенка, закономерности строительства этой структуры, «динамическое сцепление ее отдельных симптомов, комплексов, из которых складывается картина умственной отсталости ребенка и различие типов умственно отсталых детей» [там же, с. 128].

Полемизируя с К. Левином, Выготский экспериментальным путем доказал, что специфика психологической системы умственно отсталого ребенка заключается в тугоподвижности процессов превращения «динамики аффекта, динамики реального действия» в жизненной ситуации в динамику мышления, и наоборот, «текучей динамики мысли – в целесообразную и свободную динамику практического действия» [там же, с. 252]. Однако внутренняя структура и соответствующие ей типы олигофрении различны. Выготский выделял две главные формы: одна из них характеризуется значительным развитием высших функций, которое маскирует (замещает) бедное развитие элементарных, вторая, встречающаяся гораздо чаще, представляет собой непропорционально слабое развитие высших функций по сравнению с органическими [там же, с. 129].

294

Анализ этих форм указывает на причины и пути преодоления культурной отсталости дебильных детей. В самом деле, если бы отсталость высших и низших функций равным образом вытекала из биологической первопричины, то они развивались бы пропорционально (друг другу и недостатку). Их неравноценность, а также замещение в первой форме свидетельствуют о том, что «недоразвитие высших функций связано с культурным недоразвитием умственно отсталого ребенка, с выпадением его из культурного окружения, из «питания» среды» [там же, с. 129]. Из-за интеллектуальной недостаточности он вовремя не был включен в процесс

культурного развития, вследствие чего его отставание увеличивалось и усугублялось вторичными осложнениями – социальным недоразвитием, педагогической запущенностью и т.п. В той обстановке, в которой он рос, он «взял меньше, чем мог бы; никто не пытался соединить его со средой» [там же].

Отсюда следует, что главное направление психотерапевтической и педагогической работы с олигофренами состоит в развитии их высших психических способностей. Этот парадоксальный вывод – традиционная дефектология исходила как раз из обратного, полагая, что ввиду недостаточности интеллекта и бедной способности к понятийному мышлению дебильных детей, их обучение должно быть наглядным и чувственно-конкретным, нацеленным на тренировку элементарных процессов, – был доказан экспериментально, в том числе методом исследования близнецов [41, с. 131]. Высшие психические функции оказываются наиболее податливыми педагогическому воздействию, наиболее воспитуемыми, а их развитие замещает недостаточность низших процессов. Это, однако, не означает, что при работе с умственно отсталыми детьми достаточно обычных педагогических средств, даже при условии большего времени занятий, особого внимания и т.д. Таким детям необходимы *качественно* своеобразные методы и приемы обучения, учитывающие Тургоподвижность их психологических процессов и вместе с тем ориентированные на замещение одних функций другими, которое позволяет максимально использовать все

295

их возможности. В этом смысле они нуждаются во *вспомогательной* школе.

Но и *только в этом*, поскольку позитивная компенсация дебильных детей предполагает их включенность в отношения с нормальными детьми и [нормальным] миром, из которых они черпают формы и мотивы преодоления культурной отсталости. При оптимальном различии интеллектуального уровня входящих в коллектив детей этот коллектив является источником и питательной почвой *потенциального развития*²² умственно отсталого ребенка, которое служит главным ориентиром психотерапевтической и педагогической работы с ним.

Так на основе культурно-исторической концепции развития психики и закономерностей перестройки психологических систем олигофренов Выготский разработал терапевтическую стратегию преодоления умственной отсталости. Причем, если биологическая психиатрия обрекала олигофренов на инвалидность, то программа Выготского была нацелена на то, чтобы «дать умственно отсталому ребенку научное мировоззрение, вскрыть перед ним связи между основными жизненными явлениями, связи неконкретного порядка, выработать у него в школе сознательное отношение к будущей жизни» [там же, с. 136]. На место приспособления к дефекту она ставит разносторонне развитие личности, на место «школ для дураков» –

полноценное образование. Остается сожалеть, что подлинно

²² «Ребенок начинает раньше понимать речь, чем говорить. Мы способны понять книгу, написанную гением, но передать ее содержание часто не в состоянии. Отсюда был сделан ценный методический вывод: чтобы правильно судить о возможностях развития и действительном уровне развития отсталого ребенка нужно учитывать не только то, что он может сам сказать, но и то, что он может понять. Но понять мы можем лишь то, что лежит в пределах нашего понимания, это гораздо больше того, что составляет говорение» [41, с. 125]. Поле понимания, за которым стоит опыт взаимоотношений и взаимодействия, и составляет зону ближайшего развития ребенка. Психотерапевт актуализирует ее при помощи специальных социокультурных практик. Например, в случае Элен Келер эта зона была сформирована в ходе общения девочки со служанкой, а затем стала основой освоения английского языка.

296

научное гуманистическое и в высшей степени плодотворное развитие отечественной дефектологии было абортировано в 1936 г. грубым вмешательством государства. Сходная программа М. Монтессори была, как известно, весьма успешно реализована во многих западных странах.

Вообще проблема умственной отсталости в настоящее время является не столько научной (в силу ее принципиальной решенности), сколько социально-политической. Эта проблема, как никакая другая, служит индикатором истинных приоритетов того или иного общества – ведь ее решение зависит главным образом от вложения общественных средств в программы культурного развития умственно отсталых детей, включая финансирование вспомогательных школ, психотерапевтической деятельности, исследований в этой области и т.п. «Терапевтический интерес к умственно отсталым является несколько немодным в наш век, ориентированный на эффективность и продуктивность», – пишут авторы основанного на МКБ-10 руководства по психиатрии. И, сетуя на стигматизирующее отношение общества к олигофренам, добавляют: «не следует забывать о том, что энергичное вмешательство, не будучи способным изменить хроническую природу страдания, в состоянии продлить не только жизнь этим больным, но что особенно важно, и улучшить ее качество» [145, с. 362]. Тем самым авторы закрепляют расхожее представление об олигофренах как о неизлечимых инвалидах, вызывают к чувству сострадания сограждан и к их благотворительности. При такой установке преодолеть умственную отсталость и стигматизирующее отношение к ее носителям в обществе вряд ли возможно...

В заключение обратимся к бихевиоральной психотерапии, которая, согласно программному заявлению Дж. Уотсона, «представляет собой чисто объективную экспериментальную отрасль естественных наук» и «в своем стремлении выработать унитарную схему реакций животного не видит никакой разделительной черты между человеком и животным» [218, с. 282]. Тем не менее, логика психических расстройств вынуждает бихевиористов считаться с этой «разделительной чертой», вопреки собствен-

ному символу веры. Характерен в этом отношении случай маленького Альберта.

В начале 20-х годов Дж. Уотсон предпринял экспериментальное исследование возникновения фобий на основе генерализации условного рефлекса. В наши дни опыты Уотсона могут, пожалуй, показаться не вполне этичными – достаточно сказать, что реакция страха формировалась у одиннадцатимесячного младенца, ребенка кормилицы сына автора эксперимента. Справедливости ради следует заметить, что опыты, планировались таким образом, «чтобы не нанести ребенку слишком большого ущерба» [179, с. 476].

Суть эксперимента сводится к следующему. Альберту предъявляли любимую белую крысу и одновременно производили за его спиной громкий шум, которого он боялся (безусловный раздражитель). Спустя некоторое время у него выработался условный рефлекс страха – при виде белой крысы малыш вздрагивал, падал на четвереньки и уползал, спасаясь бегством. Этот эксперимент продемонстрировал, каким образом в раннем детстве в обычной домашней обстановке могут возникать страхи, кажущиеся впоследствии необъяснимыми и «иррациональными» [там же, с. 477].

Затем находившемуся в безмятежном состоянии Альберту вместо крысы предъявляли с небольшими временными интервалами кролика, собаку, шубу, вату и т.д. Во всех случаях он реагировал беспокойством и бегством. Страх иррадиировал, причем немедленно и самопроизвольно, на похожие (белые и/или пушистые) предметы, ставшие условными раздражителями. «В этих перенесенных эмоциональных реакциях, – пишет Уотсон, – мы можем найти объяснение широко распространенных перемен в личности детей, а возможно и взрослых, после того как у них выработалась реакция на какой-нибудь объект или ситуацию. Они дают объяснение многим беспричинным страхам, а также и большинству случаев повышенной чувствительности индивидов к объектам, для которых в прошлой жизни индивидуума нельзя найти достаточных оснований» [там же, с. 479].

Однако главная цель Уотсона, как и его последователей, заключалась в предупреждении и устранении подобных неподконтрольных индивиду поведенческих реакций. Тут-то и выяснилось, что перенесенные эмоциональные реакции (страха, ярости, любви) не оттормаживаются при отсутствии подкрепления, как обычно происходит с условными рефлексами. Размышляя над этим обстоятельством, Уотсон фактически признал, что поведение человека регулируется гораздо более сложным, и главное опосредствованным способом, чем тот, который предполагается формулой стимул-реакция. Образование эмоциональных реакций, пишет он, определяется характером общественных норм, социальной позицией и

психологической конституцией индивида, особенностями его воспитания и т.д. [там же, с. 480–481]. Конstellляция этих факторов *преобразует натуральные поведенческие реакции* – а именно такие реакции были выявлены экспериментальным путем у одиннадцатимесячного Альберта, – включая их в сложные системы поведения. Если, например, общество устанавливает слишком много ограничений и запретов на проявление социально неприемлемых чувств – злости, ярости, ненависти, страха и т.п., то в кризисных ситуациях у «неуравновешенных индивидов» такие чувства могут найти выход в антисоциальных действиях²³ – вандализме, убийствах, кражах, а у «уравновешенных» – в цинизме, озлобленности и т.п. У некоторых же людей в силу определенных личностных особенностей выход наружу негативных чувств оказывается невозможным. «Эмоциональный сток» принимает у них форму какой-нибудь установки: воздержания или уклонения от контакта с определенными людьми, пьянства или наркомании, конструирования воображаемой реальности и т.п. [там же, с. 481].

²³ Обстоятельство, которое игнорирует Фуко – активность «нормативной власти» уравновешена в его философской конструкции абсолютной пассивностью индивидов, которые реагируют на подавление беспрекословным подчинением. До XVIII в. эти индивиды были толпой, отвечавшей на репрессии бунтами и восстаниями, после XVIII в. они превращаются в лишенные воли «тела».

Итак, речь идет о том, что при столкновении с объективными трудностями натуральные эмоциональные реакции перерабатываются высшими (социально сформированными) психическими процессами и направляются по обходным путям компенсации или же сами выступают в роли таких путей. Вот почему от них нельзя избавиться простым отторжением рефлекса – даже если первичный условный страх угасает, вторичные и третичные (генерализованные) образования продолжают выполнять компенсаторную функцию в системе целого.

Терапия тревожно-фобических расстройств может быть успешной только, если учитываются социальные, т.е. специфические для человека, закономерности их возникновения. Отказываясь *de jure* от признания этих качественного своеобразия этих закономерностей, *de facto* бихевиоризм открывает и использует их, правда, скорее технически, нежели теоретически. Например, разработанная в 50-60-е гг. XX в. Джозефом Вольпе поведенческая терапия страхов базируется на двух системных психологических законах – компенсации и овладения своим поведением.

На первый из них обратил внимание еще Уотсон, так, правда, и не сделавший из своих наблюдений прикладных выводов. Разумное объяснение иррационального на первый взгляд агрессивного, избегающего и т.п. поведения заключается в том, замечает он, что, «действуя подобным образом, индивидуум достигает смягчения и освобождения эмоционального давления. Обычно мы говорим, что эмоция «забывается за работой», что «ярость

охлаждается» тем или другим образом» [там же]. В плане физиологии высшей нервной деятельности это выражается в угасании условных эмоциональных реакций в результате реципрокного торможения, или возбуждения такого центра коры головного мозга, который находится в «обратной» нейрофизиологической связи к центру условного страха, ярости и т.п. Таким образом *raison d'être* асоциального и невротического поведения в том, что оно «разрешает» некоторые противоречий в развитии личности, выступает формой патогенной компенсации.

300

Второй закон так и не стал предметом теоретической рефлексии бихевиоризма, зато оказался в центре внимания других направлений психологии и психотерапии (функционализма, гештальтпсихологии, культурно-исторической теории). Его квинтэссенцию Л.С. Выготский выразил так: «Парадокс воли... заключается в том, что воля создает невольные поступки» [39, с. 283]. Специфически человеческий феномен произвольного поведения состоит в том, что человек формирует у себя самого искусственный условный рефлекс, который в соответствующей ситуации функционирует автоматически – заставляет, например, каждое утро просыпаться по будильнику; звонок будильника замыкает сознательно созданную заранее условнорефлекторную дугу. Человек, таким образом, овладевает своим поведением, так же как и природными процессами, используя его естественный закон, согласно которому реакция вызывается стимулами. Овладевая посредством знаков стимулами, он изменяет свое поведение.

Предложенные Вольпе методы терапии фобий как раз и представляют собой различные способы овладения условными стимулами, вызывающими реакцию страха. *Контр обусловливание* состоит в целевом формировании замещающего (компенсаторного) условного рефлекса, который срабатывает в ситуациях, порождающих страх, и (реципрокно) оттормаживает последний. Чаще всего в качестве стимула-заместителя используется прогрессивная мышечная релаксация так, что чем большую тревогу провоцирует ситуация, тем в более расслабленное и спокойное состояние погружается человек. *Десенсибилизация* основана на сознательном оттормаживании условного рефлекса страха. С помощью различных техник (моделирования – демонстрации терапевтом уверенного поведения в «опасной» ситуации, имагинации – конфронтации с опасностью в воображении, ролевых игр и т.д.) пациент постепенно приучает себя к стимулу, вызывающему страх (например, паукам, высоте и т.п.), и этот стимул перестает играть роль условного раздражителя. Десенсибилизация эффективна в терапии монофобий, но бессильна против генерализованных и комплексных страхов, поэтому чаще всего оба метода используются вместе.

301

* * *

Итак, мы можем сделать следующие выводы:

1. Становление психотерапии связано с разрешением противоречия психофизиологического дуализма.
2. Предметом психотерапии как теоретической деятельности выступают закономерности возникновения и преодоления психических расстройств, источником которых признаются противоречия «неорганической», социальной, жизни человека. Психотерапия как практика вырабатывает социокультурные техники, помогающие каждому человеку разрешать такие противоречия.
3. Стало быть, по самому своему предмету психотерапия является не разделом медицины, в ведении которой находятся аномалии биологического, органического тела человека, а гуманитарной наукой и видом социокультурной деятельности.

Глава 6

ПСИХОТЕРАПИЯ: ФУНКЦИЯ И СОЦИАЛЬНОЕ СТАНОВЛЕНИЕ

Одно из направлений психотерапевтических исследований, как мы помним, ставило целью выявление всеобщих («неспецифических») факторов психотерапии. Руководствуясь логикой эмпирической индукции, исследователи видели свою задачу в том, чтобы выделить и обобщить признаки (компоненты), присутствующие во всех видах психотерапии. Результатом стал перечень формальных и, в общем-то, очевидных характеристик, вроде компетентности психотерапевта, поддержки, эмпатии, научения которые, давали весьма смутное представление о «механизме» эффективной психотерапии и не позволяли понять ее своеобразия не только по отношению к медицине (психиатрии, деонтологии), но и по отношению к педагогике, религии, «шаманизму».

Следуя диалектическому методу и логике предмета психотерапии, выявленной ведущими направлениями социо-гуманитарного знания XX в., мы определили понятие психотерапии, или функцию, которая реализуется различными видами психотерапии, несмотря на их неодинаковость и даже благодаря ей, объединяет их в одно целое и составляет сущность каждого из них. В настоящей – последней – главе будет раскрыто всеобщее, или социальное, значение этой функции, обусловившее выделение психотерапии в особую сферу профессиональной деятельности. Мы рассмотрим действительные и исторические предпосылки психотерапии, а затем реконструируем ее исходную форму – психоанализ.

6.1. Концепция монистической сущности человека и социальная функция психотерапии

Клиническая психиатрия, как мы имели возможность убедиться, зиждется на дуалистическом представлении о человеке, согласно которому в норме его личностное раз-

303

витие определяется (*также*) социокультурными закономерностями, в патологии же – исключительно биологическими. Независимо от степени осознанности и эксплицированности этого представления в разные времена существования клинической психиатрии, оно всегда оставалось краеугольным камнем ее фундамента, обосновывающим практику сегрегации и изоляции девиантных личностей (принудительную госпитализацию людей, страдающих психическими расстройствами, помещение «дефективных» детей в «школы для дураков» и т.п.) и нарушения их гражданских и человеческих прав.

В отличие от психиатрии психотерапевтическая деятельность базируется на монистической концепции социальной сущности человека, признании свободы воли и ответственности личности. Это, разумеется, не означает, что все психотерапевты являются сознательными последователями Канта, Гердера, Гегеля, Маркса, что они вообще знают классическую европейскую философию, Пак, впрочем, и обратного. Люди часто занимаются разнообразными видами деятельности, не зная закономерностей, которым она подчиняется¹, не умея выразить их теоретически, или не ставя перед собой такой цели – психотерапевты в этом отношении не являются исключением.

Монистическая концепция природы человека, признание свободы личности представляют собой *действительные*, т.е. постоянно воспроизводимые в качестве условий собственного существования, предпосылки психотерапии. Эти предпосылки сложились в Новое время, с одной стороны, в результате буржуазных преобразований, обусловивших процесс индивидуализации человека, политическое закрепление его «неотъемлемых» прав, а, с другой – в рамках европейской гуманистической традиции, преодолевшей психофизиологический дуализм и выявившей

¹ Разве знали, например, древнерусские строители деревянных церквей законы сопротивления материалов, строительных конструкций и т.п. Но это не означает, что их деятельность не подчинялась этим законам, теоретически выраженным значительно позже в связи с потребностями промышленного строительства.

304

противоречие между формальной свободой личности и ограничениями, налагаемыми на ее развитие принципом стоимости.

Поскольку даже при наличии органических дефектов психотерапия усматривает источник психических расстройств в противоречиях «неорганического» тела человека и помогает разрешать такие противоречия

посредством социокультурных практик, формируя у пациентов способность ауторегуляции поведения – способность разрешать конфликты в отношениях с окружающими, действовать сообразно ситуации, изменять условия и обстоятельства собственной жизни, а не быть ее рабом, постольку ее действительной предпосылкой является монистическая концепция социальной сущности человека. При этом психотерапевты, воспроизводящие эту концепцию в качестве условия своей деятельности, могут руководствоваться различными символами веры или даже принципиально отказываться от таковых.

Принцип единства природы человека реализуется прежде всего в понимании психотерапией *источника и объективного смысла психических расстройств*. Последние рассматриваются как «расстройства» системы отношений индивида с другими людьми, и именно эта *система*, а не физиология мозга пациента или (само по себе) значение его болезненных переживаний, становится предметом «этиологического» анализа психотерапевтов разных направлений. Стратегия такого анализа заключается в развертывании интрапсихического конфликта в интерпсихологическое противоречие, в «ту драму, которая происходит между людьми» [39, с. 145]. Психическое расстройство рассматривается при этом не как «вещь», причинно и фатально обусловленная органическим дефектом (или общественной средой), а как процесс взаимодействия человека с его социальным окружением, процесс возникновения и разрешения противоречий, в ходе которого складывается и изменяется уникальная психологическая система его личности. Органические аномалии и переживания пациентов обретают в этом контексте свое подлинное «патогенное» значение факторов, которые при определенных

305

условиях и обстоятельствах стали толчком к образованию защитных психологических механизмов, привели к отставанию в культурном развитии, асоциальному поведению, т.е. обусловили возникновение и болезненное «разрешение» противоречий «неорганической жизни» индивида.

Суть монистического подхода к анализу психических процессов человека замечательно выразил Фрейд: «...Главный результат, к которому мы пришли на основании нашего психоаналитического исследования [состоит в том, что] неврозы не имеют какого-либо только им свойственного содержания, которого мы не могли бы найти у здорового, или, как выразился К.Г. Юнг, невротики страдают теми же самыми комплексами, с которыми ведем борьбу и мы, здоровые люди. Все зависит от количественных отношений, от взаимоотношения борющихся сил, к чему приведет борьба: к здоровью, к неврозу, или к компенсирующему высшему творчеству» [186, с. 378].

Принцип единства социокультурных закономерностей развития человека высвечивает *источники и фонд психологической компенсации*. Все

высшие функции, деятельные способности, культурные умения и навыки первоначально возникают в отношениях между людьми и лишь затем становятся психологическим достоянием отдельного человека. В этом заключается всеобщий генетический закон культурного становления человека. Из него следует, что формы компенсаторных путей развития при столкновении с затруднениями индивид также черпает из отношений с окружающими людьми либо (стихийно-)имитативно, либо с помощью понятия, выражающего закономерные связи между явлениями. Осознание этого обстоятельства как раз и позволило И. Соколянскому и А. Мещерякову совершить «чудо» полноценного развития слепоглухонемых детей.

Ко времени начала звенигородского эксперимента в мировой практике был лишь один успешный случай «очеловечивания» слепоглухонемого ребенка: американская девочка Элен Келер овладела речью и достигла достаточно высокой степени культурного развития. Работавшие с

306

девочкой психологи, также как и ее учительница Анна Салливан, считали, что ключом, открывшим для нее дверь в «царство человеческой культуры», был язык. «Однако повторить «чудо Элен Келер» на основе такого понимания не удавалось никому. Тогда уникальность этого факта, истолкованного как «акт пробуждения бессмертной души силой божественного глагола»... стали объяснять феноменальной гениальностью девочки, неповторимыми особенностями ее мозга, невозпроизводимой генетической одаренностью ее натуры...» [79, с. 351]. Иначе говоря, исследователи полагали, что источник и фонд психологической компенсации Элен Келер находятся в ней самой.

