

ФЕНОМЕН БОЛЕЗНИ В РАЗЛИЧНЫХ СИСТЕМАХ ЗНАНИЯ: КОНФЛИКТ ИНТЕРПРЕТАЦИЙ

Р.ФИЛАТОВ*

В данной работе предпринята попытка анализа тех устойчивых типов интерпретации феномена болезни, которые сложились в ходе культурно-исторического развития различных систем знания и социальных практик, определяющих характер оздоровления и лечения человека, таких, как соматическая медицина, психиатрия, психология и психотерапия. Автор исходит из предположения, что определенные формы социокультурного опыта, связанного с проблемами патологии и врачевания, а именно закрепившиеся в культуре способы истолкования и концептуализации наблюдаемых патологических феноменов, приобретая предельно обобщенный и схематичный характер, становятся своего рода “интерпретационными шаблонами” для представителей профессиональных сообществ, включенных в оздоровительную практику. Эти шаблоны предполагают весьма различающиеся, порой противоположные оценочные основания, что приводит к неоднородности современного понимания феномена болезни или к конфликту интерпретаций, в который вовлекаются профессионалы разных школ и направлений. Прояснение наиболее укоренившихся способов истолкования болезни позволяет определить их культурные предпосылки и ограничения, заняв метапозицию “над схваткой”.

Обозначив в заглавии тему понимания феномена болезни, я придерживался тезиса: “Здоровье и болезнь – артефакты культуры или социокультурные переменные, и любые формы опыта, связанные с этими явлениями, – суть продукты определенных социальных практик и дискурсивных систем”. Границы нашего понимания того или иного феномена задаются границами освоенного нами языка, т.е. привычными способами описания; поэтому не только в медицине, но и в обыденной жизни мы оперируем понятиями, заимствованными из врачебного тезауруса. Однако, когда явление в силу своей сложности и многомерности попадает в поле принципиально разных научных дисциплин, школ и дискурсов, арсенал используемых средств его описания и оценки значительно расширяется, включая противоположные по сути определения, концепты и интерпретации. Многова-

* *Филатов Филипп Робертович – кандидат психологических наук, вице-президент Ростовской психоаналитической ассоциации (РПА), консультант Психологической Службы Ростовского государственного университета.*

риантность трактовок в данном случае объясняется как изначальной неоднозначностью понятия “болезнь”, так и общей полиморфностью культуры. А то, что непосредственным участникам дискуссии кажется борьбой за истину, на деле оказывается стремлением конкретных профессиональных сообществ занять подобающее им место или даже доминировать в данной области. Не занимая ни одну из противоположных позиций и признавая как корректность, так и неизбежные ограничения, свойственные любой из них, я попытаюсь посредством теоретического обзора выявить концептуальные основания каждого из подходов.

Обзор различных, часто противоречащих друг другу истолкований болезни позволяет также преодолеть стереотипное представление о ней как о безусловном зле, подлежащем искоренению. На мой взгляд, болезнь является необходимым дополнением здоровья, его тенью или обратной стороной. Поэтому значение болезни не может быть однозначным – оно варьируется в соответствии с теми моделями здорового существования, в рамках которых оценивается жизнедеятельность субъекта. В XX веке научное толкование феномена болезни предполагает отказ от жесткой оппозиции “здоровье – болезнь” и от традиционного определения этих понятий относительно друг друга как сущностно различных, противоположных по природе. В статье “Постановка вопроса о границах душевного здоровья” П.Б.Ганнушкин писал в этой связи: “Со времен Клода Бернара можно считать установленным, что никакой коренной разницы между явлениями здоровья и болезни не существует, что, наоборот, существует необходимая связь между феноменами того и другого порядка, что в области патологии действуют те же законы и силы, что и в норме” (Ганнушкин, 1964, с.97). Аналогичного подхода, как известно, придерживался также И.В.Давыдовский, по мнению которого жесткое разграничение и противопоставление нормального и патологического в физиологии не выдерживает критики. Любой патологический факт следует рассматривать лишь как компенсаторно-приспособительный; это одна из вариаций адаптационной активности организма, а не слом, нарушение естественного режима функционирования (Давыдовский, 1962; 1969). Отказался от понимания болезни как патологического отклонения и С.Ганеман, предложивший гомеопатический принцип лечения. Он определял болезнь в позитивном ключе, как “изменение в состоянии здоровья здорового индивидуума” (Ганеман, 1992, с.54). Гомеопатическое лечение, по Ганеману, это не излечение болезни, но лишь “изменение состояния здоровья пациента ради достижения более здорового состояния” (там же, с.54-60). В наши цели не входит теоретическое осмысление этой проблемы, т.е. обоснование или опровержение идеи природного соответствия и сущностного единства здоровья

и болезни. Для нас важно лишь отметить, что эти феномены интерпретируются согласно идентичным герменевтическим принципам, т.е. на основе одних и тех же эталонных представлений, концепций и моделей.