После множества, безуспешных попыток научить слепоглухонемых детей языку с путем выработки у них условных рефлексов² Соколянский продолжил исследования на основе концепции культурно-исторического развития психики. Совместно с Мещеряковым они предприняли анализ тех обстоятельств существования Элен Келер, которые казались их предшественникам второстепенными и малозначительными, а именно – повседневных условий ее жизни на отцовской ферме, контактов с окружающими людьми и т.д. Эта стратегия дала возможность понять принцип «очеловечивания» Элен и успешно применить его в воспитании звенигородской четверки. Первичным фондом компенсации девочки, как выяснили Соколянский и Мещеряков, были ее отношения с маленькой чернокожей служанкой, ставшей «вспомогательным я» Элен и практически обучившей ее «всем нехитрым делам, связанным с жизнью и бытом отцовской фермы» [там же, с. 37]. Во взаимодействии подруг и была стихийно найдена, точнее, изобретена искусственная культурная система, позволявшая им общаться и ставшая основой последующего освоения Элен английского языка.

Социальные отношения являются фондом также патогенной компенсации. Суицидологам хорошо известно, что широкое освещение в

средствах массовой информации какого-нибудь самоубийства приводит к скачкообразному

² В 1920-е гг. И.А. Соколянский придерживался в работе со слепоглухонемыми детьми методологии бихевиоризма.

307

росту их числа среди населения. Будучи осмысленным, словесно выраженным и растиражированным в качестве способа преодоления жизненных трудностей, суицид становится (анти-)социальным образцом «разрешения» противоречий, которому в кризисных ситуациях следуют имитативно. Или «модные» невроты: редко кому из современных психотерапевтов приходилось наблюдать картину главного невротического расстройства XIX в. – «большой истерии», сопровождающейся парезом, гемианестезией, сужением полей зрения, диссоциацией, судорожными припадками, в которых Шарко выделял четыре фазы³. Большие истерические припадки встречаются среди жителей современных западных стран настолько редко, что в наши дни классификация Шарко практически не применяется. В связи с этим в психиатрическом мире даже возникла «теория заговора», согласно которой Шарко пал «жертвой обмана со стороны больных», симулировавших истерические симптомы [212, с. 117]. Между тем «психические проявления заразительны, – пишут Шерток и Соссюр, – и больные-истерики часто подражают друг другу», так что провести «четкую грань между подражанием и бессознательной симуляцией очень трудно» [там же]. Ну а масштабы распространения в развитых странах пищевых расстройств (анорексии, булимии) во времена куклы Барби, Мак-Дональдсов и конкурсов красоты решительно опровергают предположение о сугубо истероидном характере патогенного подражания.

Кроме того, огромную роль в образовании путей как патогенной, так и позитивной компенсации играет отношение к ней других людей – подкрепляющее, индифферентное, репрессивное, стимулирующее и т.п. Разве могло бы сформироваться «истероидное расстройство личности», если бы в детстве родители и воспитатели не под-

³ «Эпилептоморфную» фазу с движениями, напоминающими эпилептические, фазу «большого двигательного возбуждения», сопровождающуюся судорожными поклонами, фазу «страстных поз», на которой пациент принимает позы, соответствующие его галлюцинаторным переживаниям, и, наконец, четвертую фазу «завершающего бреда» [212, с. 116].

308

крепляли плач и другие формы демонстративного поведения ребенка выполнением его требований и/или «успокоительными» ласками? И разве могло бы оно развиваться, если бы позже окружающие люди не позволяли истерику манипулировать своим поведением, исполняя его прихоти и

желания под влиянием чувств вины, долга, тщеславия и прочих умело используемых им искусственных стимулов. В психотерапии проблема подкрепления нежелательного поведения была впервые теоретически осознана и методически разработана бихевиоризмом – она занимает центральное место уже в работах Дж. Уотсона.

Монистическая концепция сущности человека позволяет выявить социальную функцию психотерапии. Важнейшее условие преодоления психических расстройств заключается в социальной востребованности страдающих ими людей. Позитивная психологическая компенсация с необходимостью предполагает включенность индивида в систему человеческих отношений, которая формирует ее цели.

Это обстоятельство прекрасно осознавал Фрейд решительно возражавший против больничного содержания своих пациентов⁴. Изоляция человека от общества *делает* его дефективным, т.е. не только не способствует, но прямо препятствует преодолению объективных затруднений и связанных с ними противоречий. Причем изоляция вовсе не обязательно предполагает заключение в психиатрическую больницу или под замок «дисциплинарных режимов», в не меньшей мере она является результатом стремления следовать норме дефекта или расстройства.

На этом основании Л.С. Выготский выступал с резкой критикой специальных школ («для дураков»), отгораживающих своих воспитанников от жизни. Поскольку та-

⁴ «... Гораздо лучше, писал, в частности, Фрейд, – если больные – поскольку они не находятся в состоянии тяжелого истощения – остаются на время лечения в тех условиях, в которых им предстоит преодолевать поставленные перед ними задачи. Только родные своим поведением не должны лишать их этого преимущества... Вы, конечно, догадываетесь также, насколько шансы; на успех лечения определяются социальной средой и уровнем культуры семьи» [189, с. 295].

кие школы ориентированы на то, что отличает слепых, глухих, умственно отсталых детей от нормальных людей, и никоим образом не развивают способности и умения, обусловленные потребностями общественного существования, они по самой своей природе антисоциальны и воспитывают антисоциальность [41, с. 74]. Трудовое обучение в них готовит либо к индивидуальному ремесленничеству – учит плетению безделушек и т.п., либо к выполнению простых механических операций. «Из него тщательно удаляются все элементы социально-организационного порядка» [там же, с. 75], детей не учат ни сотрудничеству, ни планированию своей деятельности, ни, тем более, ее изменению в соответствии с изменившейся ситуацией. Такое «трудовое воспитание» не только не формирует способности, открывающие индивиду дверь в мир человеческой свободы, но атрофирует их. Оно культивирует «дефективность», делает ребенка заложником собственного изъяна, превращает его в инвалида.

Поскольку органический дефект обуславливает отклонение индивидуального развития ребенка от всеобщих форм культурного становления, специальное обучение должно быть направлено на устранение «зазора» между ними, на подчинение биологических предпосылок человеческого существования его социокультурной форме. Это необходимо не для того, чтобы сделать ребенка объектом управления «нормативной власти», но, чтобы освободить его от «кандалов» собственного дефекта. «Воспитание слепого, – пишет Выготский, – должно ориентироваться на зрячего. Вот постоянный «норд» нашего педагогического компаса. До сих пор мы обычно поступали как раз наоборот: мы ориентировались на слепоту, забывая, что только зрячий может ввести слепого в жизнь и что если слепой поведет слепого, то не оба ли они упадут в яму?» [там же, с. 76].

Критика Выготского имеет непосредственное отношение к программам реабилитации и трудоустройства психиатрических пациентов многих современных государств. Разработанные на принципах благотворительности и социальной поддержки инвалидности, эти программы чаще

310

всего оказываются мало успешными. Так в ходе реформы системы централизованных психиатрических больниц в ФРГ в 60–70-е гг. прошлого столетия был предложен целый комплекс мер, направленных на социальную интеграцию психиатрических пациентов, включая охрану их квартир, организацию психиатрических пансионатов, жилищных товариществ, центров и производств для профессиональной подготовки и переподготовки, мастерских для инвалидов (WfB), охраняемых рабочих мест и фирм (GmbH) самопомощи. Однако осуществление этих мер в течение двадцати лет так и не привело к качественному изменению социального статуса душевнобольных, до сих пор остающихся *объектом* благотворительности, либо в качестве потребителей социальной помощи, либо как низко квалифицированная рабочая сила, крайне неохотно привлекаемая работодателями, несмотря на предусмотренные Законом о тяжелых инвалидах субвенции и налоговые льготы. В некоторых крупных городах ФРГ возникли настоящие гетто для инвалидов, предоставляющие 500 и более рабочих мест и тем не менее критикуемые психиатрическими пациентами за несправедливую оплату труда. Осуществить такую оплату труда в условиях конкуренции тем более обременительно, что «реабилитационные мастерские» превратились в места постоянной работы инвалидов [87, с. 398]. В качестве «особой трудности» профессиональной тренировки психиатрических пациентов в специальных центрах (в Визлохе, Саарбрюккене) Г. Газельбек указывает на то, что «даже успешно завершённые реабилитационные мероприятия не дают инвалиду гарантии трудоустройства на длительный период» [там же, с. 397].

В огромной степени безуспешность реабилитационной программы ФРГ была предопределена заложенным в ее основание убеждением в том,

что в психиатрические пациенты обречены в силу собственной неполноценности («того, чего у них нет») на социальную изоляцию, условия которой демократическое общество должно максимально смягчить. Именно поэтому программа изначально рассчитана на инвалидов, которых готовят производства и

311

центры профессионального обучения, и которые становятся *бременем* для работодателей⁵, конкурентами для рабочих и безработных. Ни о какой социальной интеграции, а следовательно, и позитивной компенсации, в таких условиях не может быть и речи.

Германская программа реабилитации, без сомнения, уходит корнями в описанную Фуко капиталистическую практику исключения из общества «лишних людей» и представляет собой один из новейших ее вариантов. Между тем преодолеть «социальную дефективность» людей, страдающих психическими расстройствами, исходя из принципа «производство ради производства» вообще не возможно. Социальная помощь в этом случае направляется не на позитивную компенсацию того или иного дефекта (разрешение противоречия «неорганической жизни») личности, а на компенсацию экономического ущерба, который терпит работодатель, нанимая «дефективную» рабочую силу. Тем самым реабилитация сводится к производству и воспроизводству такой рабочей силы, тогда как ее задача состоит в том, чтобы помочь человеку стать полноценным и самостоятельным членом общества, способным найти свое место в жизни, справиться с трудностями, возникающими при взаимодействии людьми. А это – задача неизмеримо более сложная, чем обучение плетению корзин и стрижке газонов.

Проблема социальной востребованности ни в коей мере не специфична для пациентов с органическими дефектами. История психотерапии свидетельствует о ее общезначимости – достаточно вспомнить критику личностно ориентированного подхода в конце XX в. Оппоненты А. Маслоу, К. Роджерса, Р. Мэя, Я.Л. Морено указывали на противоречие между принципами гуманистической терапии и педагогики (эмпатии, поощрения личностного развития, принятия, самореализации, конгруэнтности) и *негуманистическими* нормами современного общества, в

⁵ По Закону о тяжелых инвалидах работодатели, предоставляющие инвалидам менее 6 % рабочих мест, выплачивают налог в фонд «выравнивания доходов», из которого получают субвенции фирмы, принимающие на работу инвалидов.

312

силу которого «прекраснодушные» питомцы этой терапии оказываются не приспособленными к реальной жизни, выбрасываются ею *ad marginem* и становятся «профессиональными пациентами». «Один из... вопросов, приобретающих все большее значение, – пишет в этой связи ученица и

соавтор К. Роджерса Р. Сэнфорд, – заключается в следующем: если мы больше всего внимания уделяем личностному росту и духу общности, то уменьшает ли это вероятность социальных изменений в репрессивном обществе? (В Южной Африке нас спрашивали: «Но ответит ли это от нас назревающую социальную революцию?») Другой оставшийся без ответа вопрос звучит так: «Отступит ли этот подход перед теми, кто делает ставку на агрессивное доминирование на основе власти?» [76, с. 92], Иначе говоря, не является ли психотерапия *sui generis социальной утопией*, утверждающей, что социокультурными средствами можно изменить мир, и, подобно всякой утопии, относящей свои неудачи на счет несовершенства мира (в том смысле, что она личностно развивает своих клиентов, учит их понимать и принимать других людей, но общество конкуренции и потребления в силу своей «дурной природы» не нуждается в них, что ее клиенты слишком хороши для этого общества)? Справедливости ради следует сказать, что определенные основания для положительного ответа на это вопрос имеются. Разработал же Морено в своей знаменитой книге «Кто выживет?» (1934) идею социометрического планирования общества; перу Б. Скиннера принадлежит написанная в духе Т. Мора повесть «Будущее два. Образ свободного от агрессии общества» (1948), в которой помимо прочего он изображает армию, состоящую из обученных (средствами бихевиоризма, разумеется) вести переговоры солдат. К. Роджерс не только использовал личностно ориентированный подход для решения социальных проблем (в сфере образования, управления и т.д.), но и считал его универсальным методом социального преобразования и т.д.

Если бы дело психотерапии сводилось к созданию подобных проектов, то ей, можно было бы, пожалуй, переадресовать замечание Гегеля о «Государстве» Платона:

313

«Если некая идея была бы слишком хороша для существования, то это было бы скорее недостатком самого идеала, для которого действительность слишком хороша» [50, с. 191]. Но психотерапия ни в коей мере не сводится к социальному утопизму и вообще не предназначена для политических целей. Ее миссия заключается в формировании у отдельного человека способности свободы воли, позволяющей ему преодолевать разнообразные трудности, находить единомышленников, способы и средства для преобразования общества в случае, если наличная его форма противоречит его интересам. Что же касается социального утопизма, то «никому... не запрещается выражать пожелания» [там же, с. 190], в том числе психотерапевтам.

Наконец, сам *процесс психотерапии*, как и обучение «нормальных» людей, *основывается на межличностных отношениях*, заменить которые не могут ни учебные пособия, ни компьютерные программы, ни терапевтические мероприятия, проводимые в недобровольном порядке. В наши дни этот принцип является общепризнанным: он фигурировал в

качестве главного «неспецифического» условия успешности терапии в психотерапевтических исследованиях, его же мы находим в законодательных актах и профессиональных хартиях разных государств⁶. Это, конечно, не означает, что отношения между терапевтом и клиентом или членами терапевтической группы лечат сами по себе, как полагают некоторые исследователи психотерапии, но они опосредствуют выработку позитивной компенсации. Ж. Пиаже показал, что функция понятийного мышления формируется у ребенка в результате интериоризации спора с другими людьми, что мышление – это

⁶ «Фактором – любой психотерапии, – утверждает, например, швейцарская «Хартия по образованию психотерапии», – является терапевтическое отношение, которое может возникнуть только между людьми» [29, с. 110]. «Под психотерапией, – уточняет комментарий, – следует понимать только такой метод, который в центр внимания ставит именно это отношение, то есть не усматривает решающих факторов ни в медикаментозных, ни в механических методах» [там же].

314

умение возражать самому себе. Точно так же и способность к разрешению противоречий, соответствующим ситуации поступкам и чувствам формируется у индивида в ответ на сопротивление других людей его неадекватным действиям, иллюзорным представлениям и эфемерным чувствам. При том, однако, условии, что стимул не чрезмерен, что он не подавляет творческой активности и не провоцирует защитных реакций. Вот почему знание закономерностей развития («динамики») межличностных отношений столь важно для психотерапии и педагогики.

Специфика терапевтической ситуации заключается в том, что межличностные отношения подчинены в ней цели разрешения *патогенного* конфликта клиента и служат важнейшим инструментом профессиональной деятельности психотерапевта. Впервые это обстоятельство было осознано Фрейдом, который в начале 1890-х гг. зафиксировал отличие терапевтических отношений от обычных человеческих термином «перенос» («Übertragung»)⁷. Позже ученики и критики Фрейда показали, что перенос является одним из множества отношений, возникающих в процессе психотерапии. Контрперенос, суггестия, эмпатия, притяжение, отталкивание, теле-, тест на реальность, обратная связь, фазы групповой динамики – эти и другие понятия были выработаны психотерапевтами разных направлений для того, чтобы теоретически выразить осо-

⁷ «Желание, испытываемое пациенткой в данный момент, – писал Фрейд в «Очерках истерии», – оказалось связанным со мной в силу некоей неизбежной навязчивой ассоциации. В этом «мезальянсе», который я называю ложным раппортом, возникающий аффект тождественен тому аффекту, который когда-то побудил пациентку вытеснить запретное желание. С тех пор, как я это понял, всякий раз при подобной вовлеченности в отношения с пациенткой я могу предполагать существование трансфера и ложного раппорта» [цит. по: 212, с. 163]. Таким образом, при всей своей внешней ложности

трансфер выполняет ключевую функцию обнаружения патогенного противоречия, которое и «переносится» на психотерапевта. В последующих работах Фрейд выявил и другие не менее важные функции переноса, в том числе доверие пациента аналитику, без которого «он бы и слушать не стал врача и его аргументы» [189, с. 285].

315

бенности терапевтических отношений. В связи с подобием этих последних реальным человеческим отношениям, психотерапию нередко обвиняют в том, что, помещая индивида в центр искусственно сконструированного мира, целью, формой и источником движения которого он является, она отвлекает его от действительной (непредсказуемой, жестокой и *очень сложной*) жизни, ставит в зависимость от себя и т.п. Однако психотерапия не заменяет жизнь и не конкурирует с нею. Она лишь помогает человеку посредством искусственных стимулов, одним из которых как раз и являются терапевтические отношения, овладеть ситуацией и собственным поведением, что, правда, в случае успеха позволяет ему активно формировать свою жизнь. «Как метод развития тренинг спонтанности... совершеннее школы жизни, — писал, отвечая на упреки подобного рода в адрес психодрамы, Я.Л. Морено. — Пройдя через обучение поведению в различных потенциальных ситуациях, ролях и функциях, которые возможно ему придется исполнять по отношению к самым разным людям в различных ролях, человек обретает способность реагировать на жизненные ситуации более адекватно. Тренинг делает его более находчивым и гибким» [281, с. 195].

* * *

В первобытные времена люди, не способные в силу тех или иных обстоятельств (органических дефектов, например) участвовать в производстве, были обречены на смерть⁸. В докапиталистических обществах их судьба определялась главным образом принадлежностью к определенной социальной группе (роду, касте, слою, сословию и т.п.). У представителей низших слоев (рабов античности, городских низов средневековых городов и т.п.) практически не было шансов — они погибали. Часть девиантов интегрировалась институтом религии в качестве провид-

⁸ Поражающая воображение современных людей своей жестокостью легенда о спартанцах, умерщвлявших слабых младенцев, передает отношение к девиантам в древности.

316

цев, пророков, блаженных и прочих «божьих людей»⁹. Часть — включалась в «мы» общин, строившихся по семейно-профессиональному принципу, и содержалась ими, по крайней мере в относительно благополучные времена. Существовала и практика изгнания из общества девиантов, отождествлявшихся с «они» (одержимых, колдунов, ведьм, и т.п.). Однако во всех этих случаях участь людей, страдавших психическими расстройствами

решалась, исходя из групповых обычаев, устоев, религиозных представлений, их *индивидуальность* не играла при этом никакой роли.

В ходе буржуазных преобразований традиционная структура общества была разрушена, и возникли реальные предпосылки становления человеческой индивидуальности, а, следовательно, и признания развития личности важнейшей общественной ценностью. Но этой тенденции, нашедшей выражение в европейской гуманистической традиции, противостоял принцип стоимости, в соответствии с которым ценность отдельного человека тождественна цене его рабочей силы, а индивидуальные особенности, снижающие эту цену, являются *аномалиями*, превращающими их обладателя в (потенциально) антиобщественный элемент. Именно этот принцип, вызвал к жизни государственную практику изоляции девиантов в XVII-XVIII вв., трансформировавшуюся в XIX в. в институт клинической психиатрии. Концепция душевной болезни, как было показано выше, и является не чем иным как псевдонаучным оправданием этой антагонистической и бесчеловечной практики.

Гуманистический подход к проблеме психических расстройств был реализован значительно позже – в XX столетии. Его экономической основой стало увеличение

⁹ «Блаженны нищие духом, ибо их есть царство небес» – так начинается нагорная проповедь (Матфей 5:3). «Нищие духом» приравниваются в ней к праведникам, миротворцам и называются «солью земли». Характерно также следующее место проповеди: «31 Итак, не беспокойтесь и не говорите «Что нам есть?», или «Что нам пить?», или «Во что нам одеться?» 32 Ибо всего этого ищут язычники. Ибо ваш небесный Отец знает, что Вы нуждаетесь во всем этом».

свободного (от производства необходимых условий жизни) времени, а социальным воплощением – психотерапия, институционализация которой происходила в рамках *частной* (врачебной) практики. В отличие от психиатрии, делающей ставку на сегрегацию и изоляцию, психотерапия преодолевает психические расстройства путем возвращения страдающих ими людей в мир культуры и социального взаимодействия. Она не разрешает противоречий «неорганической» жизни, лежащих в основании психических расстройств, а формирует у «пациентов» способность самостоятельно разрешать такие противоречия – *способность ауторегуляции поведения*, позволяющую им разрешать конфликты в отношениях с окружающими, преодолевать трудности, изменять условия и обстоятельства своей жизни. Говоря языком классической философии, психотерапия содействует развитию такой человеческой способности как свобода воли. В этом и заключается ее социальная функция.

«Клиентом» клинической психиатрии является государство, «клиентами» психотерапии – личность и общество. Миссия психиатрии заключается в том, чтобы на основании оперативных классификаций

«эмпирических» признаков аномального поведения выявлять девиантов и отделять их от «нормальных» людей – посредством психологического тестирования, психиатрического обследования, освидетельствования, экспертизы, помещения в специальные учебные заведения, госпитализации, присвоения статуса инвалидности и т.п. Миссия психотерапии состоит в том, чтобы помогать людям, страдающим психическими расстройствами (девиантам), преодолевать разнообразные преграды, препятствующие их социальному взаимодействию с окружающими, развивать у них способность разрешать возникающие в ходе такого взаимодействия противоречия и конфликты, находить свое место в жизни, а также единомышленников и эффективные способы ее изменения. Для достижения этой цели психотерапия использует различные социокультурные практики, играющие роль вспомогательных психологических орудий, посредством которых формируется позитивная социально-психологическая компенсация.

318

6.2. Социокультурные практики в разрешении противоречий «неорганической» жизни

Универсальный закон психологического развития заключается в том, что человек овладевает своими натуральными (низшими) функциями и системой поведения в целом с помощью искусственных стимулов, знаков. Знак направляет психические операции по обходным путям, выработанным в ходе социальной истории, заставляя индивида осваивать всеобщие формы человеческой деятельности.

Однако для психотерапевтических целей «стандартные» социокультурные практики не пригодны. Ведь потому и возникает психическое расстройство, что индивид в силу тех или иных обстоятельств не может преодолеть препятствия обычными для его общества, времени, социальной группы культурными средствами; в его личностном развитии происходит сбой, его «болезнь» и есть не что иное, как психологическая система, образовавшаяся в результате неудачных попыток справиться с первичным и производными от него экзистенциальными противоречиями. Для разрешения таких противоречий нужны особые, учитывающие специфические закономерности патогенной компенсации культурные формы, причем *разнообразные*. Ведь полноценное развитие умственно отсталого ребенка и устранение социальных страхов требуют не просто специализированных, но *различных* обходных путей. Именно этим обусловлено как многообразие видов психотерапии, так ее развитие¹⁰.

Поэтому множественность и прогрессирующая дивергенция направлений психотерапии ни в коей мере не слу-

¹⁰ «...Эволюция в психотерапии всегда следовала за симптомом, – пишет Дж. Хилман. –

Терапия никогда не порождала идеи, чтобы потом применять их для лечения людей. Ее теории являются ответным откликом на симптомы. Именно симптомом определяется тот или иной путь. Необходимость срочного вмешательства и загадочность симптома направляет эволюцию психотерапевтических изысканий, выталкивая исследовательский интерес в новые неизвестные области» [201, с. 129].

319

чайны, но вытекают из ее сущности: разные школы создают особые социокультурные средства, опосредствующие позитивную компенсацию при различных расстройствах поведения. И в этом деле у психотерапии имеются весьма разветвленные исторические предпосылки.

6.2.1. Исторические предпосылки: магические практики и «ритуалы» шизофреников

С древнейших времен в рамках различных социальных институтов, по преимуществу религиозных, стихийно создавались вспомогательные стимулы и целые искусственные культурные системы, позволявшие управлять поведением людей и становившиеся средствами саморегуляции их поведения. О психологических функциях мантических сновидениях и институте *оракулов* в древности уже говорилось выше. Магия в обеих описанных Дж. Фрэзером практических формах – гомеопатической и контагиозной, помогала овладевать своим поведением – справляться со страхом, принимать решения и т.п. – тем, что вводила в ситуацию дополнительные стимулы – магические средства или ритуалы, которые изменяли реакции индивида. Характерно в этом отношении отмечаемое многими антропологами обстоятельство, что практикующие магию люди чаще всего имеют весьма смутное представление о смысле ритуальных действий и совершают их автоматически. Например, «индейцы канза, отправляясь на войну, устраивали в хижине вождя пир, на котором главным блюдом была собачатина. Считалось, что столь самоотверженное животное, как собака – животное, которое дает разорвать себя на куски, защищая хозяина, – не может не сделать доблестными людей, отведавших его мясо» [194, с. 551]. Страх воинов канза, вероятно, исчезал с первым же проглоченным куском «мяса смелости».

Противоположной формой «магического обусловливания» является табуирование – запрет на оскверненные или сакральные, но в обоих случаях зараженные опасностью, предметы, действия, слова и т.п. Соблюдение табу оттормаживало страх, нарушение – не только многократ-

320

но усиливало, но иногда приводило к фатальным последствиям (реакциям). «Женщина маори, до которой после съедения какого-то фрукта дошло известие, что этот плод был взят в табуированном месте, воскликнула, что дух вождя, чью святость она осквернила, поразит ее. Это случилось в

полдень, а к двенадцати часам следующего Дня она была мертва. Однажды причиной смерти нескольких людей явилось огниво вождя, которое он потерял. Найдя его, несколько мужчин зажгли с его помощью свои трубки, а, узнав, кому оно принадлежало, умерли от ужаса» [там же, с. 233]. И все же такие исходы были, по-видимому, достаточно редки – ведь существовали религиозные практики, позволявшие нарушителям табу избежать кары или, по крайней мере, смягчить ее. Это – известные всем народам ритуалы очищения, от обрядов перенесения грехов на какое-либо животное до утонченных мистерий и привычной для современного человека исповеди христиан.

В полном соответствии с принципом гомеопатической магии чтимый менадами и всей Грецией Дионис считался одновременно источником безумия (поскольку наказывал им) и избавителем от него. Эта амбивалентность, пишет Э. Доддс, указывает на то, что «ритуальные *oreibasias*¹¹, устраивавшиеся в строго определенное время, изначально возникли в Греции из спонтанных пароксизмов массовой истерии. Канализируя такую истерию раз в два года посредством организованного ритуала, Дионисийский культ заключал ее в жесткие рамки и давал ей относительно безвредный выход. То, что показывает *parodoz* «Вакханок», – это истерия, подчиненная религии» [237, с. 272], и, добавим от себя, – один из способов социальной переработки патологических психических процессов посредством системы искусственных стимулов.

¹¹ *Oreibasia* (горные танцы) – оргиастические пляски менад, устраивавшиеся раз в два года в середине зимы высоко в горах (на Кифероне, Парнасе и др.) и длившиеся несколько дней подряд. На греческих и римских вазах вакханки изображены с откинутыми назад головами с пеной у рта, что соответствует современным нозологическим признакам истерического припадка. Подобные «танцевальные мании», описаны многими антропологами, свидетельства о них (плясках св. Витта и св. Иоана) сохранили и средневековые рукописи [237, с. 270-273].

Многие магические практики, идет ли речь о ритуалах, табуировании или менадизме, имеют очевидное сходство с компенсаторными механизмами, лежащими в основе современных «душевных расстройств». Фрэнгер описывает смерть первобытных людей в результате нарушения ими табу, Фрейд и Брэйер – параличи, расщепление личности, расстройства речи и зрения у преступивших моральные запреты современных людей. С точки зрения социально-психологической компенсации и то, и другое – формы самонаказания, позволяющие нарушать (само)запрет и одновременно предупредить возмездие ослабленной (гомеопатической) его дозой. Первобытный человек оберегал себя от опасности тем, что сторонился нечистых предметов, людей или мест, невротик наших дней избегает открытого или, наоборот, замкнутого пространства, скопления народа, темноты, самолетов, жирной и сладкой пищи, милиционеров, пауков и т.п.,

испытывая приступы панического страха всякий раз, когда столкновение с ними неизбежно.

Л. Бинсвангер проанализировал средства защиты, которые использовали его пациенты – Эллиен Вест, Юрг Цюнд, Лола Босс, страдавшие разными формами шизофрении, и пришел к выводу, что все они – из арсенала магии. Лола, например, окружала себя «стеной» табу на одежду, обувь, людей, слова. Она успокаивалась только, когда защищала себя от «Сверхъестественного» посредством определенных ритуалов. Эллиен Вест ограждала себя от опасности, прибегая к посту и очищению кишечника, Юрг Цюнд с помощью уважаемой одежды и «показной безобидности» [16, с. 155]. В «чистом виде» способ образования этих путей патологической компенсации тождественен механизму магических ритуалов (основан на ассоциативной связи, пространственно-временном контакте и т.д.). Скажем, вкладывание Лолой пророческого смысла в предметы и события было связано, как удалось установить Бинсвангеру, со случайным пространственным сочетанием букв их вербального обозначения. Ее тревожили не трости с резиновыми набалдашниками, а «слоги «нет» («по») (если читать справа налево слово baston –

322

трость) и go-ma (резина), означающее для нее «не иди!» = «не иди дальше!» » [там же, с. 167]. Такие знаки служили для нее предвестниками опасности. Лола спрашивала «совета у «судьбы» так же, как греки советовались с Оракулом», и «слепо» подчинялась ей, несмотря на то, что признавала двусмысленность ее знамений [там же].

Однако наряду с тождеством обоих механизмов Бинсвангер выявляет их противоположность. Магия является всеобщей культурной системой, шизофренические ритуалы сугубо индивидуальны: «...Если греки принимали свою систему знаков как унаследованную традицией, то Лола разработала свою собственную, но относилась к ней так, как если бы она была объективной или передавала сообщение объективной силы» [там же]. Магия вписана в религиозное мировоззрение, суеверия шизофреников, подобно астрологии, представляют собой лишь «фетишизм названий, проецированных на небо», «отбрасывающий от возможности... принять подлинную религиозную веру» [там же]. Магия – форма родового, коллективного опыта, патологические ритуалы имеют смысл только в рамках шизофренической структуры Dasein: пищевые табу Эллиен Вест замещают ее боязнь впасть в «животную ненасытность», одежда и поведение Юрга Цюнда – его страх «опуститься до пролетарского уровня и приобрести в глазах общества дурную славу», табу и оракулы Лолы – ее «ужас перед Сверхъестественным» [там же, с. 160].

Таким образом, анализ Бинсвангера обнаруживает, что *патологическая перестройка психологических систем также осуществляется при помощи социокультурных практик (вспомогательных психологических орудий)* и

показывает, как единые законы психологического развития человека получают особенное выражение при разных формах шизофрении. Но почему в качестве таких искусственных стимулов шизофреники используют именно магические практики?

Историки позитивистской психиатрии часто объясняют это обстоятельство патологической природой самих этих практик – дескать, не зная естественных причин истерии, эпилепсии, шизофрении и других душевных болезней древние люди истолковывали их как проявление

323

сверхъестественных сил и делали предметом религиозных культов; там, где примитивный человек видел одержимость, современный врач диагностирует шизофрению. Другой вариант позитивистского объяснения основывается на научении о дегенерации и филогенетической «теории». Адепты Мореля и Геккеля рассматривают магические ритуалы, к которым прибегают психиатрические пациенты, в качестве убедительного свидетельства их регрессивного развития.

Автором самого популярного в XX в. *антицицистского* толкования магии шизофреников является К.Г. Юнг, утверждавший, что бессознательное воспроизведение в сновидениях, бреде, искусстве, литературе современными людьми древних мифологических сюжетов, образов и ритуалов предопределено запечатленными (Богом, разумеется) в глубинах их душ вечными эйдосами – архетипами, которые активизируются всякий раз, когда ослабеваешь контроль сознания (рационального мышления). *Dementia praecox* трактовалась Юнгом как погружение в стихию не сдерживаемого разумом коллективного бессознательного, которое и «говорит» языком магии.

Между тем, для того чтобы представить возможность использования шизофрениками и другими психиатрическими пациентами магических практик в качестве вспомогательных психологических орудий патогенной компенсации, нет надобности прибегать ни к биологическому редуccionизму, ни к мистицизму. Любая знаковая система первоначально возникает в отношениях между людьми и лишь потом, интериоризуясь, становится средством саморегуляции поведения отдельного человека. Странность ритуалов шизофреников состоит в том, что они используются в интрапсихическом качестве в такое время, когда магия давно перестала быть всеобщим средством интерпсихологического, социального взаимодействия. Как заметил Борхес, «Сравнивать «Дон Кихота» Менара и «Дон Кихота» Сервантеса – это подлинное откровение!» [23, с. 67]. Но ведь классические первобытные формы магии – вовсе не единственный источник интериоризации ее ритуалов. В современном обществе существует множество Дру-

324

гих – фольклорных, религиозных, бытовых, детских, игровых.

Скажем, когда живущие в России начала XXI в. дети, потеряв какую-либо вещь, говорят: «Черт, черт, поиграл и отдай!» или, показав «на себе» рану, выкрикивают: «Лети, лети, ни на кого не попади, ни на маму, ни на папу, ни на бабушку, ни на дедушку, ни на тетю, ни на дядю и т.д.»¹², – они практикуют магические ритуалы, хотя и не догадываются об этом. «Современный человек, -замечает Бинсвангер, – который, несмотря на свою предполагаемую культуру, стучит по столу или довольствуется восклицанием «стучу по дереву», во многом поступает подобно Лоле, за исключением того, что он удовлетворяется одной единственной формулой защиты против «зависти и непостоянства «судьбы»» [16, с. 162].

Подлинная загадка шизофренических ритуалов заключается не в их магическом характере, а в том, что они замещают собой всеобщие идеальные средства, предназначенные для взаимодействия с другими людьми, и выполняют функцию защиты от такого взаимодействия. Но в этом и состоит пока не разгаданная тайна шизофрении. Утрачивая социальные отношения с окружающими, шизофреник утрачивает социальное отношение к себе самому. «Распад социально построенных систем личности – другая сторона распада внешних отношений, которые являются отношениями интерпсихологическими» [40, с. 127].

6.2.2. Внушение

Differentia specifica вспомогательных средств, которыми пользуется психотерапия, заключается, прежде всего, в их *специализированном* характере – в отличие от магических, религиозных, политических¹³ и т.п. стимулов,

¹² Эти и многие другие ритуалы и заклинания собрала для меня моя дочь Саша.

¹³ Таких, например, как практиковавшиеся в нашей стране с 20-х годов прошлого столетия новые советские обряды – «октябрины», «массовый действия», «первомайские демонстрации» и т.п. или разнообразных манипуляций поведением избирателей во время предвыборных кампаний в наши дни.

они предназначены для разрешения личностных противоречий, для образования индивидуальных обходных путей позитивной компенсации. В начале XX в. создание и применение таких средств выделилось в особую сферу социальных отношений, область профессиональной деятельности психотерапевтов. Однако уже в конце XVIII в. в европейских странах началось активное формирование реальных предпосылок психотерапии. Этот процесс разворачивался за официальными границами медицинской психиатрии и, лишь завершившись рождением психоанализа, вторгся в ее владения, став причиной кризиса, не преодоленного и по сей день. В известном смысле само институциональное становление психотерапии может

рассматриваться как обходной путь познания и лечения «душевных» расстройств.

В 70-е гг. века Разума отвергнутый собратьями по цеху и вынужденный покинуть родину доктор медицины Венского университета Франц Антон Месмер (1736-1815) впервые целенаправленно использовал для лечения своих пациентов психологическое средство – внушение в архаичной форме прямого предписания. Сам Месмер, правда, объяснял «терапевтический механизм» своего метода действием «животного магнетизма», разгоняющего застоявшиеся в теле больного «флюиды», что соответствовало медицинским представлениям времени. Однако многочисленные описания его сеансов не оставляют сомнений в том, какими средствами он пользовался в действительности.

При помощи различных манипуляций – знаменитых пассов, прикосновений, особых предметов, таких как чан, наполненный водой и осколками стекла, прутья, веревки, до которых он просил дотронуться присутствующих на коллективных сеансах для облегчения движения «флюидов», – Месмер вызывал у пациентов «магнетический криз», за которым следовало исчезновение или ослабление симптомов. Месмеру стоило лишь коснуться своих пациентов, пишет С. Цвейг, как нервы их напрягались, готовые вздрагивать, и тут же происходили «без всякого прибора или медикамента изменения в характере болезни организма, сперва в форме возбуждения, затем – успокоения» [206, с. 30].

326

Будучи сторонником «теории флюидов», Месмер полагая, что производимые им изменения исключительно физиологического свойства и на этом основании сознательно отказывался от речевой коммуникации с пациентами. Содержание его предписаний было простым и стереотипным, в словесной форме его можно выразить так: «Исцелись, ты – здоров!». Функцию знака выполняло прикосновение к больному органу. «Месмер манипулирует, Месмер говорит, и если больной "отвечает" ему каким-нибудь симптомом, то Месмер властными приказаниями стремится немедленно добиться исчезновения этого симптома. Он низводит больного к дословесной стадии, он "господствует" над ним», – пишут Л. Шерток и Р. де Соссюр [212, с. 42] и несколькими страницами ниже добавляют, что такой невербальный, но все же основанный на межличностном взаимодействии, способ лечения радикально отличался от принятой в то время медицинской практики обращения с пациентами, словно с неодушевленными предметами [там же, с. 46].

В конце XVIII – первой половине XIX вв. у Месмера появилось множество учеников, последователей и подражателей. Самыми известными были Пюисегюр, Делез, Нуазе, де Виллер, Вире, аббат Фария, Бертран, Шарпилье-он. Магнетические сеансы получили столь широкое распространение и вызывали столь бурные споры, что Людовик XVI даже

учредил в 1784 г. две комиссии по расследованию деятельности магнетизеров, в которые входили авторитетнейшие ученые времени (Франклин, Байи, Лавуазье, Дарсе, Гийотен и др.). Обе комиссии решительно опровергли существование «животного магнетизма» и «флюида», но отметили «некоторый лечебный эффект манипуляций», который отнесли на счет не поддающегося научному познанию «воображения» [там же, с. 45].

Между тем уже Пюисегюр достаточно точно и рационально сформулировал правила применявшегося магнетизерами метода. Прежде всего нужно овладеть волей пациента, вернув его к состоянию полного доверия, подобного тому, которое испытывает дитя к матери. Пациент должен совершенно отказаться от собственной воли.

327

Затем, следует вступить с пациентом в словесный контакт. «Первый вопрос должен быть: «Как вы себя чувствуете?», Следующий: «Чувствуете ли вы, что я приношу вам облегчение?» Выразите затем удовлетворение от мысли, что это вам удастся» [там же, с. 50]. И, наконец, после исчезновения или ослабления симптомов болезни, «магнетическую» связь следует разорвать во избежание зависимости пациента от целителя.

В 40-е гг. XIX в. манчестерский хирург Джеймс Брейд ввел термин гипноз, и магнетизеров сменили *гипнотизеры*. Они по-прежнему лечили за пределами медицины, однако и техника внушения, и ее понятийное выражение стремительно совершенствовались. Уходили в прошлое пассы, «чаны» и другие магические атрибуты терапевтических сеансов. Гипнотизеры обсуждали условия гипнабельности (доверие к целителю, склонность пациента к подражанию и т.п.), спорили о соотношении гипнотического сна и внушаемости в состоянии бодрствования, различали пациентов по степени подверженности внушению. Наконец, в последней трети столетия были выдвинуты научные гипотезы гипнотизма. Автором первой был А. Льебо – гипнотизер-маргинал, обладавший впрочем, степенью доктора медицины. В книге «О сне и аналогичных состояниях, рассматриваемых преимущественно с точки зрения воздействия психики на тело» (1866) был А. Льебо – гипнотизер-маргинал, обладавший, впрочем, степенью доктора медицины. В книге «О сне и аналогичных состояниях, рассматриваемых преимущественно с точки зрения воздействия психики на тело» (1866) Льебо утверждал, что в основе гипнотического воздействия лежит не физический, а психологический процесс – внушение посредством слова. Гипноз вообще представляет собой лишь частный, хотя и рафинированный случай внушения, поскольку у находящегося в состоянии сомнамбулизма человека снижается критическая способность – сохраняя контакт с гипнотизером, он беззащитен перед его словесными приказами. Позже эта идея была развита школой И.П. Павлова, из нее же исходил Б.Ф. Поршнев.

328

Последователи Льебо – Бонис, Льежуа и особенно Бернгейм стремились дополнить концепцию Льебо и, «следуя его путем, освободить учение о гипнотизме и внушении от ошибок, сняв с него покров тайны и привести его в соответствие с законами биологии и психологии» [цит. по: 212, с. 85], «следуя его путем, освободить учение о гипнотизме и внушении от ошибок, сняв с него покров тайны и привести его в соответствие с законами биологии и психологии» [там же]. В результате возникла «психологическая» Нансийская школа гипноза.

С другой стороны, в 80-е годы XIX в. в легендарной Сальпетриерской клинике Парижа Ж. Шарко и его ученики Бабинский, Льюис, Дюмонпалье и др. разработали «физиологическую» концепцию гипноза, позволившую включить его в сферу исследований позитивистской медицины. Они отождествили гипнотизм с его соматическими проявлениями, которые изучались анатомо-клиническим методом. При этом глубокий гипноз они считали патологическим состоянием. Известное определение Шарко гипноза как искусственной истерии вытекает именно из этого положения. Сальпетриерцы стремились исключить из условий, необходимо и обратимо сопутствующих сомнамбулизму, любые психологические феномены. «Напряженное ожидание и внушение, – писал Дюмонпалье, – не имеют никакого отношения к некоторым определяющим условиям гипноза» [там же, с. 87]. Это повлекло за собой выдвижение ложной гипотезы физических причин гипноза, таких, например, как воздействие металлов, температуры, света, электричества и т.п.

В споре Нансийской и Сальпетриерской школ последняя потерпела поражение: тупиковый характер соматической гипотезы признал уже ученик Шарко П. Жане. Вскоре проблема гипноза и шире – внушения была вытеснена из официальной медицины. Историки психоанализа традиционно подчеркивают моральную сторону дела – врачи противились применению и изучению гипноза из-за боязни «эротической» зависимости пациента от терапевта, ссылались на его унижающую человеческое достоинство природу и т.п. Однако не меньшую, если не боль-

шую, роль сыграли теоретическая неспособность позитивистской медицины объяснить феномен внушения, а также сопротивление – в то время вряд ли осознававшееся – проникновению на рынок врачебных услуг аутсайдеров-гипнотизеров. Во всяком случае, после смерти Шарко в 1893 г. научная репутация гипноза была основательно скомпрометирована¹⁴. Значительно уменьшилась и его общественная популярность; публика надеялась на чудо, на панацею, но столетняя история применения внушения выявила довольно узкие границы его терапевтических возможностей. «Если, согласно старинной врачебной формуле, идеальная терапия должна быть быстрой, надежной и не вызывать неприязни у больного, – писал Фрейд, – то метод

Бернгейма отвечал по крайней мере двум из этих требований» [189, с. 287]. Он не занимал много времени и не доставлял хлопот не только больному, но и врачу, для которого запрещение посредством одних и тех же приемов самых разных симптомов, становилось со временем «монотонным занятием». Но третьему требованию надежности внушение не отвечало «ни в каком отношении». «К одному больному его можно было применять, к другому – нет; в одном случае удавалось достичь многого, в другом – очень малого, неизвестно почему. Еще хуже, чем эта капризность метода, было отсутствие длительного успеха. Через некоторое время, если вновь приходилось опять слышать о больном, оказывалось, что прежний недуг вернулся или заменился новым» [там же].

Как раз в этот кризисный для гипноза момент произошло стягивание предпосылок психотерапии и становление в результате метаморфизма ее исходной формы – психоанализа. Гипноз при этом подвергся отрицанию и переработке – снятию: «подлинный психоанализ, – писал Фрейд, – начался с отказа от помощи гипноза» [там же, с. 186]. В современной психотерапии он сохранен в качестве *одного из* вспомогательных психологических

¹⁴ Немалую роль в этом сыграл ученик Бернгейма швейцарский врач Дюбуа, противопоставивший в духе протестантской этики аморальному внушению метод рационального убеждения больного.

средств, находящего ограниченное применение, например, в терапии зависимостей.