Ниже мы рассмотрим три устойчивые традиции истолкования феномена болезни, сложившиеся в различных системах знания и отражающие длительную историю становления западного духа – от античности, когда главенствовала школа Гиппократова, до Нового времени, ознаменовавшегося почти одновременным рождением клинической медицины и расцветом европейского гуманизма с его антропоцентрическими воззрениями.

1. Один из наиболее древних типов интерпретации болезни предполагает рассмотрение этого феномена во внутриличностном (интрапсихическом) плане жизнедеятельности Субъекта. Согласно устойчивой традиции, возникшей еще в античной медицине и философии, болезнь интерпретируется, прежде всего, как *внутриличностное рассогласование*, причина которого заключается либо в чрезмерной активности, либо в несоразмерности отдельного элемента, входящего в одну из систем организма (или психики) и нарушающего ее целостность и стабильность. Такое несогласованное “поведение” входящих элементов (составляющих человеческого естества) противно самой природе, ибо нарушает основной природный закон соразмерности и именно по этой причине приводит к возникновению всевозможных болезней. Подобное понимание восходит к прославленной гуморальной теории Гиппократова, определявшего здоровье как “*правильное смешение соков (или гуморов человеческого организма)*”. Гиппократ полагал, что “если бы человек был единое, он бы не болел” (Гиппократ, 1998, с.113). Все болезни происходят из неупорядоченного соединения четырех основных первоэлементов, входящих в состав человеческого тела (это кровь, флегма, желтая и черная желчь). Платон, также стоявший у истоков *античного понимания болезни*, писал о возникновении недугов следующее: “Поскольку тело наше сплотилось из четырех родов - земли, огня, воды и воздуха, стоит одному из них оказаться в избытке или в недостатке или перейти со своего места на чужое, стоит какой-либо части воспринять в себя не то, что нужно, тут же, как и в случае других подобных нарушений, возникают смуты и недуги... Лишь тогда, утверждаем мы, может что-либо сохранить самотождественность и оставаться целым и невредимым, когда тождественное приближается к тождественному и удаляется от него тождественно, единообразно и в должном соотношении; но все, что нарушает это своим притоком или оттоком, становится причиной неисчислимых и многообразных перемен, недугов и пагуб...” (Платон, 1994, т.4, с.488-489). Нарушением соразмерности объясняет Платон и душевные болезни. К самым тяжелым недугам души он причисляет те, что нарушают меру удовольствия и страдания. Иными сло-

вами, главная причина душевной болезни – необузданность страстей, которую Платон связывает с недостаточным воспитанием (*там же*, с.493). Проблема болезни разрешается, главным образом, не благодаря внешнему медицинскому вмешательству, но с помощью индивидуально принятых мер по упорядочиванию собственной жизни. “Лучше руководить недугом с помощью упорядоченного образа жизни, насколько это позволяют нам обстоятельства, нежели дразнить его лекарствами, делая тем самым беду закоренелой”, – наставлял Платон (*там же*, с.497). При такой постановке вопроса от человека, стремящегося избежать заболевания или превозмочь его, требуется активная жизненная позиция и принятие всей полноты ответственности за свою жизнь. Корни любого недуга следует искать в себе самом, в несовершенстве своего внутреннего устройства, которое необходимо преобразовывать посредством специфических (“телесно-ориентированных” и духовных) техник. Таков главный лейтмотив античных (особенно, стоических) рассуждений о природе болезни и ее происхождении. основополагающими принципами оздоровления выступают при этом умеренность во всем и неустанная забота о себе (Фуко, 1998а).

Впрочем, идея внутриличностного рассогласования, положенная в основу античной модели, допускает два равноправных варианта интерпретации, которые и получили развитие в западной культуре:

1) *нарушение внутреннего равновесия – “на совести” субъекта*, ведущего беспорядочную или несправедливую жизнь, и источник любого недуга – в его душе;

2) *претерпевающий болезнь есть жертва чужеродного вторжения извне* – он страдает от деструктивного воздействия враждебных ему по природе сил, ввергающих его в состояние недуга; иными словами, главную угрозу здоровью и целостности следует искать *вне* субъекта.