6.2.3. От гипноза к «технике» психоанализа

Фрейд познакомился с гипнозом в его непосредственном отношении к «душевному расстройству»: в 1882 году Й. Брейер посвятил его в ход лечения катаргическим методом¹⁵ Анны О. По общему мнению исследователей, именно эта история сыграла роль катализатора в профессиональном определении Фрейда, поставив перед ним «две важнейшие, связанные друг с другом, проблемы: истерии и гипноза» [212, с. 101]. В 1882 г. он оставил физиологическую лабораторию Брюкке, в которой весьма успешно изучал гистологию мозга в течение 6 лет, объяснив это желанием посвятить себя практической медицине. В следующем, 1883-м, начал стажироваться в психиатрическом отделении Венской городской больницы под началом известного доктора Майнерта. В 1884-м стал врачом неврологического отделения той же больницы. В 1885-м он добился стипендии для стажировки в парижской клинике Сальпетриер, где занимался изучением истерии, посттравматических параличей¹⁶ и присутствовал на знаменитых гипнотических сеансах доктора Шарко. По воз-

¹⁵ Случайно открытый Брейером катаргический метод состоял в погружении пациентов в

состояние глубокого гипноза и повторном переживании ими патогенных конфликтов или травматических событий. Брейер впервые добился этого, когда попросил Анну О. перед погружением в гипноз запомнить некоторые слова, которые она бессвязно бормотала в состоянии абсанса. Поскольку после такого воспроизведения и бурного «отреагирования» негативных эмоций состояние пациентки резко улучшалось (правда, ненадолго), метод был назван катартическим («очищающим»). Анна О. остроумно называла его «chimney sweeping» – «прочисткой труб».

¹⁶ В то время широко обсуждались случаи параличей и большой истерии у пациентов, переживших психическую травму, в частности попавших в железнодорожные катастрофы. Шарко признавал роль психологических факторов в этиологии неврозов, но вместе с тем говорил об их пока не выявленном физиологическом субстрате.

331

вращении в Вену весной 1886 г. прочел две лекции о гипнозе – 11 мая в Клубе физиологов, 25 мая – в Психиатрическом обществе. Обе были встречены с неприкрытой враждебностью; Майнерт выступил с резкой критикой, отношения с ним испортились. 15 октября 1886 г. Фрейд сделал доклад об итогах стажировки в венском Медицинском обществе. Два главных тезиса доклада – о посттравматической (психогенной) истерии у мужчин и возможности вызывать истерические парезы посредством внушения, были с негодованием отвергнуты членами общества. С декабря 1887 г. он начал применять прямое внушение во врачебной практике. В мае 1889 г. впервые использовал катартический метод (при лечении Эмми фон Н.). В июле 1889 г. отправился с одной из пациенток в Нанси к Бернгейму за консультацией. В августе 1889 г. вместе с Льебо и Бернгеймом участвовал в Париже в работе Конгресса по гипнотизму и Международного конгресса по физиологической психологии, также посвященного проблеме внушения. В 1892 г. ограничил применение гипноза. В 1896-м исключил внушение из терапевтической практики.

Таким образом, упорнейшая десятилетняя борьба за гипноз, потребовавшая от Фрейда значительных материальных и психологических затрат, рассорившая его с медицинским сообществом, изменившая круг его общения и весь ход жизни, завершилась, как раз, «когда час победы настал», сознательным отказом от гипноза...

Историки психоанализа приводят множество причин, объясняющих этот выходящий за рамки здравого смысла поступок мэтра – от прагматически-бытовых до глубоко личных. Так, Лагаш указывает на крайне малое число гипнабельных пациентов, с которыми можно было работать методами Бернгейма и Брейера [там же, с. 159]. Л. Шерток и Р. де Соссюр акцентируют внимание на «эротических осложнениях» гипнотических сеансов, с которыми пришлось столкнуться Фрейду¹⁷. Немаловажную

¹⁷ «...Я оказался в ситуации, – пишет Фрейд о шокировавшем его случае из практики тех лет, – когда больная, которой я неоднократно помогал гипнозом избавиться от нервных состояний, неожиданно во время лечения особенно трудного случая, обвила руками мою шею» [189, с. 288].

роль сыграла вне всякого сомнения и отмечавшаяся многими биографами исследовательская амбициозность Фрейда – «мистическая» репутация гипноза практически не оставляла надежды на скорое открытие его закономерностей.

И все же эти и подобные им обстоятельства лишь обрамляют и усиливают основную причину отказа от гипноза, которая заключалась в том, что за девять лет частной практики Фрейд уже достаточно ясно представлял себе как специфику расстройств, с которыми ему приходилось иметь дело, так и общий путь их преодоления, и хотя и не мог еще выразить это представление теоретически¹⁸, сознавал абсолютное несоответствие ему гипноза.

Метод прямого внушения как нельзя лучше отвечал традиционному мнению врачей о неврозе, как о воображаемом заболевании (симуляции), – мнению, с которым Фрейд столкнулся по возвращении из Сальпетриера.
«Врач

¹⁸ Исследователи выделяют четыре попытки («проекта психического аппарата») теоретического обоснования Фрейдом психоаналитической концепции неврозов. Первая из них была сделана в сентябре 1895 года. В наброске, озаглавленном «Проект психологии», Фрейд излагает «нейрофизиологическую» гипотезу, согласно которой психологические процессы (система У) выполняют функцию поддержания равновесия при взаимодействии организма со средой. Фрейд подключает, по замечанию Ж. Лакана, к схеме безусловного рефлекса «стимул-реакция», «систему-тампон, ту самую систему внутри системы, которая и ложится в основу системы Я» [101, с. 145]. Второй «проект» изложен в «Толковании сновидений» (1900) и представляет собой формулировку «энергетической» гипотезы в нейрофизиологической терминологии. «...Теория всех психоневротических симптомов, – писал, в частности, Фрейд, – сводится к тому положению, что и они должны быть признаны осуществлениями желания из сферы бессознательного» [187, с. 406]. Эту гипотезу также называют «топической», поскольку Фрейд использует пространственную метафору, сравнивая сознание с освещенным залом, предсознательное – с примыкающей к нему приемной, а бессознательное – с охраняемым стражем-цензором темным подвалом. Третья – «структурная» – модель была сформулирована в работах 1914-1917 гг. («Введении в нарциссизм», «Влечениях и их судьбе», «Лекциях по введению в психоанализ» и др.), в которых Фрейд персонифицирует и одновременно деперсонализирует психическую систему, вводя «инстанции» «Я», «Оно» и «Сверх Я». Наконец, последняя – четвертая – схема была выдвинута в статье «По ту сторону принципа

говорит больному: да у вас ведь ничего нет, это только нервы, а потому я несколькими словами за несколько минут могу освободить вас от недуга» [189, с. 288]. В этой легкости – коварство гипноза: создавая видимость эффективности и быстроты терапии психических расстройств, он отсекает возможность познания их причин, поскольку, устраняя симптомы, скрывает и консервирует порождающую их основу, которая спустя некоторое время заявляет о себе теми же или новыми симптомами. «...Я понял, – писал Фрейд,

– что при использовании гипноза невозможно было понять динамику этих поражений. Это состояние... не позволяло врачу заметить существование сопротивления. Оно отодвигало сопротивление на задний план, освобождало определенную область для аналитической работы и сосредотачивало его на границе этой области так, что оно становилось непреодолимым» [там же, с. 186].

Однако, даже осознав – вероятно, в 1889 г., – что гипноз не годится для терапии *психоневрозов*, Фрейд смог отказаться от него только тогда, когда открыл и разработал адекватные социокультурные средства, такие как метод свободных ассоциаций, толкование сновидений, ошибочных действий и, конечно же, перенос. Историю создания каждого из них содержат важнейшие работы Фрейда – от «Толкования сновидений» (1900) до «Анализа конечного и бесконечного» (1937). Для нас наибольший интерес представляет переработка, которой был подвергнут гипноз, и в результате которой возникли методы свободных ассоциаций и терапевтического использования переноса.

удовольствия» (1920) . В ней Фрейд вводит помимо «принципа удовольствия» и «принципа реальности» «принцип смерти». Все эти «проекты» являются попытками выразить и зафиксировать открытые Фрейдом закономерности развития психологических систем человека то в физиологической, то в популярной энергетической терминологии, то средствами аналогии и иносказания. По нашему мнению, адекватнее всего открытия Фрейда выражены там и тогда, где и когда он не стремится поднять их на «теоретическую» (а на самом деле, скорее метафизическую) высоту, а излагает в связи с анализом метода, репрезентативных случаев и проблем, а также с дидактической целью.

334

Итак, общая идея психоневрозов, сформировавшаяся под влиянием Шарко, Брейера, Жане и собственного врачебного опыта Фрейда, состояла в следующем: симптомы пациентов образуются в ходе негативной компенсации и являются разрешениями неосознаваемых ими (бессознательных) психологических противоречий. Невротики «прячутся в своей болезни, как раньше имели обыкновение удаляться в монастырь, чтобы доживать там свой век» [там же, с. 174]. Стратегия терапии таких расстройств заключается в доведении до сознания их бессознательных предпосылок [там же, с. 178]. Для этого необходимо, во-первых, вскрыть связь между симптомами и лежащими в их основе побуждениями (желаниями, мотивами), затем выявить жизненные ситуации, в которых возникают такие побуждения, обнаружить в глубине их первичную, или травматическую, ситуацию, в которой побуждение не смогло реализоваться нормальным образом в силу определенных причин – встретив запрет, например, – и стало толчком к формированию обходных путей данного невроза. Далее нужно сделать патогенное противоречие предметом сознания пациента с тем, чтобы он мог разрешить его нормальным образом. Обе (взаимосвязанные) задачи предполагают преодоление сопротивления пациента анализу, представляющее собой, как показал Фрейд, проявление

того же психологического процесса (вытеснения), который привел к возникновению симптома. Но как добиться этого? Прямой путь непосредственного внушения, которым пользовались магнетизеры и гипнотизеры, не подходил по указанным выше причинам. В конечном счете, он оказывался не только не надежным, но также долгим (бесконечным) и мучительным для пациента. И вот в 90-х гг. XIX в. Фрейд нашел остроумное решение этой проблемы. Он соединил логику обходных путей, лежащую в основе образования невротических симптомов, и целенаправленное применение искусственных психологических стимулов, практиковавшееся гипнотизерами. В результате родилась техника свободных ассоциаций.

335

В «Лекциях по введению в психоанализ» Фрейд описывает ее так: «Мы просим больного прийти в состояние спокойного самонаблюдения, не углубляясь в раздумья, и сообщить нам все, что он может определить при этом по внутренним ощущениям: чувства, мысли, воспоминания в той последовательности, в которой они возникают. При этом мы настойчиво предостерегаем его не поддаваться какому-нибудь мотиву, желающему выбрать или устранить что-либо из пришедших ему в голову мыслей, хотя бы они казались *слишком неприятными* или *слишком нескромными*, чтобы их высказывать, или *слишком неважными*, не относящимися к делу, или *бессмысленными*, так что незачем о них говорить. Мы внушаем ему постоянно следить лишь за поверхностью сознания, отказаться от постоянно возникающей критики того, что он находит, и уверяем его, что успех лечения а, прежде всего его продолжительность, зависят от добросовестности, с которой он будет следовать этому основному техническому правилу анализа» [там же, с. 182-183].

Главное в очерченной Фрейдом процедуре, конечно же, – предписание отказа от критики, однако оно рассчитано не на непосредственное снятие сопротивления, не на запрет запрета, как гипнотическое внушение, а на привлечение внимания пациента к вытесненным травматическим переживаниям. Вспомним, как описывал Л.С. Выготский формирование функции произвольного внимания у детей: уже простой указательный жест взрослого вычленяет из глыбы впечатлений ребенка один предмет или признак, который оказывается в центре его внимания. Расчлняя синкретическую связь ситуации, слово становится первым средством анализа. В основе техники свободных ассоциаций как раз и лежит сознательное использование слова в качестве искусственного стимула. «Выдвигая это основное техническое правило, – пишет Фрейд, – мы добиваемся сначала того, чтобы все сопротивление направляется на него. Больной всячески старается избежать его предписаний» [189, с. 183]. Тем самым из глыбы его стихийных и неоформленных ассоциаций вычленяются запрет-

336

ные темы, которые и становятся предметом анализа и дальнейшей проработки¹⁹.

Собственно этот первый шаг содержит в снятом виде весь метод психоанализа, который состоит в последовательном преодолении видоизменяющихся сопротивлений (вытеснений) пациента посредством искусственных стимулов. Впрочем, можно, вспомнив легендарного Сократа, определить этот метод и иначе – как последовательное разрешение в споре, который пациент ведет при помощи терапевта с людьми, воспрепятствовавшими когда-то нормальной реализации его желаний (чаще всего – с родителями), психологического конфликта возникшего в результате усвоения их запрета. Пациент противопоставляет их аргументам контраргументы, затем переформулирует, усиливает и т.п. их доводы, снова опровергает их и так далее о тех пор, пока он осознанно не выработает «какую-то среднюю позицию между полным наслаждением жизнью и обязательным аскетизмом» [там же, с. 277], т.е. поймет закономерности, определяющие его отношения с другими людьми. Поскольку предметом анализа являются интериоризованные противоречия, то пациент выступает в оппозиционных ролях, полемизирует сам с собой. Снятая интрапсихическая форма его конфликта разворачивается в рефлексивное движение противоположностей. «...Мы могли убедиться, – пишет Фрейд, – что один и тот же человек в продолжение анализа бесчисленное множество раз то оставляет свою критическую установку, то снова принимает ее» [там же, с. 186]. Помимо экспликации, личностного конфликта такой спор – особенно если принять во внимание длительность психоанализа – без сомнения, развивает как мышление, так и свободу воли пациента. Вот почему Фрейд говорил, что «психоаналитическое лечение является чем-то вроде *довоспитания*» [там же, с. 289], которое так же, впрочем, как и майевтика Сократа, становится возможным только благодаря особым социокультурным средствам.

¹⁹ «Так и студенту, который в первый раз смотрит в микроскоп, – замечает в связи с этим Фрейд, – преподаватель сообщает, что он должен увидеть, в противном случае он вообще не видит этого, хотя все это там есть и его можно увидеть» [189, с. 279].

Самое действенное из них – *перенос*, или проекция на личность терапевта чувств пациента по отношению к значимым для него людям. Перенос делает понятной природу той психологической власти, которой обладали гипнотизеры над пациентами и которая является первейшим условием словесного внушения в любой форме. Эта власть зиждется на авторитете людей, которых олицетворяет терапевт в глазах пациента²⁰. А поскольку прототипные жизненные отношения противоречивы²¹ – доверие в них соседствует с (подавленной) критикой, страх – с бунтарством, любовь – с ненавистью, то и отношение к терапевту амбивалентно: на различных этапах анализа по мере продвижения спора пациента «с самим собой» оно варьи-

руется от восторженного почитания до открытой агрессивности.

Отношение переноса находилось в фокусе исследовательского интереса Фрейда, начиная с «Очерков истории» (1895), в 1912 году он посвятил ему специальную работу «О динамике переноса». Интерес этот был обусловлен прежде всего практическими соображениями: использовать перенос в терапевтических целях можно лишь, зная его закономерности – в этом, подчеркивал Фрейд, принципиальное отличие применения переноса в психоанализе от «магических» практик гипнотизеров. Терапевтическое использование внушения обусловлено способностью пациента к переносу. Однако гипнотизеры не осознавали этого обстоятельства и поэтому находились в рабской зависимости от него. Иногда они сталкивались с непреодолимым сопротивлением пациента, иногда – с амбивалентность его реакций, но не имели возможности влиять на ситуацию. «В психоанализе, пишет Фрейд, – мы работаем над самим перенесением, устраняя то, что ему противодействует, *готовим себе инструмент, с помощью которого хотим оказывать влияние. Так перед нами от-*

²⁰ «Вера при этом, – замечает Фрейд, – повторяет историю своего возникновения: она является производной любви и сначала не нуждалась в аргументах» [189 с. 285].

²¹ Эту противоречивость Фрейд выразил метафорой Эдипова комплекса.

крывается возможность совсем иначе использовать силу внушения; мы получаем власть над ней, не больной внушает себе то, что ему хочется, а мы руководим его внушением, насколько он вообще поддается его влиянию» (курсив мой. – Е.Р.) [там же, с. 289]. Речь, таким образом, идет о профессиональном использовании переноса в качестве искусственного стимула.

В «Лекциях по введению в психоанализ» Фрейд выделил три главные функции этого «инструмента влияния». Первая заключается в управлении сопротивлением пациента. Сопротивление – важнейший источник материала для анализа патогенного конфликта; ослабленное, скажем, прямым внушением, оно скрывает этот материал, будучи слишком сильным – становится непреодолимым препятствием. Поэтому на начальном этапе анализа, опираясь на аванс доверия пациента, терапевт руководит рефлексивным развитием его сопротивлений между двумя противоположными полюсами. Перенос при этом является мощной способствующей работе силой [там же, с. 283].

Однако спустя какое-то время сопротивление овладевает переносом, и он превращается в препятствие сотрудничеству пациента с терапевтом. Иначе говоря, вся сила выявленных анализом чувств и желаний пациента по отношению к людям, задействованным в его личностном конфликте, вся сила его преодолевших барьеры вытеснения побуждений обрушивается на терапевта. Независимо от того, как выражается при этом перенесение – враждебно или дружелюбно, бурно или мягко, – оно является

рафинированной (поскольку обнаруживается открыто) формой сопротивления пациента. В этот кульминационный момент анализ переходит в активную фазу, и на передний план выступает вторая функция переноса, состоящая в терапевтическом воспроизводстве патогенного противоречия, благодаря которому осуществляется его позитивное разрешение. Спор пациента «с самим собой», в который трансформировался в ходе анализа его интрапсихический конфликт, теперь превращается в напряженное интерпсихологическое взаимодействие, в столкновение с терапевтом по поводу проблемы, лежащей в основа-

339

нии невроза. Главным искусственным стимулом при этом становится сам психотерапевт, выступающий в роли вспомогательного «я» пациента.

Фрейда часто упрекают в том, что он делает человека (невротика) заложником событий прошлого, метафизически сводя к ним его психологическую судьбу. Крайнюю упрощенность этого представления демонстрирует, в частности, анализ механизма терапевтического использования переноса, целиком и полностью исходящий из способности психологических конфликтов к изменению под влиянием актуальных межличностных отношений. Фрейд называл перенос во второй его функции «искусственным неврозом», в том смысле, что в процессе аналитической проработки симптомы лишаются своего первоначального смысла, «приспосабливаются» к взаимодействию с терапевтом. Образование нового конфликта разворачивается на глазах аналитика, которому легко следить за его развитием, поскольку он находится в его центре. Разрешение этого конфликта одновременно является разрешением первичного патогенного противоречия. «Человек, ставший нормальным по отношению к врачу и освободившийся от действия вытесненных влечений остается таким и в частной жизни, когда врач опять отстранил себя» [там же, с. 284].

На финальном этапе анализа терапевт снова меняет тактику и использует перенос в третьей функции искусственного стимулирования произвольного поведения пациента. Его орудием снова становится авторитет, однако применяется он не для того, чтобы склонить пациента к определенному решению, но чтобы помочь ему сделать выбор в пользу позитивной компенсации. Осознав в процессе аналитической проработки, как противоположные стороны собственного конфликта, так и необходимость его разрешения, пациент использует свое доверие к терапевту в качестве дополнительного стимула в борьбе мотивов. Позитивный перенос при этом выполняет ту же роль, что и завод будильника человеком, решившим утром встать пораньше [там же, с. 285]. Без подобной поддержки «могло бы случиться, что он вновь решил бы на прежний

340

исход и опять вытеснил бы то, что поднялось в сознание» [там же], т.е.

вернулся бы на проторенные тропинки патогенной компенсации.

Итак, в конце анализа Фрейд возвращается к использованию отвергнутого в его начале внушения: «...в нашей технике мы отказались от гипноза, – замечает он, – только для того, снова открыть внушение в виде перенесения» [там же]. Однако этот возврат не является ни отступлением от принципов, ни путаницей терминологии, ни, тем более случайностью. Напротив, он закономерен: все разнообразие вспомогательных средств психоанализа было создано в процессе переработки (отрицания) «магических» практик гипноза, исчерпав их ресурсы, психоанализ возвратился к исходному началу и вместе с тем еще более удалился от него, поскольку само это начало уже подверглось преобразованию, «снятию», подчинению той новой функцией (разрешения патогенных конфликтов) которую он выполняет. Перед нами, таким образом, классический пример отрицания отрицания. Что же касается результата этого превращения противоположностей, то вряд ли его можно выразить лучше, чем это сделал сам Фрейд. Гипнотическая терапия, резюмирует он, стремится замаскировать противоречия душевной жизни, психоаналитическая – раскрыть и устранить их. «Первая пользуется внушением, чтобы запрещать симптомы, она усиливает вытеснение, оставляя неизменными все процессы, которые привели к образованию симптомов. Аналитическая терапия проникает дальше в сущность, в те конфликты, которые привели к образованию симптомов, и пользуется внушением, чтобы изменить исход этих конфликтов. Гипнотическая терапия оставляет пациента бездеятельным и неизменным и потому столь же неспособным к сопротивлению при всяком новом поводе к заболеванию. Аналитическое лечение требует от врача и от больного тяжелого труда, направленного на устранение внутренних сопротивлений. Благодаря преодолению этих сопротивлений душевная жизнь больного надолго изменяется, поднимается на более высокую ступень развития и остается защищенной от новых поводов для заболевания» [там же, с. 288].

341

Как видно из этого сопоставления, которое с полным правом можно назвать манифестом психотерапии, использование социокультурных практик вытекает из миссии психоанализа: разрешение патогенных противоречий и образование при помощи искусственных стимулов обходных путей позитивной компенсации – это две стороны одного открытия и двуединый предмет основанной Фрейдом профессии. В наши дни спектр применяемых психотерапией социокультурных средств чрезвычайно широк – от преобразованных магических и религиозных практик до новейших психологических и философских учений. Юнгианские аналитики используют миф и христианский иконографический метод, экзистенциальные – философию Ницше, Кьеркегора, Хайдеггера и др., психодраматурги – современные и античные театральные техники и динамику межличностных

отношений в группе, поведенческие терапевты – бихевиоральную психологию, ролевую игру, выработку автоматизированных навыков, гуманистические терапевты – еврейскую традицию поддерживающего воспитания и т.д. и т.п. Некоторые из таких средств являются «торговыми марками» не только направлений психотерапии, но и отдельных мастеров. Адам Блатнер, например, разработал целую систему терапевтического использования постмодернизма, включающую в себя помимо прочего помощь клиенту в создании и принятии «плюралистического образа своего Я». Плюралистическая модель, подчеркивает он, открывает индивиду новые возможности регуляции своего поведения. Скажем, «внутренние конфликты можно разрешать в ходе переговоров, а не навязыванием воли одной части Я другой, в результате которого подавленная часть стремится найти не прямой – завуалированный и/или откровенно патологический – способ утверждения» [17].

Разъяснение А. Блатнера возвращает нас к целям психотерапии – любые учения, идеологические и культурные практики, формы искусства попадают в сферу ее профессиональных интересов лишь постольку, поскольку могут быть преобразованы в средства разрешения противоречий «неорганической жизни». Этот вывод можно вы-

342

разить и иначе: психотерапия превращает выработанные в ходе истории средства управления поведением людьми в орудия ауторегуляции их поведения, т.е. подчиняет эти средства цели развития у каждого человека способности свободы воли. Этим дело, разумеется, не ограничивается, иногда – как в случае с умственно отсталыми детьми, например, – необходимо создание принципиально новых социокультурных практик. Кроме того, поскольку источником психических расстройств являются экзистенциальные противоречия, характер этих расстройств меняется вместе с изменением условий жизни людей, что обуславливает постоянное обновление психотерапевтических практик.

Итак, мы можем сделать важнейшие выводы:

1. Историческими предпосылками психотерапевтической деятельности являются стихийно сложившиеся в рамках различных общественных институтов практики управления поведением людей и включения их в социальную общность – магия, ритуалы перехода и инициации, мифы, религиозные практики и т.п.

2. Действительными, или постоянно воспроизводимыми в качестве условий собственного существования, предпосылками психотерапии выступают пластичные социокультурные техники разрешения экзистенциальных противоречий, монистическая концепция сущности человека, свобода личности.

6.3. Психотерапия как профессия

Завершить реконструкцию генезиса психотерапии невозможно без рассмотрения процесса ее превращения в самостоятельную профессию. Становление предпосылок психотерапии происходило, как уже было показано, за пределами официальной медицины – гипнотические опыты Шарко в Сальпетриерской клинике – исключение, подтверждающее правило. Хотя многие магнетизеры и гипнотизеры были врачами по образованию, по своему социальному статусу они были, скорее, маргиналами. У коллег они вызывали раздражение, а часто и открытую враждебность, власти были озабочены угрозой обществен-

343

ной нравственности, отношение публики было двусмысленным: к надежде на чудо примешивалась изрядная доля суеверного трепета.

6.3.1. Бремя дурной репутации

Характерна в этом отношении история Льебо, успешно практиковавшего десять лет в качестве сельского врача, а затем оставившего традиционную медицину и посвятившего себя гипнотерапии. При этом гипнозом Льебо лечил бесплатно, существуя на скромные сбережения, по крайней мере, часть из которых он заработал трудом врача. «Дабы успешнее пропагандировать свои методы, Льебо поселился в Нанси, и табличка на его двери теперь гласила не «Доктор Льебо», а просто «А. Льебо» – он хотел быть просто целителем» [212, с. 79].

На протяжении всего XIX в. вплоть до эпохи Шарко и Фрейда «честные» гипнотизеры лечили пациентов, как правило, бесплатно. Некоторые из них, такие, как Месмер, Пюисегюр, Делез, будучи состоятельными людьми, не зависели от гонораров, другие – аббат Фария, например, имели иные источники существования или жили, как Льебо, на небольшие сбережения. Помимо «филантропического духа», желания облегчать страдания пациентов, душевной щедрости, – не мешавших ведь Льебо брать плату за медицинские услуги с крестьян – такое положение дел во многом было обусловлено социальной и профессиональной неформальностью суггестивной терапии. С одной стороны, гипноз был очевидным образом востребован множеством жаждущих исцеления пациентов, с другой – находился под постоянной угрозой разоблачения, официального разбирательства, скандала, для которых, увы, были и поводы, и основания.

Уже у Месмера появились «ученики», которые, испытав на себе силу гипнотического внушения, считали себя в праве самостоятельно проводить магнетические сеансы, ставшие в конце столетия модной салонной игрой, «Магнетизеры-неофиты вызывали кризы и любовный трансфер, на который им случалось отвечать соответствующи-

ми acting out²², кое-кто из врачей-любителей даже позволял себе вступать в половую связь со своими пациентками» [там же, с. 43]. Подобные случаи обростали, как водится, самыми невероятными подробностями, питая слухи и бурное обсуждение проблемы «эротических осложнений магнетизма» в научных кругах. В XIX в. репутации гипноза был нанесен новый удар – на этот раз со стороны доморощенных мистиков: многие магнетизеры использовали гипнабельных клиентов в качестве медиумов во время спиритических сеансов. Ярким свидетельством популярности и распространенности таких сеансов служит, например, тот факт, что диссертация К.Г. Юнга на соискание степени доктора медицины была посвящена медиумизму. Называлась она «О психологии и патологии так называемых оккультных явлений» (1902) и основывалась на многолетних наблюдениях автора за состояниями диссоциации (раздвоения личности), в которые впадала его кузина Хелен Прайсверк (S.W.) во время регулярно устраивавшихся в их доме спиритических сеансов²³.

Положение «честных» магнетизеров и гипнотизеров было незавидным – любые попытки объясниться так же, впрочем, как и молчание, были заведомо обречены на превратное истолкование, а формальная процедура идентификации шарлатанов и мошенников попросту отсутствовала. В этом контексте отказ магнетизеров от платы за свои услуги заставляет вспомнить один из аргументов апологии обвиненного в развращении юношества Сократа: «Если слышали от кого-нибудь, будто я берусь воспитывать людей и зарабатываю этим деньги, так это тоже неправда, хотя, по-моему, это дело хорошее...» [141, с. 315]. Не удивительно также, что инициатором и самым рьяным сторонником учреждения Людовиком XVI комиссий по расследованию деятельности магнетизеров был не кто иной, как Месмер, рассчитывавший, вероятно, на то, что их выводы реабилитируют честных целителей и санкционируют их практику. Этого, однако, не произошло. Сек-

²² Acting out – импульсивное действие, выражающее бессознательное желание, обычно сексуальное или агрессивное.

²³ См.: [239].

ретный доклад Байи изобилует описанием искушений и опасностей, таящихся в раппорте и аффективном отношении между гипнотизером и пациентками. «Магнетическое лечение, безусловно, опасно для нравов» – таким был вердикт, фактически закрепивший маргинальный статус гипноза на столетие [212, с. 47].

Психотерапия унаследовала от гипнотизма бремя двусмысленной репутации, скомпрометированности сподвижниками, от которых невозможно отмежеваться²⁴. Бремя это не раз давало о себе знать в ее истории и, без сомнения, было и остается мощным стимулом ее профессионального

самоопределения. Оно также делает понятным страстное стремление пионеров психотерапии (Фрейда, Юнга, Уотсона, Морено и др.) обосновать ее научный характер. Еще в 1932 г. Фрейд предупреждал Э. Вейсса об опасности увлечения «сверхъестественным»: «Отказ психоаналитика открыто принимать участие в оккультных исследованиях – это чисто практическая мера предосторожности и временное ограничение, а не выражение принципиальной позиции. ...Наиболее мрачная глава в этой истории – деятельность медиумов. Несомненное шарлатанство медиумов, глупый и надуманный характер их результатов, трудности проверки, которые создаются специальными условиями их деятельности, очевидная невероятность утверждений – все это вынуждает к величайшей осторожности» [60, с. 82-83].

Но вернемся к магнетизерам и гипнотизерам. После злополучного заключения комиссии Байи, их усилия были направлены не на обретение корпоративной самостоятельности, а на выживание под эгидой медицины. Это стрем-

²⁴ Так, например, в 1930 г. в ходе акции «Ночь и туман» из Швейцарского общества психоанализа вышла большая группа терапевтов. Ее выход был формой протеста против применения большинством членов этого общества суггестивных методов. Быстрота гипнотерапии оборачивалась рецидивами и сдвигами симптомов пациентов. Отделившаяся группа «опасалась вследствие этих провалов обрести дурную славу», и эти опасения, стали причиной того, что «семнадцать врачей вышли из Швейцарского психоаналитического общества и основали Общество врачей психоанализа» [29, с. 99].

346

ление реализовывалось двояким путем: с одной стороны, – в попытках ввести гипноз в исследовательское поле позитивистской медицины, а с другой – в его применении в качестве *одного из методов лечения*²⁵. Первый путь, как мы помним, оказался тупиковым. Второй не только легализовал использование гипноза в анестезиологии, невропатологии, психиатрии, но и привел, в конечном счете, к обособлению психотерапии. Однако для того, чтобы последовать по нему, необходимы некоторые уточнения. И Бернгейм, и Брейер, и многие менее знаменитые врачи применяли гипноз преимущественно в рамках частной практики. Последняя, разумеется, регламентировалась общими для медицины правилами, но давала большую свободу выбора терапевтических методов и экспериментирования, чем практика клиническая. Частная врачебная практика и стала лоном, давшим жизнь профессии психотерапевта.

Фрейд открыл собственный кабинет 25 апреля 1886 г., и после применения метода электризации Эрба с декабря 1887 г. начал использовать гипноз. Этому не воспрепятствовало ни враждебное отношение к суггестивным методам коллег, засвидетельствованное ими во время его докладов в Медицинском обществе, Клубе физиологов и Психиатрическом обществе, ни протест его прежнего руководителя знаменитого венского

психиатра Теодора Майнерта. Задержка была связана главным образом с *дурной славой* внушения, которая, как полагал Фрейд, могла отпугнуть пациентов [212, с. 154]. Однако опасения оказались напрасными – пациентов не смутила не только репутация гипноза, но и кратковременность его эффекта, что лишний раз свидетельствует о насущности потребности в психотерапии в то время.

²⁵ На этих правах, как мы убедились, адепты клинической психиатрии признают психотерапию и в наши дни. Наряду с классическими методами (лекарственными и судорожными) лечения душевных болезней в определенных случаях они допускают применение методов психотерапевтических, настойчиво подчеркивая их ограниченный и несамостоятельный характер. См. например: [205, с. 23-25], а также [157-160].

347

Именно признанное государством и обществом право дипломированного врача (доктора медицины) выбирать не запрещенные законом средства лечения, даже если научное и профессиональное сообщество находит их сомнительными, позволило зачинателям психотерапии разработать ее методическое и теоретическое содержание. Фрейд, как мы видели, воспользовался этим правом для того, чтобы отказаться от гипноза и создать метод, адекватный проблемам его пациентов, круг которых помогло выявить столетнее целительство гипнозом.

6.3.2. Исходная форма

И все же частная медицинская практика сыграла в профессиональном утверждении психотерапии ту же роль, что и внушение в формировании ее вспомогательных психологических средств, – роль предпосылочного образования, в рамках которого произошло становление новой функции и которое было затем этой функцией переработано и подчинено, подобно тому, как «рожденное ползать» тело гусеницы переоформляется в сплетенном ею коконе в летающее тело бабочки. По мере развития и социального признания психоанализа Фрейд и его соратники предпринимали целенаправленные, последовательные и весьма эффективные действия, ведущие к отделению психотерапии от медицины и обретению ею корпоративной самостоятельности. В этом процессе можно выделить три качественно своеобразных этапа.

1. Период содержательной консолидации и распространения психоанализа (1902-1920).

Самым значительным достижением на этом этапе было, с нашей точки зрения, превращение врачей, использующих метод Фрейда наряду с другими методами лечения, в союз психотерапевтов, осознанно применяющих психоанализ к все более широкому кругу психических расстройств. В результате образовалась «ядерная группа» первого поколения психоаналитиков, в которую входили З. Фрейд, К.Г. Юнг, Л. Бинсвангер, А.

Адлер, Э. Джонс, К. Абрахам, Ш. Ференци, М. Эйтингтон, В. Райх, В. Штекель,

348

О. Ранк и многие другие. Помимо «носившейся в воздухе» идеи психотерапии и публикации программных работ Фрейда²⁶, объединение психоаналитиков было подготовлено целой серией организационных мероприятий. Вот лишь важнейшие из них.

В октябре 1902 г. в квартире Фрейда впервые собрались для обсуждения методических и теоретических проблем практикующие психоанализ врачи. Их встречи стали регулярными и получили название «Психоаналитических сред». Каждый приглашенный брал на себя обязательство участвовать в дискуссии, порядок же выступлений определялся жребием. С 1906 г. ход обсуждения протоколировался неизменным «летописцем» истории психоанализа Отто Ранком. Для участия в «Средах» приезжали врачи, желавшие прояснить те или иные аспекты метода или представить собственные разработки, для многих из них такие визиты становились чем-то вроде посвящения в психоаналитики. Первыми зарубежными гостями встреч по средам был немецкий аналитик русского происхождения и приехавшие вслед за ним 6 марта 1907 г. два швейцарских врача, оба работали в психиатрической больнице Бургхельцли под руководством знаменитого Эугена Блейлера. «Немца» звали Макс Эйтингтон, швейцарцев – Карл Густав Юнг и Людвиг Бинсвангер.

В 1907 г. Юнг основал Фрейдовское общество в Цюрихе.

В 1908 г. на базе общества по средам было создано Венское психоаналитическое объединение. В апреле того же года в Зальцбурге состоялся 1-й Международный психоаналитический конгресс.

В 1909 г. Фрейд основал «Ежегодник психологических и психопатологических исследований».

²⁶ О том, что революционизирующее воздействие теоретических работ Фрейда сильно преувеличено, свидетельствует тот факт, что за первые десять лет после выхода «Толкования сновидений» (1900) было продано всего 600 экземпляров книги. «До 1905 года статьи, посвященные работам Фрейда, можно встретить практически лишь в венских изданиях, – пишет М. Гротьян, – но в 1906 году к ним вспыхнул интерес во всем мире, и основатель психоанализа превратился в фигуру, с которой приходилось считаться» [60, с. 44].

349

В 1910 г. на 2-м конгрессе в Нюрнберге было основано Международное психоаналитическое объединение, его президентом стал К.Г. Юнг. В октябре того же года учреждается «Центральный психоаналитический листок».

В 1911-м – из Венского психоаналитического общества вышел А. Адлер и тем положил начало «эпохе расколов». Осенью прошел Веймарский

психоаналитический конгресс. В Соединенных Штатах невролог Дж. Патнем образовал Американскую психоаналитическую ассоциацию.

В январе 1912 г. Фрейд основал журнал «Имаго». В октябре В. Штеккель вышел из Венского объединения. В том же году по инициативе Э. Джонса был создан «Комитет», в который вошли шесть верных сподвижников Фрейда – К. Абрахам, Ш. Ференци, Э. Джонс, О. Ранк, Г. Захс и А. фон Фройнд (после его смерти в 1920 г. – М. Эйтингтон). Членов комитета назвали «носителями колец», поскольку Фрейд вручил каждому из них по перстню в знак их союза. «Эти выдающиеся тщательно отобранные Фрейдом мужи, – пишет М. Гротьян, – ... которые взращивали и лелеяли интеллектуальное достояние психоанализа и разошлись, словно апостолы, по чужим странам, работали в тесном контакте друг с другом в качестве великих зачинателей психоанализа» [60, с. 105].

В январе 1913 г. Фрейд основал «Психоаналитический журнал». В сентябре прошел очередной Мюнхенский конгресс. В октябре Э. Джонс создал Лондонскую группу психоанализа. Ш. Ференци образовал Венгерское психоаналитическое общество.

В 1914 г. К.Г. Юнг объявил о выходе из Международного психоаналитического объединения.

В 1918 г. на средства, пожертвованные Антоном фон Фройндом, организуется Международное психоаналитическое издательство. В сентябре прошел конгресс в Будапеште.

В 1919 г. Л. Бинсвангер, О. Пффистер и Х. Роршах создали Швейцарское общество психоанализа.

Таким образом, за два первые десятилетия XX в. были созданы международная сеть психоаналитических организаций, институт регулярных съездов, несколько специ-

350

альных журналов и издательство. Все это стало основой распространения психоанализа, профессионального объединения психотерапевтов, а также коллективного развития метода – поразительного по продуктивности. В этот период Юнг выдвинул психоаналитическую концепцию шизофрении, Абрахам теоретически разработал неврозы перенесения, Райх попытался синтезировать теорию сексуальности с марксизмом и придать ей политическое звучание, Ференци исследовал невроз как социальный феномен и применил психоанализ в педагогике, криминологии, социологии, Адлер сформулировал понятие комплекса неполноценности, не говоря уже о работах самого Фрейда и детальной проработке отдельных методических аспектов во время встреч, конгрессов и т.д. Этот творческий прорыв можно сравнить с освоением Америки, подготовленным обозначением ее географических и политических границ, а также установлением правил легальной иммиграции.

Важнейшую роль сыграли и «расколы», создавшие прецедент

дифференциации психотерапии, благодаря которому ее исходная форма обрела законченность: психоанализ сложился в качестве (потенциального) единства многообразных методов, выполняющих общую функцию.

2. Период профессиональной регламентации (1920 – 1926).

Стремительное распространение психоанализа по всему миру, скачкообразное увеличение числа практикующих психоаналитиков и *last but not least* – конкуренция с медициной, выдвинули на первый план вопросы контроля качества, профессиональной этики, специализированного психоаналитического образования, условий и размеров оплаты.

Представление о характере проблем, с которыми столкнулся «победивший» психоанализ, дает переписка Фрейда и его соратников, особенно – «письма по кругу», отправлявшиеся друг другу разбросанными по разным странам членами «Комитета» с 1920-го по 1924-й гг. Символично, что собрание этих писем открывается, отправленным 4 октября 1920 г. предложением Ференци централизовать

351

заседания всех психоаналитических обществ, а также; выдавать дипломы тем, кто получил психоаналитическое образование [60, с. 105].

Если на первом этапе основатели психоанализа стремились прежде всего к тому, чтобы завоевать как можно больше сторонников, то теперь они столкнулись с необходимостью решительных и жестких мер, направленных на пресечение доступа к психоаналитической практике дилетантов. Промедление скомпрометировало бы психоанализ так же неминуемо и бесповоротно, как нерешительность в отношении шарлатанов «честных» магнетизеров XVIII в. Это обстоятельство недооценивают те, кто упрекает психоанализ в закрытости и даже сектантстве.

В радиоинтервью 1952 г. Вильгельм Райх вспомнил свою беседу с Фрейдом во время Берлинского психоаналитического конгресса 1922г. «Фрейд указал на толпу и произнес: «Видите эту толпу? Сколькие из них, по-вашему, способны анализировать, по настоящему анализировать? Он показал пять пальцев...» [там же, с. 96].

Причиной такого положения дел была легкость вступления в психоаналитическое общество. Скажем, в 1920-м г. заявление о приеме в него подала группа студентов-медиков из Лейпцига, основанием служило то, что они регулярно собирались для обсуждения психоаналитической литературы. И неофиты были бы приняты, если бы не своевременный протест Эрнста Джонса, который после нескольких аналогичных случаев в одном из писем 23-го года раздраженно вопрошал: «И откуда берутся все эти психопаты?» [там же, с. 106].

Большинство членов «Комитета» понимали, что степень доктора медицины никоим образом не решает эту проблему. Письмо Ранка (февраль 1921 г.), в котором он выступает также от имени Фрейда, предвосхищает статью «К вопросу о дилетантском анализе»: «Дорогой Джонс, мы хотели бы

сказать, что очень рады чрезвычайно сильному сопротивлению «дикому» дилетантскому анализу. Но мы сожалеем, что Вы не даете отпора врачам, занимающимся «диким» анализом. Общественность способна сама защитить себя от психоанализа дилетантов, и наоборот,

352

она не может уберечься от угрозы дилетантского анализа со стороны врачей. Мы полагаем неверным средством защищать профессиональное имя с помощью патента...» [там же, с. 107].

Фрейд (с 1909 г.) и Абрахам (с 1911 г.) читали курсы психоанализа в различных университетах Америки и Европы, но все же подготовка профессиональных психоаналитиков – нечто иное. И вот в 1920 г. Карл Абрахам открыл в Берлине психоаналитический институт, который стал не только «средоточием всего международного движения» (Джонс, 1926), но и «моделью для всех других подобных институтов мира» (Гротьян, 1966) [цит. по: 97, с. 155]. Помимо обучения теории и технике Абрахам ввел практику обязательных учебных анализов²⁷, которые позже были закреплены de jure уставом Международного психоаналитического общества, а также супервизирование, или работу начинающего терапевта под руководством опытного²⁸. В результате появилось второе «культивированное» поколение профессиональных аналитиков: Хелен Дойч, Эдуард Гловер, Мелани Кляйн, Шандор Радо, Карен Хорни, Ганс Либерман и многие другие.

Особую актуальность приобрели также нормы профессиональной этики, никогда, впрочем, не оставлявшиеся Фрейдом без внимания. Если на первом этапе развития

²⁷ Для первого поколения Фрейд считал необходимым прохождение анализа у коллег раз в пять лет, однако это правило исполнялось часто весьма условно. Сам же профессор прошел самоанализ, опосредствованный его интимными дружескими отношениями с Вильгельмом Флиссом, в 1897-1898 гг.

²⁸ Содержательно эта процедура была разработана консультационной практикой Фрейда и других аналитиков первого поколения. Одним из первых случаев такого рода был катанез Сабины Шпильрейн, который Юнг описал в своем втором письме Фрейду от 23 октября 1906 г. Фрейд принял живое участие в анализе этого случая, а затем и самого Юнга, поведение которого по отношению к «20-летней русской студентке» стало классическим примером контрпереноса. Убеждение Фрейда в необходимости обязательного обучающего анализа терапевтов в огромной степени сформировалось под влиянием этого случая, вдохновляющего силой и художественной выразительностью чувств все новых и новых исследователей.

353

психоанализа доминировали проблемы, доставшиеся в наследство от гипнотизма – эротические осложнения (либидинозная привязанность) при позитивном переносе²⁹, допустимость применения внушения и т.п., то теперь речь идет о гораздо более практических, повседневных вещах. Новое звучание темы отчетливо проступает, например, в письмах 20-х гг. к Э.