Пассивное претерпевание внутреннего раздора, обусловленного проникновением “злых духов”, составляет основу картины болезни в архаических системах целительства и в народных поверьях. В эпоху Средневековья, следуя аналогичной схеме, рассматривали болезнь более глобально: как “одержимость Дьяволом”, захваченность души мировым злом. Соответственно этим представлениям, несчастной жертве требовалось экстренное вмешательство шамана или знахаря, а в средние века – Священной Инквизиции, которая специализировалась по “спасению души”. Пассивность больного и необходимость вмешательства – таковы основные аспекты ***“демонологического” толкования болезни***.

Примечательно, что в Средневековье, когда господствовала Инквизиция, в основании которой лежала христианская идея Божьего Суда над упорствующим грешником, сформировалось достаточно устойчивое пред-

ставление о человеке как пассивном объекте постороннего воздействия, будь то колдовские чары и дьявольское искушение или изощренные процедуры изгнания бесов. Распространенное в средние века истолкование различных форм патологического поведения как одержимости дьяволом представляет собой показательный пример такой социальной практики, при которой вопросы оздоровления оказываются в компетенции не отдельного человека, разумно или не разумно распоряжающегося своей жизнью, но определенной социальной группы, оценивающей то или иное душевное состояние в свете господствующей идеологии. Причем, если в ереси усматривался злой умысел и духовное преступление, заслуживающее наиболее жестокой кары, то одержимость расценивалась, скорее, как “напасть”: одержимый не преступник, но жертва, нуждающаяся в экстренной помощи (Орлов, 1992; Шпренгер, *Инститорис*, 1991). Можно предположить, что понятие “одержимость” в средние века было своеобразным эквивалентом (аналогом) “психопатологии” и включало в себя представление о пассивно переживаемом внутриличностном рассогласовании. На основе такого представления сформировалось отношение к страдающему субъекту как к беспомощной жертве, к которой и недуг и помощь приходят извне: недуг – от коварных служителей Дьявола, исцеление – от духовного лица, спасителя заблудшей души. Хотя драма исцеления и разворачивалась как полная напряженного психологизма духовная борьба за бессмертную человеческую душу, субъект переживания в ней явно не присутствовал, он словно был исключен, его личная ответственность за здоровье и душевное благополучие целиком была сведена на нет; в качестве субъекта выступал сам Дьявол, мировое зло – источник одержимости. Франц Александер и Шелтон Селесник, характеризуя средневековый период развития врачевания, писали: “В позднем Средневековье лечение психических заболеваний стало неотличимым от изгнания духов в период демонологии... Обрядовое изгнание духов было направлено непосредственно на дьявола, завладевшего телом и душой человека, но не на самого больного” (Александер, Селесник, 1995, с.83).

Подобное отношение к больному, игнорирующее его личность, характерно и для традиционной медицины: здесь борьба с неискоренимым злом телесной и душевной патологии нередко препятствует восприятию и пониманию пациента как автономного и целостного субъекта. Но об этом – позже.

Вместе с тем, не менее распространена **интерпретация болезни как следствия индивидуального греха или общей греховности человеческой природы**. Подобное понимание сложилось, например, в рамках христианской духовной традиции. Согласно данному подходу, болезнь идентична греху, и приносимые ею страдания должны побудить человека встать на

путь искупления, духовного преображения, всецело осознав меру своей неискорененной греховности. Исцеление при этом равнозначно очищению души, ее освобождению от греха. Вот как рассуждает на эту тему священник и врач Валентин Жохов в книге “Христианское отношение к болезням и врачеванию”: “С православной точки зрения, болезнь является нормой земной жизни, поскольку в грехопадении прародителей Адама и Евы человеческая плоть изменила свои качества – стала немощной, склонной к болезням и старости, смерти и тлению. Болезнь – закономерное явление еще и потому, что человек вольно или невольно впадает в грехи, которые также ведут к болезням” (Жохов, 1996, с.7). “Причина болезни – грех, своя собственная воля, а не какая-либо необходимость”, – утверждал преподобный Ефрем Сирин. А преподобный Иоанн Лествичник писал, что “болезни посылаются для очищения согрешений, а иногда для того, чтобы смирить возношение” (*там же*). Следуя той же христианской традиции, врач-психиатр Д.А.Авдеев в своей работе “Духовная сущность психических расстройств. Размышления православного врача” пишет: “Грех, как корень всякого зла, близок к невротическим расстройствам. Совершаясь в глубине человеческого духа, он возбуждает страсти, дезорганизует волю, выводит из-под контроля сознания эмоции и воображение. Поэтому святитель Феофан указывал на то, что “внутренний мир человека-грешника исполнен самоуправства, беспорядка и разрушения”. Глубокий невроз – показатель нравственного нездоровья, духовно-душевного разлада” (Авдеев, 1998, с.38).