Вейссу. Фрейд рекомендует молодому коллеге не назначать заранее времени окончания лечения, регулярно беседовать с родственниками пациента, дабы предотвратить слишком оптимистические ожидания и неизбежное в этом случае разочарование. Он пишет о том, что даже если «психоанализ пробудил скрытый психоз, не всегда следует врачу осыпать себя упреками: подобное может произойти с любым аналитиком, и в клинической практике избежать этого невозможно» [там же, с. 82].

В письме Паулю Федерну от 19 ноября 1924 г. Фрейд отговаривает старого друга от выхода из Объединения из-за скандала, в который тот оказался вовлечен благодаря своей готовности «зайти слишком далеко, когда требуется кому-то помочь и выручить его из тяжелой ситуации» [там же, с. 93]. Речь идет о протезе Федерна У., который, желая вступить в Объединение, прибег к обману и мошенничеству. Фрейд пишет, что подделка рекомендательного письма и еще более «история невылеченной пациентки», о которой члены Общества узнали от Федерна, закрывают

²⁹ К этой теме Фрейду все же приходилось постоянно возвращаться. Так, например, в 1931 г. он выражает решительный протест против «нововведений» Ш. Ференци, заключавшихся том, что тот ввел в технику психоанализа «малые нежности» (поцелуи): «До сих пор в своей технике мы твердо придерживались убеждения, что пациентам следует отказываться в эротическом удовольствии. ...Итак, представьте себе, каковы будут последствия обнародования Вашей техники. Нет революционера, за которым не последовал бы еще более радикальный. Стало быть, многие независимые мыслители в области техники скажут: а зачем ограничиваться поцелуем? Разумеется, мы достигнем еще большего, если присоединим к этому и «обнимание», от этого ведь тоже дети не родятся. А затем придут еще более отважные... и вскоре крестный отец Ференци, взирая на ожившие декорации, которые он создал, скажет себе: наверное, мне стоило остановиться в своей технике материнской нежности до поцелуя» [60, с. 92].

У. доступ к карьере психоаналитика. В этой связи он делает принципиальное заявление относительно этических обязательств терапевта, проводящего обучающий анализ: «Совершенно справедливо, что анализируемый должен предъявить своему аналитику все свои заблуждения, а потому должен быть уверен в его такте. Но если среди этих пороков есть неисцелимый, который препятствует его вступлению в объединение, тогда эта обязанность быть деликатным отступает перед долгом не повредить делу» [там же, с. 94]. Фрейд, таким образом, жестко разграничивает в отношении конфиденциальности терапевтический и обучающий анализ. Последний предполагает возможность отказа анализируемому в рекомендации к профессиональной деятельности.

Наконец, финансовая сторона «дела». Значение денег в психоанализе давно стало предметом иронической рефлексии, как среди самих аналитиков, так и среди их клиентов и оппонентов. В самом деле «теоретическое» обоснование платы как подтверждения готовности пациента к началу анализа, толкование задержки платежей в качестве сопротивления пациента и т.п.

довольно забавны и вместе с тем совершенно понятны в контексте столетней традиции «филантропического» целительства гипнотизеров. Однако вопрос оплаты действительно имеет кардинальное значение, если не в теории, то в профессиональном утверждении психоанализа. Вопрос заработной платы – это пункт, в котором фрейдизм встречается с марксизмом непосредственно и понимает его аутентично. «Пища и питье, жилище, одежда и еще кое-что» нужны не только для того, чтобы «делать историю», но и для того, чтобы разрешать противоречия «неорганической жизни». Фрейд был первым психотерапевтом, осознанно сделавшим эту функцию источником своего материального существования. Он, как никто, знал цену последнему – достаточно вспомнить, что его помолвка с Мартой Бернайс из-за отсутствия средств на содержание семьи длилась почти пять лет, из которых четыре года они провели в разлуке – женится он смог только после открытия собственного кабинета в сентябре 1886 г. Впоследствии Фрейд

355

не раз жаловался на свой «комплекс денег», заставляющий его слишком много работать в ущерб научной деятельности.

Аналитикам, писал он в «Лекциях по введению в психоанализ» часто приходится сталкиваться с людскими страданиями, бедностью, неблагоприятными социальными условиями, несправедливостью, словно бы взывающими к благотворительности. «А кто такие мы, чтобы включать такую благотворительность как средство в нашу терапию? Сами бедные и беспомощные в общественном отношении, вынужденные добывать средства к существованию своей врачебной деятельностью, мы даже не в состоянии отдавать свой труд таким же неимущим, как это могут другие врачи, лечащие другими методами. Для этого наша терапия занимает слишком много времени и длится слишком долго» [189, с. 276].

Не все пионеры психоанализа придерживались такой позиции. Пауль Федерн, например, будучи социалистом, нередко работал с бедными пациентами бесплатно, выдвигая также (прямо связанное с этой практикой) предложение упростить психоанализ, чтобы сделать его доступным для широких слоев населения. Сходные идеи не раз высказывались и позже – то перед лицом конкуренции с менее «времяемкими» видами психотерапии, то под давлением страховых компаний, оплачивающих лечение. В иные времена, как мы видели, дело доходило до коллективного (с участием персонала клиники) и нормированного (в 24 сессии) психоанализа. Отношение Фрейда к подобным экспериментам было резко негативным, несмотря на то, что в его времена у психоаналитиков были не менее серьезные конкуренты («врачи, лечащие другими методами»), чем в наши дни.

«В пору своей болезни, – писал он К. Абрахаму 15 февраля 1924 г. по поводу «активной терапии» Ференци, – я узнал, что сбритой бороде требуется шесть недель, прежде чем она вырастет снова. После последней

операции прошло уже три месяца, а я все еще страдаю от боли. Потому мне трудно поверить, что за более долгий срок – 4-5 месяцев – удалось бы проникнуть в самые глубинные слои

356

бессознательного и вызвать стойкие изменения в психике» [60, с. 62]. Среди аргументов в пользу «классического» психоанализа Фрейд выдвигает свое убеждение в том, что каждый случай представляет собой уникальную систему множества факторов и для того, чтобы разобраться в ней, нельзя полагаться лишь на прошлый опыт и свои «рассуждения», «как это неизбежно происходит при сокращенном курсе анализа» [там же]. «Нормированный» психоанализ чреват редукционизмом и ошибочными выводами даже, если он проводится настоящим мастером.

Фрейда также чрезвычайно огорчал «филантропизм» Федерна³⁰, о чем он неоднократно сообщал ему, никогда, не выходя, однако, за рамки дружеской полемики.

Однажды он направил Лу Андреас-Саломе пациентку, страдавшую тяжелой агорафобией. Плата должна была составлять, по его мнению, по крайней мере, 20 золотых марок. Лу, получившая его письмо с опозданием, запросила меньше половины этой суммы. Узнав об этом, Фрейд был крайне раздосадован [60, с. 72].

Он активно участвовал в судьбе одного из первых своих учеников Т. Райка, одаренность которого высоко ценил. При содействии Фрейда личный анализ Райк прохо-

³⁰ Собственное же понимание благотворительности Фрейд утверждал делами. Вот, например, что он пишет Федерну 1 ноября 1931 г. по поводу бюста, который тот вместе с другими членами Объединения подарил ему по случаю 75-летия: «Вам... я должен сказать сердечное спасибо, ведь подобный подарок есть признак привязанности, а ее ценишь тем более высоко, что она редко встречается в жизни... С неохотой обращаюсь я, однако, к мысли, что вы все принесли столь великую жертву в то время, когда нас всех столь сильно угнетает материальная нужда. Если б я сам не обнищал, как и все остальные, я бы охотно возместил Вам эти затраты. И так осталось еще достаточно другого, за что мне следует Вас благодарить. Как раз сегодня я прошу Вас принять от меня взнос 3000 шиллингов в нашей родной валюте, который Вы должны использовать на нужды нашей амбулатории и института. Чрезвычайно грустно, что для наших организаций мы располагаем такими мизерными средствами, однако по нынешним временам бедность не позор. Я твердо надеюсь, что пословица, которую я и прежде применял к судьбам нашего движения, оправдается и в ближайшем будущем: *Fluctuat nec mergitur* («Качается, но не тонет» – Е.Р.)» [60, с. 94-95].

357

дил у К. Абрахама бесплатно. Однако позже Фрейд уже не желал прислушиваться к жалобам Райка на бедность и не принимал на веру его «страшные сказки» [там же, с. 78]. Он продолжал поддерживать Райка, но так же, как и других учеников и коллег, – направляя к нему пациентов и оказывая консультационную помощь в сложных случаях.

Кажущаяся некоторым чрезмерной твердость Фрейда в отношении обязательности и размеров платы за анализ обусловлена тем, что он рассматривал ее именно как заработную плату, которая должна покрывать издержки на обучение и соответствовать квалификации аналитика. Что же касается социализма и благотворительности, то позиция Фрейда, любившего подчеркивать свою отстраненность от политики, представляется гораздо более последовательной, чем та, которую отстаивал социалист Федерн. Обеспечивать доступность для широких слоев населения психотерапии, точно так же, как и медицины, образования, культуры должно общество, добываясь полноценного финансирования этих сфер из государственного бюджета. Это задача политическая, она не может возлагаться на плечи самих психотерапевтов и тем более «решаться» за счет сокращения их заработной платы или времени терапии, хотя бы потому, что в отличие от альтернативной гражданской службы, психотерапевтическая деятельность не только требует высокой квалификации, но и является свободно выбираемой (или *не* выбираемой) профессией.

Без достойной заработной платы невозможны ни подготовка психоаналитиков, ни контроль качества их услуг, ни борьба с компрометирующими профессию дилетантами, поэтому гонорары не могут быть частным делом отдельных терапевтов. Во второй период развития психоаналитического движения это обстоятельство уже было осознано, о чем свидетельствуют «письма по кругу». В 1922 году К. Абрахам даже предложил ввести стандартную плату для всех пациентов. На неосуществимость этого радикального проекта в то (послевоенное) время тут же указал Э. Джонс³¹.

³¹ «Например, сейчас я получаю от одного больного гинею, от другого четыре, от большинства прочих – по две» [60, с. 108].

Итак, в 20-е годы на базе психоаналитических организаций был разработан собственный, отличный от медицинского, корпоративный устав, созданы модели специального образования и профессионального союза, отстаивающего экономические интересы своих членов. Иными словами, было завершено формирование необходимых условий социального обособления психотерапии. Осталось сделать последнее усилие, преодолеть последнее сопротивление и *осознать* то, что произошло с психоанализом в течение первой четверти XX века.

3. Период отмежевания от предпосылочных образований и выработки профессионального самосознания (1926– 1939).

Внутреннее сопротивление Фрейда признанию самостоятельности психоанализа, было чрезвычайно сильным. В «Лекциях...», например, он разъясняет, почему врач бессилен и безоружен перед невротическими расстройствами, сетует на нежелание психиатров принимать во внимание психоанализ и нетерпимость с их стороны, демонстрирует

противоположность психоаналитического и психиатрического подходов к «душевым болезням», пишет о бесплодности научного спора между представителями двух партий и все же... профессионально отождествляет себя с медицинским сообществом. Эта непоследовательность еще более подчеркивается способом примирения психоанализа и психиатрии, который он предлагает: «Психиатрия не пользуется техническими методами психоанализа, она не пробует связывать что-то с содержанием бредовой идеи и, указывая на наследственность, дает нам очень общую и отдаленную этиологию, вместо того, чтобы показать более частные и близкие причины. Но разве в этом кроется противоречие? Разве признание наследственного фактора умаляет роль переживания, не объединяются ли оба фактора самым действенным образом. Вы согласитесь со мной, что, по существу, в психиатрической работе нет ничего, что могло бы противоречить психоаналитическому исследованию. ...Противоречие между этими двумя видами изучения просто трудно себе представить» [189, с. 162]. В самом деле. Особенно после того, как не-

359

сколькими строками выше автор ясно выразил его... Если бы это рассуждение принадлежало пациенту Фрейда, он, скорее всего, идентифицировал бы его как защитный механизм отрицания.

Истоки сопротивления профессора, служившего предметом размышлений многих писавших о нем исследователей, от Л. Бинсвангера до Ю. Хабермаса, по-видимому, не столько в ограниченности его «сциентистского» «концептуального горизонта», как считали оба упомянутых автора, сколько, пользуясь его собственной терминологией, – в «травматическом переживании» рождения психоанализа. Страстное желание Фрейда разобраться в психологической этиологии истерии, сформировавшееся под влиянием Брейера, Шарко, Жане, натолкнулось по возвращении в Вену на открытую враждебность и снобизм коллег по медицинскому цеху, чьего признания он так жаждал³². Этот конфликт во многом объясняет то странное на первый взгляд обстоятельство, что вопреки доводам разума и логике своего «дела», Фрейд так долго не видел противоречия между психиатрией и психоанализом и потратил столько сил на «естественнонаучное» (биологическое) обоснование своего детища. «...По прошествии почти двух с половиной десятилетий, достигнув довольно престарелого возраста, я без хвастовства смею сказать, что работа, давшая эти наблюдения, была особенно тяжелой, интенсивной и углубленной. У меня часто создавалось впечатление, будто наши противники совершенно не хотят принимать во внимание это происхождение наших утверждений, как будто они полагают, что дело идет всего лишь о субъективных идеях, которым другой может противопоставить свое собственное мнение» [там же, с. 155]. Сколько затаенной обиды в этих словах уже познавшего

³² Шерток и де Соссюр цитируют письмо Фрейда Марте Бернайс, отправленное 20 июня

1885 г. – в день получения им стипендии для стажировки в Сальпетриере: «Я поеду в Париж, стану великим ученым и вернусь в Вену, окруженный великой, огромной славой, мы сразу поженимся, и я вылечу всех неизлечимых нервных больных...» [212, с. 103]. Из всего перечисленного относительно скорой была лишь женитьба. Славы пришлось ждать долго, и пришла она не оттуда, откуда ждал ее Фрейд.

360

«великую, огромную» славу, окруженного учениками и почитателями профессора... В этом смысле «дело Райка» сыграло роль «искусственного невроза», позволившего Фрейду выйти за пределы ситуации, увидеть очевидное и отреагировать адекватно.

Теодор Райк вступил в Венский психоаналитический кружок еще юношей и был, как уже говорилось, одним из первых учеников Фрейда. Он успешно завершил обучающий анализ, был практикующим аналитиком и автором популярных работ в области, которую вслед за Фрейдом принято именовать «прикладным психоанализом» – психоаналитически ориентированной культурологии. Его работы, в частности «Кувада и психогенез страха» (1914), «Проблемы религиозной психологии: ритуал» (1919), широко обсуждались в психоаналитических кругах, а в 1918 г. он был награжден «Почетным призом» за лучшую немедицинскую работу в области психоанализа. Однако при всех своих достоинствах Райк не был врачом – он располагал «лишь» дипломом доктора философии. И вот в 1926 г. магистрат Вены наложил запрет на его психоаналитическую практику, обвинив в шарлатанстве.

«Дело Райка» выразило противоречие между медициной и психотерапией в «чистом» виде: Райк получил полное и притом блестящее образование в области психоанализа – его обучающий анализ проводил основатель психоаналитического института Карл Абрахам, рекомендовавший Райка к самостоятельной практике, теорию он освоил не только из книг, но и участвуя в рождении некоторых важнейших ее положений во время многолетних встреч венской группы, его супервизором был сам Фрейд, направлявший к нему пациентов, добавим к этому репутацию одного из лучших культурологов страны. На другой чаше весов – отсутствие диплома врача, ставшее основанием для унижительного постановления магистрата. Это был вызов, причем не теории или методу психоанализа, как случалось раньше, а *новому профессиональному сообществу*. Эффект усиливался тем, что речь шла о судьбе близкого Фрейду человека.

361

Профессор отреагировал моментально – вмешавшись самым решительным образом, добился отмены позорного запрета. Этим, однако, дело не ограничилось. Выдвинутое против Райка обвинение стало катализатором одного из важнейших инсайтов отца психоанализа. В 1926 г. он написал работу «К вопросу о дилетантском анализе. Разговор с непредвзятым собеседником», в которой фактически обосновал

профессиональную самостоятельность не только психоанализа, но и психотерапии в целом.

В этой статье Фрейд рассматривает вопрос, вынесенный в заглавие, *содержательно*, т.е. сквозь призму психоаналитической практики. Какими знаниями и умениями должен обладать профессиональный аналитик в отличие от дилетанта или шарлатана? [243, с. 285]. Прежде всего он должен владеть психоаналитическим методом исследования душевной жизни, который может быть освоен только посредством прохождения учебного анализа. Такой анализ поэтому является необходимой составляющей профессиональной подготовки психоаналитика. Но программы медицинских факультетов не предусматривают ничего подобного. Более того, «в медицинской школе, – пишет Фрейд, – врач получает образование, которое, так или иначе, находится в оппозиции к тому, что ему нужно в качестве подготовки для психоанализа... Было бы еще терпимо, если бы медицинское образования не давало бы врачам ориентации в области неврозов. Дело еще хуже: оно дает им ложную и вредную установку» [цит. по: 133, с. 6].

Итак, противоречие, столь долго отрицавшееся Фрейдом, наконец, признано. А вот и его разрешение: «Я настаиваю на требовании, что никто не должен проводить анализ, не получив такого права вместе со специальной подготовкой. Является ли такой человек врачом или не является, – кажется мне несущественным» [там же]. Отсюда естественным образом вытекает, что психоанализ не является «специализированной областью медицины» [там же].

362

Фрейд также подчеркивает близость психоанализа культурологии, искусство- и обществоведению, в виду которой он никогда не сможет обойтись «без сотрудничества лиц, получивших образование в гуманитарных науках» [244, с. 295]. Из этого, между прочим, следует, что базовое гуманитарное образование является не менее, а скорее *более* благоприятной основой специальной психоаналитической подготовки, чем образование медицинское. В заключение Фрейд набрасывает общий план учебной программы, соответствующей профессиональным целям психоанализа. В нее, по его мнению, наряду с глубинной психологией следовало бы ввести многое из того, «что преподается на медицинском факультете» – биологию, сексологию, основы психиатрии. С другой стороны, аналитическое образование предполагает изучение таких «весьма далеких от медицины» областей знания, «с которыми врач не встречается в своей практике: историю цивилизации, мифологию, психологию религии и литературоведение. Пока он не овладеет этими предметами, аналитик ничего не сможет сделать с огромной частью имеющегося материала... Значительная часть того, что он усваивает в медицинской школе, малопригодна для его целей» [цит. по: 133, с. 7].

В списке гуманитарных дисциплин явно не хватает философии. Это

связано с тем, Фрейд знал ее лишь в качестве метафизики и, как и положено «честному» ученому, предпочитал держаться от нее подальше. «Философия, – писал он в 1933 г. – не противоположна науке, она сама во многом аналогична науке, работает частично при помощи тех же методов, но отделяется от нее, придерживаясь иллюзии, что она может дать безупречную и связную картину мира, которая, однако, распадается с каждым новым успехом нашего знания» [189, с. 401]. В письме (от 30 января 1927 г.) некоему В. Ахиллесу, приславшему ему свой трактат по философии, Фрейд выражается менее дипломатично. Он пишет о своей неприязни к метафизике, которую не только не понимает, но и не уважает. «Втайне – во всеуслышание этого ведь нельзя признавать – я верю в то, что метафизика будет когда-

363

нибудь осуждена, как «a nuisance»³³, как злоупотребление мышления, как «survival»³⁴ периода религиозного мышления» [191, с. 341].

Недаром в 1880 г. Фрейд перевел четыре эссе Дж.С. Милля – позитивизмом, по-видимому, и ограничилось его систематическое философское образование. Только этим можно объяснить то обстоятельство, что человек, переоткрывший под давлением логики предмета своего исследования законы диалектики, отождествлял ее с греческой софистикой и отзывался о ней с высокомерием [189, с. 155], будучи при этом вынужденным прибегать к энергетическим и мифологическим метафорам для того, чтобы выразить свои открытия. К сожалению, «misunderstandings»³⁵ такого рода настолько часты, что исключением является, скорее, обратное им положение дел. В силу специализации науки и несовершенства системы образования высшие достижения одной области знания остаются неизвестными представителям других или, что еще хуже, доходят до них в искаженном учебниками до неузнаваемости виде. В философии ситуация осложняется еще и *дурной славой*. Метафизика – ее бремя. Благодаря стараниям Жака Лакана во второй половине столетия справедливость все же была восстановлена, и философии заняла достойное ее место в списке «психоаналитических» дисциплин, по крайней мере во Франции. Однако для Фрейда она так и осталась *злоупотреблением мышлением*.

Осознание независимости психоанализа от медицины стало стимулом к пересмотру его взаимоотношений и с другим предпосылочным образованием – религией. В 1927 г. Фрейд написал статью «Будущее одной иллюзии», в которой, по выражению М. Гротьяна, попытался защитить психоанализ от священников [60, с. 57]. Это намерение имело непосредственное отношение к «профессиональной чести» психоанализа, который и в наши дни нередко уравнивают по значению и эффективности разрешения личностных конфликтов с христианской исповедью –

³³ Неприятность (англ.).

³⁴ Пережиток (англ.).

³⁵ Недоразумения, недопонимания (англ.).

«...психоанализ пережил уже много бурь, надлежит подвергнуть его еще и этой новой» [188, с. 125].

В «Будущем...» Фрейд показывает, что, исполняя желания при помощи иллюзорных представлений, религия ни в коей мере не разрешает психологические противоречия. Напротив, она закрепляет и универсализирует инфантильный компенсаторный механизм, названный им Эдиповым комплексом. Его суть в том, что взрослый человек, подобно ребенку, способен подчиняться общественным требованиям лишь под давлением принуждения со стороны авторитета (отца), который наказывает за неповиновение и вместе с тем награждает за послушание, гарантирует его существование и т.п. «Нормальное» разрешение этого комплекса в детском развитии заключается в интериоризации некоторых общественных форм поведения и последующем осознании (в ходе интеллектуальной проработки собственного жизненного опыта и культурного опыта человечества) их закономерного характера. Другие поведенческие нормы осознанно отвергаются. Тем же путем идет психоанализ в случаях, когда Эдипов комплекс становится основой невроза. Религия же ставит на место отца бога, освящает его заповеди, требует от своей *наствы* безоговорочной веры в них и объявляет грехом малейшее сомнение (являющееся, как показал еще Декарт, начальной формой мышления). Ясно, что социальным нормам при такой установке следуют не потому, что понимают и свободно принимают их необходимость, но исключительно под влиянием страха: психологический конфликт, таким образом, не разрешается, а вытесняется, отчего и возникает потребность в иллюзорном утешении. В этом (и только этом) смысле Фрейд уподобляет религию коллективному неврозу: «Неоднократно указывалось (мною и особенно Т. Райком) на то, вплоть до каких подробностей прослеживается сходство между религией и навязчивым неврозом... Со сказанным хорошо согласуется то, что благочестивый верующий в высокой степени защищен от опасности известных невротических заболеваний: усвоение универсального невроза снимает с него задачу выработки своего персонального невроза» [там же, с. 131].

Психоанализ ставит перед собой не просто иную, но противоположную цель – трансформировать путем аналитической проработки невротические противоречия в нормальную психологическую ситуацию выбора, для того чтобы пациент мог осознанно и свободно принять определенное решение. Психоанализ стремится выявить конфликт (а не вытеснить его) и научить человека разрешать подобные конфликты самостоятельно (а не использовать его инфантильную зависимость от авторитета). Вот почему Фрейд писал Оскару Пфистеру, что, хотя с терапевтической точки зрения он может лишь позавидовать возможности сублимации в религии своего швейцарского

друга, «красота религии не имеет отношения к психоанализу» [60, с. 56].

Разделение психоанализа и религии представлялось Фрейдю настолько важным, что он снова возвратился к этой теме в 1933 году, в одной из дополнительных лекций по введению в психоанализ («О мировоззрении»). В ней он занял еще более жесткую позицию, рассматривая религиозную веру не как альтернативу научному мировоззрению (в выработке которого участвует наряду с другими дисциплинами и психоанализ), а как его «серьезного врага», вторжению которого необходимо дать отпор [189, с. 408]. В целях самосохранения религия прибегает к запрету на мышление. О том, насколько вреден такой запрет для человеческого общества, свидетельствует история науки и культуры. В развитии отдельной личности он приводит к не менее пагубным задержкам и противоречиям [там же]. К тому же, замечает Фрейд, непоследовательно и несправедливо предъявлять человеку, «научившемуся вести свои обычные дела по правилам опыта и с учетом реальности», требование передать «заботу именно о самых интимных своих интересах... инстанции, пользующейся как своей привилегией освобождением от предписаний рационального мышления» [там же].

Итак, процесс социального и профессионального утверждения психоанализа еще при жизни Фрейда завершился его «идеологической» эмансипацией. Психоанализ был осознан как самостоятельная сфера человеческих отноше-

366

ний, как профессия, отличная от медицины и религии. В итоге были созданы необходимые и достаточные условия для стремительного развития психотерапии на собственной основе.

* * *

Таким образом, наш анализ показал, что психоанализ выступает «исходной формой» психотерапии. Как подчеркивалось выше, «исходная форма предмета» соединяет в себе противоположности – «форму, исходную для предмета» (зародыш) и «форму самого предмета» (элементарную клеточку). Разработанные Фрейдом социокультурные техники разрешения противоречий «неорганической жизни» – метод свободных ассоциаций, толкования сновидений и другие являются первыми *собственно психотерапевтическими практиками*, т.е. образуют «элементарную клеточку» психотерапии. Тем не менее Фрейд и его сподвижники применяли эти практики в рамках «зародышевой» формы медицины и трактовали как врачебные методы лечения невротических *болезней*. В последующем развитии это противоречие было снято качественно новым этапом преобразования психотерапии, в рамках которого психоанализ существует в качестве одной из множества других психотерапевтических практик.

Заключение

В статье «Фрейд и Великая хартия клинической психиатрии», с которой мы начали исследование «необходимости происхождения» психотерапии, Л. Бинсвангер задается вопросом о том, является ли учение Фрейда «только «медленно прогрессирующим» началом», фрагментом целого или же его идея инстинктивной природы человека «достаточно закончена, чтобы не требовать дальнейшего «развития»?» [16, с. 54]. Теперь, завершая исследование, мы можем дать на этот вопрос собственный (осознанный и самостоятельный) ответ.

Несмотря на апелляцию к инстинктам и прочие пережитки биологического редукционизма в теории Фрейда, на которые указывает в своей статье Л. Бинсвангер, психоанализ, без сомнения, является *началом* качественно нового по сравнению с клинической психиатрией образования. Фрейд и его сподвижники не только поняли душевные болезни как результат патогенной *социально-психологической* компенсации, не только разработали метод и вспомогательные культурные средства, позволяющие преодолевать лежащие в их основании противоречия, но и создали на фундаменте этих открытий новую профессию, альтернативную клинической психиатрии. Тем самым они разрешили психофизиологическую проблему, ставшую на рубеже XIX-XX вв. причиной кризиса психиатрии, *практически*.

Что же касается грешащих редукционизмом антропологических представлений Фрейда, то в процессе становления психотерапии они сыграли роль строительных лесов, без которых невозможно обойтись при возведении здания и которые отбрасывают, когда оно готово. Во всяком случае, служить критерием новизны и качественного своеобразия психоанализа по отношению к клинической психиатрии эти представления определенно не могут – хотя бы в силу расхождения между логикой дела и ее *вербальными выражениями*, о котором неоднократно говорилось выше. Кроме того, обвинение Фрейда в биологическом редукционизме, Гегеля – в теологическом фина-

368

лизме и т.п. имплицитно подразумевает, что новое знание рождается подобно Афине, появившейся из головы Зевса вооруженной, во всем блеске своего (теоретического) совершенства. Однако в отличие от мифа, научные открытия не беспредпосылочны, они совершаются не только в определенное время и в определенном месте, но и в рамках той или иной теоретической традиции, на языке которой открытие оповещает мир о своем рождении, даже если ему суждено своим развитием опровергнуть эту традицию. Сама критика Л. Бинсвангером антропологии психоанализа как завершения «Великой хартии» клинической психиатрии, стала возможной только благодаря открытию Фрейда, заключавшемуся в том, что «психические расстройства» представляют собой интериоризованные противоречия между

людьми, и имеют, следовательно, социально-психологическую, а не биологическую природу.

В соответствии с логикой этого открытия психоанализ является *исходной формой (всеобщим)* психотерапии, т.е. законченным и развивающимся феноменом одновременно. Не завершением, не частью целого, но целостным, самостоятельно выполняющим функцию, ради которой оно возникло, социальным образованием. Преобразование же исходной формы предопределено заложенными в ней противоречиями, на одно из которых как раз и указал в своей статье Л. Бинсвангер. Еще при жизни Фрейда оно стало стимулом напряженного поиска адекватной предмету психотерапии системы базисных идеализации. Чаще всего, как мы имели возможность убедиться, обращались к различным философским течениям – феноменологии, экзистенциализму, философии жизни, в первой половине столетия и структурализму, аналитической философии, герменевтике, постмодернизму – во второй. Процесс теоретического обоснования психотерапии продолжается и в наши дни, свидетельством чему является эта книга.

Другое противоречие психоанализа, заключающееся в том, что, признавая многообразие патогенных конфликтов, Фрейд настаивал на применении единого терапевтического метода, получило разрешение в возникновении альтернативных видов психотерапии. Начало было поло-

369

жено расколами психоанализа, в результате которых отпочковались индивидуальная, аналитическая психология и психология тела. В 30-е гг. в США Я.Л. Морено создал первое непсихоаналитическое направление – психодраму, в 1942 г. им была учреждена Ассоциация групповой психотерапии. В конце 50-х – начале 60-х гг. количество видов психотерапии возросло скачкообразно. В 1952 г. Ф. Перлз, П. Гудмен и Р. Хефферлин основали Кливлендский институт *гештальт-терапии*. В конце 50-х Дж. Вольпе (Южная Африка), А. Лазарус, А. Сэлтер, С. Рэхмэн (США) и Х. Айзенк (Великобритания) разработали принципы и техники *бихевиоральной терапии* эмоциональных и поведенческих расстройств, в 1963-м был учрежден первый бихевиористский журнал «Поведенческие исследования и терапия». В 1957–1963 гг. К. Роджерс создал теорию и метод *гуманистической психотерапии*, в 1962 г. была образована «Американская ассоциация за гуманистическую психологию», примерно в то же время Р. Мэй основал *экзистенциальную терапию*. Параллельно происходили дивергенция и объединение отдельных школ и направлений. Однако настоящую силу генезис новых видов психотерапии набрал в последней трети XX столетия – их число увеличилось до нескольких сотен.

Столь бурное развитие, с одной стороны, оживило старый комплекс «дурной славы» и поставило перед необходимостью отмежеваться от компрометирующих психотерапию шарлатанов, а с другой – инициировало

вторичный процесс консолидации отдельных школ и выработки профессионального самосознания¹. Это противоречие поэтапно разрешалось объединением психотерапевтов раз-

¹ «В 80-е гг. – пишут авторы швейцарской «Хартии по образованию психотерапии», – нас беспокоил вопрос, почему разные направления психотерапии... так упорно стараются победить друг друга, как будто им следует по одиночке защищать какое-то свое истинное учение, вместо того, чтобы в едином научном дискурсе между школами стараться достичь многообразия познаний. С другой стороны, мы наблюдали попытки настолько обобщающей интеграции всех учений, как будто бы психотерапия представляет собой раздробленные части единого целого, или ее единство является само собой разумеющейся целью» [29, с. 92].

370

ных направлений в национальные и международные организации, выработкой единых стандартов профессиональной подготовки, качества, а также инкорпорации новых видов психотерапии. Важнейшие итоги этого процесса отражены в «Страсбургской декларации психотерапии» 1990 г.:

«В соответствии с целями Всемирной организации здравоохранения, действующими в пределах европейского экономического пространства запретом дискриминации и принципом свободы доступа к профессиональной деятельности достигнуто согласие относительно следующих пунктов:

1. Психотерапия является самостоятельной научной дисциплиной и независимой, свободной профессией.

2. Образование в области психотерапии осуществляется на высоком квалификационном и научном уровнях.

3. Гарантируется и поддерживается многообразие психотерапевтических методов.

4. Полноценное психотерапевтическое образование включает в себя теоретическую подготовку, познание особенностей и пределов собственной личности, а также практику под наблюдением супервизора. Обязательным является приобретение глубоких знаний о других психотерапевтических методах.

5. Допуск к психотерапевтическому образованию предполагает предшествующее высшее образование, в первую очередь в области гуманитарных и общественных наук».

371

Литература

1. *Абульханова-Славская К. А.* Активность и сознание личности как субъекта деятельности // Психология личности в социалистическом обществе. Активность и развитие личности. М., 1989. С. 110-134.

2. *Абульханова-Славская К. А.* Стратегия жизни. М., 1991.

3. *Августин А.* Исповедь. *Абеляр П.* История моих бедствий. М., 1991.

4. *Автономова Н. С.* К спорам о научности психоанализа // Вопросы философии. 1991. № 4. С. 58-76.
5. *Автономова Н. С.* Реальные травмы и символические исцеления? // Вопросы философии. 1993. № 12. С. 27-35.
6. *Автономова Н. С.* Философские проблемы структурного анализа в гуманитарных науках. М., 1977.
7. *Адлер А.* Воспитание детей. Взаимодействие полов. Ростов н/Д, 1998.
8. *Айви А. Е., Айви М. Б., Саймэк-Даунинг Л.* Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: Практическое руководство. М., 1999.
9. *Альберти Р., Эммонс М.* Самоутверждающее поведение. СПб., 1998.
10. *Андреева Г. М.* Психология социального познания. М., 1997.
11. *Андреева Г. М.* Социальная психология. М., 1980.
12. *Аристотель.* Политика // Аристотель. Соч.: В 4 т. М., 1983. Т. 4.
13. *Асмолов А. Г.* Психология личности. М., 1990.
14. *Батищев Г. С.* Противоречие как категория диалектической логики. М., 1963.
15. *Бадхен А., Дубровина О., Зелинский С. и др.* Что такое психотерапия // Психотерапевтические тетради. Вып. 1, СПб., 1993.
16. *Бинсвангер Л.* Бытие-в-мире. М., 1999.
17. *Блатнер А.* Постмодернизм в психотерапии // Академия. 1999. № 31.

372

18. *Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедтер Л.* Мозг, разум и поведение. М., 1988.
19. *Бобнева М. И.* Социальные нормы и регуляция поведения. М., 1984.
20. *Бовуар С.* Прелестные картинки. Пермь, 1993.
21. *Бодалев А. А.* Личность и общение. М., 1983.
22. *Божович Л. И.* Психологические закономерности формирования личности в онтогенезе // Вопросы психологии. 1993. № 6. С. 45-53.
23. *Борхес Х. Л.* Проза разных лет. М., 1984.
24. *Босс М.* Влияние Мартина Хайдеггера на возникновение альтернативной психиатрии // Логос. 1994. № 5. С. 88-101.
25. *Братусь Б. С.* Аномалии личности. М., 1988.
26. *Брес И.* Психоанализ и психология // Вопросы философии. 1993. № 12. С. 51-57.
27. *Брушлинский А. В.* Проблема субъекта в психологической науке // Психологический журнал. 1991. Т. 12. № 6. С. 3-11.
28. *Буркхардт Я.* Культура Возрождения в Италии. М., 1996/
29. *Бухман Р., Шлегель М., Феттер Й.* Самостоятельность психотерапии в науке и практике // Психотерапия: новая наука о человеке. М; Екатеринбург, 1999. С. 90-142.

30. *Вагнер Э.* Психотерапия как наука, отличная от медицины: Там же. С. 249-281.
31. *Ван Дойрцен-Смит Э., Смит Д.* Является ли психотерапия самостоятельной научной дисциплиной?: Там же. С. 30-58.
32. *Василюк Ф. Е.* Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций. М., 1984.
33. *Василюк Ф. Е.* От психологической практики к психотехнической теории // Московский психотерапевтический журнал. 1992. № 1. С. 15-33.
34. *Вебер М.* Протестантская этика и дух капитализма // М. Вебер. Избранные произведения. М., 1990. С. 61-273.
35. *Вельвовский И. З., Лингарт Н. К., Багалеи Е. М., Сухоруков В. И.* Психотерапия в клинической практике. Киев, 1984.

373

36. *Вернан Ж.-П.* Происхождение древнегреческой мысли. М., 1988.
37. *Витулкас Д.* Новая модель здоровья и болезни. М., 1977.
38. *Вольфрам Э.-М.* Феноменологическое исследование психотерапии: метод получения знания из опыта // Психотерапия: новая наука о человеке. М.; Екатеринбург, 1999. С. 359-378.
39. *Выготский Л. С.* История развития высших психических функций // Выготский Л.С. Собр. соч.: В 6 т. М., 1983. Т. 3.
40. *Выготский Л. С.* О психологических системах // Выготский Л.С. Собр. соч.: В 6 т. М., 1983. Т. 1. С. 109-132.
41. *Выготский Л. С.* Основы дефектологии // Выготский Л.С. Собр. соч. в 6 т. М., 1983. Т. 5.
42. *Выготский Л. С.* Психология и учение о локализации психических функций // Выготский Л. С. Собр. соч.: В 6 т. М., 1983. Т. 1. С. 168-175.
43. *Выготский Л. С.* Учение об эмоциях // Выготский Л.С. Собр. соч. в 6 т. М., 1983. Т. 6. С. 91-319.
44. *Гадамер Х.-Г.* Истина и метод. М., 1988.
45. *Гадамер Х.-Г.* О круге понимания // Актуальность прекрасного. М., 1991. С. 72-82.
46. *Гадамер Х.-Г.* Неспособность к разговору: Там же. С. 82-92.
47. *Гайденко П. П.* Философия Фихте и современность. М., 1979.
48. *Гайденко П. П.* Научная рациональность и философский разум в интерпретации Эдмунда Гуссерля // Вопросы философии. 1992. № 7. С. 116-135.
49. *Гегель Г. В. Ф.* Наука логики. Т. 2. М., 1971.
50. *Гегель Г. В. Ф.* Лекции по истории философии. Кн. 3. СПб., 1994.
51. *Гегель Г. В. Ф.* Наука логики. Т. 1. М., 1970.
52. *Гегель Г. В. Ф.* Философия истории. М., 1993.
53. *Гегель Г. В. Ф.* Энциклопедия философских наук. Т. 3. М., 1977.
54. *Гердер И. Г.* Идеи к философии истории человечества. М., 1989.

374

55. Глебкин В. Ритуал в советской культуре. М., 1998.
56. Гловер Э. Фрейд или Юнг. СПб., 1999.
57. Голик А. Клиническое рассмотрение проблем нарушения влечений и феноменология влечений по К. Ясперсу // Логос. 1994. № 5. С. 114-123.
58. Гольбах П. Избранные произведения: В 2 т. М., 1963. Т. 1.
59. Гомер. Илиада. Одиссея. М., 1967.
60. Гротьян М. Переписка Фрейда // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 1. Зигмунд Фрейд. Жизнь. Работа. Наследие. М., 1998. С. 31-144.
61. Групповая психотерапия / Под ред. Б.Д. Карвасарского и С. Ледера. М., 1990.
62. Грюнбаум А. Теория Фрейда и философия науки / / Вопросы философии. 1991. № 4. С. 90-104.
63. Губман Б, Л. Западная философия культуры XX в. Тверь, 1997.
64. Гулыга А. В. Немецкая классическая философия. М., 1986.
65. Гуссерль Э. Амстердамские доклады. Ч. II // Логос. 1994. № 5. С. 7-25.
66. Гуссерль Э. Идеи к чистой феноменологии и феноменологической философии. М., 1999. Том. 1.
67. Гуссерль Э. Картезианские размышления. СПб., 1998.
68. Гуттерер Р. Критические перспективы психотерапевтических исследований и практики // Психотерапия: новая наука о человеке. М.; Екатеринбург, 1999. С. 156-182.
69. Декарт Р. Избранные произведения. М., 1950.
70. Декарт Р. Размышления о Первой философии, в коих доказывається существование Бога и различие между человеческой душой и телом // Декарт Р. Соч.: В 2 т. М., 1994. Т. 2.
71. Делез Ж. Логика смысла. М. 1997.
72. Дильтей В. Описательная психология. М., 1924.
73. Длугач Т. Б. Проблема взаимоотношения мышления и сознания в философии Р. Декарта // Бессмертие философских идей Декарта. Материалы Междунар. конф.,

375

- посвященной 400-летию со дня рождения Р. Декарта. М., 1997. С. 133-141.
74. Завьялов В. Ю. Необъявленная психотерапия. М.; Екатеринбург, 1999.
75. Законодательство о психотерапии (проекты и отзывы) // Вопросы ментальной медицины и экологии. 2000. Т.VI. № 3. С. 87-103.

76. *Зейг Д. К., Мьюнион В. М.* Психотерапия – что это? М., 2000.
77. *Зейгарник Б. В.* Теории личности в зарубежной психологии. М., 1982.
78. *Ильенков Э. В.* Диалектическая логика. М., 1984.
79. *Ильенков Э. В.* Философия и культура. М., 1991.
80. *Каган В. Е.* Психология и психотерапия: гуманизация и интеграция // Психология с человеческим лицом. М., 1997. С. 111-124.
81. *Калмыкова Е., Кэхеле Х.* Изучение психотерапии за рубежом: история, современное состояние // Основные направления современной психотерапии. М., 2000. С. 15-44.
82. *Камю А.* Миф о Сизифе. Эссе об абсурде // А. Камю. Бунтующий человек. М., 1990. С. 23–101.
83. *Каннабих Ю.* История психиатрии. М., 1994.
84. *Кант И.* Критика способности суждения // И. Кант. Собр. соч.: В 6 т. М., 1966. Т. 5.
85. *Кант И.* Критика чистого разума. М., 1994.
86. *Карвасарский Б. Д.* Психотерапия. М., 1985.
87. *Кискер К. П., Фрайбергер Г., Розе Г. К., Вульф Э.* Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия. М., 1999.
88. Клиническая психиатрия /Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. М., 1967.
89. Клиническая психология / Под ред. М. Пере и У. Баумана. СПб., 2002.
90. *Ковалев Г. А., Радзиховский Л.А.* Проблема общения и детерминации психического в работах советских психологов // Общение и развитие психики. М., 1988. С. 7-21.
91. Комментарий к Законодательству Российской Федерации в области психиатрии / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. М., 1997.

376

92. *Кон И. С.* Маргарет Мид и этнография детства // М. Мид. Культура и мир детства. М., 1988. С. 398-426.
93. *Котова И. Б.* Психология личности в России. Столетие развития. Ростов н/Д, 1994.
94. *Коул М.* Культурно-историческая психология. М., 1997.
95. *Кочюнас Р.* Основы психологического консультирования. М., 1999.
96. *Крайг Г.* Психология развития. СПб., 2000.
97. *Кремериус И.* Карл Абрахам – его вклад в психоанализ // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 1. Зигмунд Фрейд Жизнь. Работа. Наследие. М., 1998. С. 150-166.
98. *Кэхеле Х., А. Казански.* Психотерапевтические исследования. Предисловие // Иностранная психология. 1996. № 7. С. 5-9.
99. *Лабунская В.А.* Экспрессия человека: общение и межличностное познание. Ростов н/Д, 1999.

100. *Лакан Ж.* Семинары. Кн. 1: Работы Фрейда по технике психоанализа (1953/1954). М., 1998.
101. *Лакан Ж.* Семинары. Кн. 2: «Я» в теории Фрейда и в технике психоанализа» (1954/1955). М., 1999.
102. *Лакан Ж.* Функция и поле речи и языка в психоанализе. М., 1995.
103. *Леви-Брюль Л.* Сверхъестественное в первобытном мышлении. М., 1994.
104. *Леви-Строс К.* Мифологии. Т. 1. Сырое и приготовленное. М.; СПб., 2000.
105. *Леви-Строс К.* Структурализм и экология. URL: <http://library.philos.msu.ru>.
106. *Леви-Строс К.* Структурная антропология. М., 1983.
107. *Лейбин В.* Фрейд, психоанализ и современная западная философия. М., 1990.
108. *Лейтц Г.* Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Я.Л. Морено. М., 1994.
109. *Леонтьев А.Н.* Вступительная статья. О творческом пути Л.С. Выготского // *Выготский Л.С. // Собр. соч.: В 6 т. М., Т. 1. 1983. С. 9-42.*

377

110. *Леонтьев А. Н.* Деятельность. Сознание. Личность. М., 1975.
111. *Лосев А. Ф.* Знак, символ, миф // *Труды по языкознанию. М., 1982.*
112. *Лэйнг Р.* Я и другие. М., 2002.
113. *Люборски Л., Люборски Э.* Объективные методы измерения переноса // *Иностранная психология. 1996. № 7. С. 19-30.*
114. *Майерс Д.* Социальная психология. СПб., 1997.
115. *Макаров В. В.* Избранные лекции по психотерапии. М., 1999.
116. *Макаров В. В., Катков А.Л.* Проект Федерального Закона РФ «О профессиональной психотерапевтической деятельности» // *Вопросы ментальной медицины и экологии. 2000. Т. VI. № 3. С. 7-17.*
117. *Мамардашвили М.* О психоанализе. Лекция // *Логос. 1994. № 5. С. 123-141.*
118. *Мариско Е.* О положении практических психологов в Германии // *Иностранная психология. 1996. № 7. С. 61-68.*
119. *Маркс К.* Тезисы о Фейербахе // *Маркс К., Энгельс Ф. Немецкая идеология. М., 1956. С. 561–563.*
120. *Маркс К.* Экономические рукописи 1857-1859 гг. Т. 1. М., 1977.
121. *Маркс К.* Экономическо-философские рукописи 1844 года // *Маркс К., Энгельс Ф. Собр. соч. Т. 42. С. 41-174.*
122. *Маркс К. Энгельс Ф.* Немецкая идеология. М., 1956.
123. *Маркузе Г.* Разум и революция. СПб., 2000.
124. *Маркузе Г.* Эрос и цивилизация. Киев, 1995.
125. *Мид М.* Культура и мир детства. М., 1988.
126. *Молчанов В. И.* Парадигмы сознания и структуры опыта. Логос.

1992. № 1.

127. *Монжен О.* О Декарте, о некоторых интерпретациях его учения и о конфликте между «старыми» и «новыми» мыслителями // Бессмертие философских идей Декарта. Материалы Междунар. конф., посвященной 400-летию со дня рождения Р. Декарта. М., 1997. С. 31–45.

378

128. *Мэй Р.* Искусство психологического консультирования. М., 2001.

129. *Нидлмен Я.* Критическое введение в экзистенциальный психоанализ Людвига Бинсвангера // Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. М., 1999. С. 221-332.

130. *Ницше Ф.* Так говорил Заратустра. СПб., 1890.

131. *Нуллер Ю. Л.* Парадигмы в психиатрии. Киев, 1993.

132. *Овчаренко В.И.* Сабина Шпильрейн: Под знаком деструкции. Логос. 1994. № 5. С. 239–258.

133. Основные направления современной психотерапии /Под ред. А.М. Боковой. М., 2000.

134. *Памфилов В. З.* Взаимоотношение «я» и мышления. М., 1971.

135. *Пезешкиан Н.* Позитивная семейная психотерапия. М., 1993.

136. *Первин Л., Джонс О.* Психология личности. М., 2000.

137. *Пере Н.* Защита прав и свобод граждан преклонного возраста. М., 1993.

138. *Перлз Ф.* Гештальт-семинары. М., 1998.

139. *Пиаже Ж.* Речь и мышление ребенка. СПб., 1997.

140. *Платаниа Дж.* Юнг для начинающих. Минск, 1998.

141. *Платон.* Диалоги. Ростов н/Д, 1998.

142. *Платон.* Соч.: В 2 т. М., 1968. Т. 1.

143. *Подорога В.* Кафка. Конструкция сновидений. Логос. 1994. № 5. С. 141-176.

144. *Подсадный С. А.* Очерки по истории психотерапии // Психологическая газета. 1999, № 3-4:

145. *Попов Ю.В., Вид В. Д.* Современная клиническая психиатрия. М., 1997.

146. *Попова Н. Г.* Французский постфрейдизм. М., 1986.

147. *Поппер К.* Логика и рост научного знания. М., 1983.

148. *Поршнев Б. Ф.* О начале человеческой истории. М., 1974.

379

149. *Потемкин А. В., Бастричев С. Г.* Понятие исходной формы предмета и его методологическое значение для естествознания // Актуальные методологические проблемы современной науки. Краснодар, 1980. С. 28-39.

150. *Потемкин А. В.* О специфике философского знания. Ростов н/Д, 1973.

151. *Потемкин А. В.* Проблема специфики философии в

диатрибической традиции. Ростов н/Д, 1980.

152. *Притц А., Тойфельхарт Х.* Психотерапия – наука о субъективном // Психотерапия: новая наука о человеке. М.; Екатеринбург, 1999. С. 10-30.

153. *Рассел Б.* Почему я не христианин? М., 1987.

154. *Режабек Е. Я.* К вопросу о диалектике саморазвития // Философские науки. 1984. № 1. С. 38-46.

155. *Решетников М. М.* Актуальные вопросы реформ в российской психотерапии // Журнал практического психолога. 2000. № 3-4. С. 3-18.

156. *Рейтер Л., Штейнер Э.* Психотерапия и наука. Наблюдения за одной профессией // Психотерапия: новая наука о человеке. М.; Екатеринбург, 1999. С. 182-234.

157. *Рикер П.* Конфликт интерпретаций. Очерки о герменевтике. М., 1995.

158. *Роджерс К.* Взгляд на психотерапию. Становление человека. М., 1994.

159. *Рожнов В.Е.* Руководство по психотерапии. Ташкент, 1985.

160. *Розин В.М.* Психология и культурное развитие человека. М., 1994.

161. *Розин В.* Здоровье как опыт философского и социально-психологического изучения // Московский психотерапевтический журнал. 1999. № 3-4. С. 5-33.

162. *Ромек Е.А.* Генезис понятия «культура» в европейской философии XVII–XVIII вв. // Исторические основания взаимодействия культур. Вып. II. Ростов н/Д, 1991. С. 94-126.

163. *Ромек Е.А.* Диалектика самосознания и «практическая философия» психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. 1999. № 3-4. С. 33-47.

380

164. *Ромек Е.А.* Традиционный тип преемственности как всеобщая предкультурная форма трансляции социальных достижений // Исторические основания взаимодействия культур. Вып. II. Ростов н/Д, 1991. С. 3-30.

165. *Ромек Е. А.* Проблема первотолчка, или о «логическом бессознательном» К. Г. Юнга // Московский психотерапевтический журнал. 1997. № 1. С. 5–20.

166. *Ромек Е. А.* Феноменологический метод и дилемма психиатрии: Бинсвангер и Гуссерль. Вопросы философии. 2000. № 11. С. 80-92.

167. *Ромек В. Г.* Основы поведенческой психотерапии. М., 2002.

168. *Рорти Р.* Обретая свою страну: политика левых в Америке XX века. М., 1998.

169. *Руткевич А. М.* От Фрейда к Хайдеггеру. М., 1985.

170. *Скрипкина Т. П.* Психология доверия. Ростов н/Д, 1997.

171. *Сокулер З.* Структура субъективности, рисунки на песке и волны времени // Фуко М. История безумия в классическую эпоху. СПб., 1997. С. 5–21.

172. *Стивенс Л.* Существует ли душевная болезнь? // Академия. 2000. № 22.
173. *Стреляу Я.* Роль темперамента в психическом развитии. М., 1982.
174. *Тейяр де Шарден П.* Феномен человека. М., 1987.
175. Теория метафоры. М., 1990.
176. Техники консультирования и психотерапии. Тексты / Под ред. У.С. Сахакиан. М., 2000.
177. *Титова М.* Читая Лакана: реальное субъекта // Логос. 1994. № 5. С. 190-196.
178. *Том Р.* Экспериментальный метод: миф эпистемологов (и ученых?) // Вопросы философии. 1992. № 6. С. 106-115.
179. *Торндайк Э., Уотсон Дж. Б.* Бихевиоризм. М., 1998.
180. *Фихте И. Г.* Избранные сочинения. Т. 1. М., 1916.
181. *Фихте И. Г.* Основные черты современной эпохи. СПб., 1906.
- 381**
182. *Фишер К.* История новой философии. Т. 3. СПб., 1905.
183. Фрагменты ранних греческих философов. Ч. 1. М., 1989.
184. *Франкл В.* Человек в поисках смысла. М., 1990.
185. *Фрейд А.* Психология «Я» и защитные механизмы. М., 1993.
186. *Фрейд З.* О психоанализе // Психология бессознательного. М., 1989. С. 346-382.
187. *Фрейд З.* Толкование сновидений. Ереван, 1991.
188. *Фрейд З.* Будущее одной иллюзии // Сумерки богов. М., 1989. С. 94-143.
189. *Фрейд З.* Введение в психоанализ. Лекции. М., 1989.
190. *Фрейд З.* Влечения и их судьба. М., 1999.
191. *Фрейд З.* Избранное. Т. 1. Лондон, 1969.
192. *Фромм Э.* Бегство от свободы. М., 1991.
193. *Фромм Э.* Психоанализ и этика. М., 1993.
194. *Фрэнгер Дж. Дж.* Золотая ветвь. М., 1980.
195. *Фуко М.* История безумия в классическую эпоху. СПб., 1997.
196. *Фуко М.* Надзирать и наказывать. Рождение тюрьмы. М., 1999.
197. *Фуко М.* Слова и вещи. Археология гуманитарных наук. СПб., 1994.
198. *Хайдеггер М.* Что такое метафизика? // Хайдеггер М. Время и бытие. М., 1993. С. 16-27.
199. *Хелл Д.* Ландшафт депрессии. М., 1999.
200. *Хентшель У.* Социальное взаимодействие в психотерапии: понятие терапевтического альянса // Иностранная психология. 1996. № 7. С. 9-19.
201. *Хилман Дж.* Сто лет одиночества: наступит ли то время, когда прекратится анализ души // Московский психотерапевтический журнал. 1997. № 1. С. 120-142.

202. *Холмогорова А.* Методологические проблемы современной психотерапии // Вестник психоанализа. 2000. № 2. С. 83-90.

203. *Хорни К.* Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. М., 1993.

382

204. *Хьелл Л., Зиглер Д.* Теории личности. СПб., 1997.

205. *Хэзлем М.Т.* Психиатрия. Львов, 1998.

206. *Цвейг С.* Врачевание и психика. СПб., 1992.

207. *Чавкин С.* Похитители разума. М., 1982.

208. *Чанышев А.Н.* Начало философии. М., 1982.

209. *Шайдтн Ю.* Фрейд и его время // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 1. Зигмунд Фрейд. Жизнь. Работа. Наследие. М., 1998. С. 3-17.

210. *Шерешевский А. М., Сидоров П. И., Боднарук Р. В.* «Верните к жизни ум больной...». Архангельск, 2000.

211. *Шертюк Л.* Непознанное в психике человека. М., 1982.

212. *Шертюк Л., де Соссюр Р.* Рождение психоаналитика. М., 1991.

213. *Шкуратов В. А.* Историческая психология. М., 1997.

214. *Шкуратов В. А.* Психика, культура, история. Ростов н/Д, 1990.

215. *Шкуратова И. П.* Когнитивный стиль и общение. Ростов н/Д, 1994.

216. *Штайнлехнер М.* Психотерапия на пути к науке методической рефлексии субъективных расстройств в рамках социального жизненного мира // Психотерапия: новая наука о человеке. М.; Екатеринбург, 1999. С. 142-156.

217. *Шульман ММ.* Культурно-исторические предпосылки первой научной революции // Наука и культура. М., 1984.

218. *Шульц Д., Шульц С.Э.* История современной психологии. СПб., 1998.

219. *Шутценбергер А.* Синдром предков. М., 2001.

220. *Эриксон Э.* Детство и общество. СПб., 1996

221. *Эткинд А.* Эрос невозможного. История психоанализа в России. СПб., 1993.

222. *Юнг К. Г.* Либи́до, его метаморфозы и символы. СПб, 1994.

223. *Ярошевский М. Г.* От «животного магнетизма» к охлотелесуггестии // Вопросы психологии. 1994. № 3. С. 7-37.

383

224. *Ясперс К.* [Общая психопатология] // Логос. № 5. 1994. С. 42-88.

225. *Ясперс К.* Феноменологическое исследование в психопатологии // Логос. 1994. № 5. С. 25-42.

226. *Becker H.S.* Outsiders. The Free Press of Glencoe, 1963.

227. *Bergin A.E., Lambert M.I.* The evaluation of therapeutic outcomes // Handbook of psychotherapy and behaviour change: an empirical analysis. N.Y.,

1978.

228. *Breggin P.R.* Electroshock: its brain disabling effects. N. Y., 1979.
 229. *Breggin P.R.* Toxic Psychiatry: why therapy, empathy, and love must replace the drugs, electroshock, and biochemical theories of the «new psychiatry». N.Y., 1991.
 230. *Carnap R.* Intellectual autobiography // The Philosophy of Rudolph Carnap / Ed. by P. Schilpp. La Salle (Illinois), 1963.
 231. *Carrol L.* Through the looking glass. M., 1999.
 232. *Charlesworth M.* Bioethics in Liberal society. Cambridge, 1993.
 233. *Cooper D.* Psychiatry and Anti-psychiatry. L., 1967.
 234. *Cooper D.* The death of the family. Harmondsworth, 1971.
 235. *Darnton. R.* Der Mesmerismus und das ende der Aufklarungin Frankreich. Frankfurt am Mein, 1986.
 236. *Dodds E.R.* The ancient concept of progress and other essays of Greek literature and belief. Oxford, 1973.
 237. *Dodds E.R.* The Greeks and the irrational. Berkley; Los Angeles, 1951.
 238. *Drinka G.F.* The birth of neurosis. Myth, malady and the Victorians. N.Y., 1984.
 239. *Ellenberger H.F.* Carl Gustav Jung: his historical setting // Carl Gustav Jung: Critical Assessments. V. 1. L.; N.Y., 1992. P. 143-169.
 240. *Ellenberger H.F.* The discovery of the unconsciousness. The history and evolution of dynamic psychiatry. N. Y., 1970.
 241. *Eysenk H.* The effects of psychotherapy: an evolution // Journal of consulting psychology. 1952. V. 16. P. 319-324.
- 384**
242. *Fox N.J.* Postmodernism, sociology and health. Open University Press, 1993.
 243. *Freud S.* Die Frage der Laienanalyse. GW, Bd. XIV.
 244. *Freud S.* Nachwort zur «Frage der Laienanalyse». GW, Bd. XIV.
 245. *Gauld A.F.* History of hypnotism. Cambridge, 1992.
 246. *Gazzaniga M.S.* The social brain. N.Y., 1995.
 247. *Gergen K.L.* The decline and fall of personality // Psychology today. 1992. November-December. P. 59-63.
 248. *Grave K.* Psychologische Therapie. Goettingen, 1998.
 249. *Grunbaum A.* The foundation of psychoanalysis: a philosophical critique. Berkley, 1983.
 250. *Habermas J.* Knowledge and human interests. Boston, 1971.
 251. *Hacking I.* Rewriting the Soul. Multiple and the sciences of memory. Princeton, 1995.
 252. *Harre R.* Discursive production of selves // Theory and Psychology. 1991. № 1. P. 51-63.
 253. *Hegel.* Samtliche Werke. Bd. V. Neues kritische Ausgabe. Hamburg, 1952.

254. *Henry W.P., Schacht T.E., Strupp H.H.* Patient and therapist interject, interpersonal process and different psychotherapy outcome // *Journal of consulting and clinical psychology*. 1990. V. 58. P. 768-774.
255. *Hill S., Goodwin J.* Satanism: similarities between patient accounts and preinquisition historical sources // *Dissociation*. 1989. V. 2. P. 39-44.
256. *Horkheimer M., Adorno Th.* *Dialektik der Aufklarung*. Frankfurt-am-Mein, 1969.
257. *Jones E.* Sigmund Freud, life and works. The young Freud, 1856-1900. L., 1953.
258. *Jung CG.* Approaching the unconsciousness // *Man and his symbols*. L., 1964. P. 18-104.
259. *Kaechele H., Strauss B.M.* Approaches and methods in psychotherapy research or do we need empirically validated/supported treatments. Montevideo, 1998.
260. *Kerenyi C* The religion of the Greeks and Romans. L., 1962.

385

261. *Kernberg O.F., Burnsteine E.D., Coyne L., Appelbaum A., Horovitz L., Voth H.* Psychotherapy and psychoanalysis. Final report of the Menninger Foundation // *Bulletin of the Menninger Clinic*. № 36. P. 3-275.
262. *Kiesler D.* The process of psychotherapy. Chicago, 1973.
263. *Klein G.* Psychoanalytic theory. An exploration of essentials. N.Y., 1982.
264. *Laing R., Phillipson H., Lee A.R.* Interpersonal perception: a theory and a method of research. L., 1966.
265. *Laing R.* The divided self: an existential study in sanity and madness. Harmondsworth, 1965.
266. *Laing R.* The politics of experience and the bird of paradise. N.Y., 1967.
267. *Laing R.D., Cooper D.G.* Reason and violence: a decade of Sartre's philosophy 1950-1960. N.Y., 1971.
268. *Lambert M., Bergin A.* The effectiveness of psychotherapy // *Handbook of psychotherapy and behavioral change*. N. Y., 1994. P. 72-113.
269. *Laplanche J., Pontalis J.B.* The language of psychoanalysis. N.Y., 1973.
270. *Lemert EM.* Social Pathology. McGraw-Hill, 1951.
271. *Levi-Strauss C.* La pensée sauvage. P., 1962.
272. *Lhermitte J.* Diabolic possession, true and false. L., 1963.
273. *Lothane Z.* Freud and the interpersonal // *International Forum of Psychoanalysis*. 1997. № 6. P. 175-184.
274. *Luborsky L.* Helping alliance in psychotherapy: The groundwork for a study of their relationship to its outcome // *Successful psychotherapy*. N.Y., 1976. P. 92-116.
275. *Luborsky L.* Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy:

The core conflictual relationship // Communicative structures and psychic structure. N.Y., 1977. P. 367-395.

276. *Luborsky L., Critz-Christoph P., Minz J., Auerbach A.* Who will benefit from psychotherapy. N. Y., 1988.

277. *Marcuse H.* Eros and Civilization. A philosophical inquiry into Freud. L., 1956.

278. *Marcuse H.* Kultur und Gesellschaft. Frankfurt-am-Mein, 1968.

386

279. *Marziali E., Marmer C, Krupnick J.* Therapeutic alliance scales: development and relationship to psychotherapy outcome // American Journal of Psychiatry. 1988. P. 361-364.

280. *McLeod J.* Doing counselling research. L., 1994.

281. *Moreno J.L.* Who shall survive? Foundation of Sociometry, Group Psychotherapy and Sociodrama. McLean (VA), 1993.

282. *Moreno J.L.* Psychodrama. V. 1. Beacon (N.Y.), 1959.

283. *Moreno J.L.* Psychodrama. V. 2. Beacon (N.Y.), 1964.

284. *Moreno J.L.* Psychodrama. V. 3. Beacon (N.Y.), 1969.

285. *Moreno J.L.* Psychodramatic treatment of psychoses. Beacon House, 1945.

286. *Morrow-Bradley C, Elliott R.* Utilization of psychotherapy by practicing psychotherapists // American Psychologist. 1986. № 41(2). P. 188-197.

287. *Nagy M.* Philosophical issues of psychology of CG. Jung. N.Y., 1991.

288. *North C.S.* Multiple personalities, multiple disorders. Oxford, 1993.

289. *Papadopoulos R. K.* Jung and the concept of the other // Carl Gustav Jung: Critical Assessments. V. 1. L.; N.Y., 1992. P. 388-427.

290. *Ricoeur P.* Freud and philosophy. New Haven, 1970.

291. *Ricoeur P.* Hermeneutics and the human sciences. N.Y., 1981.

292. *Rogers C.* A research program in client-centred therapy // Science, psychology, communication. N.Y., 1972.

293. *Rogers C.R.* The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change // Journal of Consulting Psychology. 1957. № 21. P. 95-103.

294. *Salter A.* Conditioned reflex therapy. N.Y., 1961.

295. *Sartre J.-P.* L'etre et le neant. P., 1986.

296. *Senf W., Broda M.* Praxis der Psychotherapie. Stuttgart; N. Y., 2000.

297. *Skinner B.F.* Futurum Zwei «Waiden Two». Die Vision einer aggressionsfreien Gesellschaft. Hamburg, 1972.

298. *Sriegelberg H.* Phenomenology in psychology and psychiatry: A historical Introduction. Evanston, 1972.

387

299. *Stevens L.* Psychiatry's electroconvulsive shock treatment (ECT): a crime against humanity. URL: [http:// www.antipsychiatry.org/ect.htm](http://www.antipsychiatry.org/ect.htm).

300. *Stiles W.B., Shapiro D.A., Elliott R.* Are all psycho-therapies

- equivalent? // *American psychologist*. 1986. V. 41. P. 165-180.
301. *Szasz T. S.* Ideology and Insanity. N.Y., 1970.
302. *Tarnas R.* The passion of the western mind. N.Y., 1993.
303. The history of shock treatment / Ed. by Frank L.R. San Francisco, 1991.
304. *Turner B.C.* Medical power and social knowledge. L., 1978.
305. *Vernant J.-P.* Myth and thought among the greeks. L.; Boston; Melbourne; Henley, 1983.
306. *West R.* Alternative medicine: prospects and speculations // Health and decease. A Reader. The Open University Press. 1984. P. 340-345.
307. *Wright W.* The social logic of health. New Brunswick (New Jersey), 1982.

Елена Анатольевна Ромек

**Психотерапия: рождение науки
и профессии**

Верстка *И. Елисеев*

Художник *Е. Максименко*

Подписано в печать 17.06.2005.
Формат 84x108 1/32. Бумага газетная.
Гарнитура NewtonС. Печать офсетная.
Тираж 2000 экз. Заказ № 478.

ООО «Мини Тайп»
344010, г. Ростов-на-Дону, пр. Ворошиловский, 87/65,
тел. (опт.) (863) 262-36-91, 299-91-97

Отпечатано с готовых диапозитивов в ЗАО «Книга».
344019, г. Ростов-на-Дону, ул. Советская, 57.

Качество печати соответствует предоставленным диапозитивам