Душевная болезнь может рассматриваться и как прямое следствие совершенного человеком преступления, как расплата за нарушение нравственных императивов или за содеянное зло. Такого рода интерпретация нередко встречается в мировой литературе. Так, например, душевный надлом и безумие шекспировского Макбета есть ничто иное, как высшая кара за совершенные им злодеяния.

В ряде учений болезнь интерпретируется как отражение нравственного изъяна, несовершенства человека. Глобальные проблемы нравственности определяют тот контекст, в котором происходит осмысление феномена болезни и дается оценка как телесных, так и душевных недугов. Ясперс пишет в этой связи о *метафизической интерпретации болезни*: “Болезнь может пониматься в терминах религии или морали – как вина и наказание... Она может толковаться как испытующий вызов, как вечный знак человеческого бессилия, как постоянное напоминание о ничтожестве человека” (Ясперс, 1997, с.929). Сходного взгляда на проблему придерживались и некоторые психиатры. Так, фон Вайцеккер заявляет, что в здравье есть нечто от правды, а в болезни – нечто от неправды. В данной

связи нельзя не вспомнить психиатров прошлого, полагавших, что невинный никогда не сходит с ума, а безумие поражает только виновного, и что нравственное совершенство тождественно душевному здоровью: если врожденное влечение к добру развивается свободно, никакое соматическое явление не в силах вызвать к жизни душевную болезнь.

Из всего вышеизложенного можно заключить, что болезнь – сложная антропологическая проблема, которая включает в себя религиозные, морально-этические и философские аспекты. Едва ли важно для нас, с чем связывается первопричина болезни – с Первородным Грехом, прегрешениями прошлых воплощений или с грехами, совершенными и не искупленными в этой жизни, – главное, что в болезни видится нарушение целостности человека, состояние внутренней дезинтеграции. Мэнли П.Холл, обзревая “герметические теории возникновения болезни”, вывел такое обобщенное определение: “расстройство согласования духовной и материальной природы: эти две природы, не будучи согласованы, производят умственные и физические отклонения” (Мэнли П.Холл, 1992, с.404).

Такой предстает болезнь во внутреннем плане ее рассмотрения, таков ее внутриличностный, интрапсихический аспект. Это, прежде всего, следствие человеческого несовершенства, греха, невоздержанности. Подлинное исцеление требует не просто устранения видимой, внешней причины недуга; оно не может быть достигнуто без самосовершенствования, кропотливой духовной работы над собой. Избавление от страдания может осуществляться через упорядочивание собственной жизни и умеренность во всем (античная традиция), или как обращение души к Богу и искупление первородного греха (христианская традиция). Античный подход к проблеме оздоровления характеризуется наибольшим индивидуализмом: преодоление болезни связывается в античной традиции с изменением образа жизни, что полностью определяется индивидуальной волей, тогда как в христианстве выздоровление трактуется как восстановление подлинных отношений человека с Богом – здесь имеет место обращение к высшим, превосходящим индивида Силам (исцеление как благодать). Что же касается средневековых учений об одержимости и связанных с ними практик, то в них, при сохранении идеи внутриличностного рассогласования, индивидуальная активность и ответственность страдающего субъекта полностью обесцениваются, уступая место интенсивному социальному воздействию. Но, так или иначе, во всех указанных подходах **болезнь интерпретируется как проявление зла, греха или хаоса, охватившего душу конкретного человека, как трагическая утрата внутреннего единства и гармонии**. Она вскрывает некое **глубинное неблагополучие**, которое должно быть преодолено. Феномен болезни сущностно связывается с ос-

новными духовными и нравственными проблемами человеческого существования.

2. Принципиально иное понимание феномена болезни составляет основу *естественнонаучной и медицинской системы интерпретаций*. Здесь *заболевание превращается в четко фиксируемый и распознаваемый по конкретным признакам объект рационального познания*. “Субъектный” подход, предполагающий переживание болезни и индивидуальное отношение к ней, уступает место научной объективации. Взгляд извне устанавливает лишь доступное объективному наблюдению: локализацию болезни, ее субстрат (тело, мозг, психика), характерные внешние проявления (симптоматика), разнообразие ее форм и их изменчивость во времени (патогенез). Иными словами, болезнь значима не в ее отношении к сущности человека, то есть не как универсальный индикатор человеческого несовершенства или греховности, но как одно из множества природных явлений, подчиненное определенным закономерностям, как специфическая форма существования, в которой выражаются естественные биологические процессы и которую следует наблюдать, описывать, изучать наряду с другими формами жизни. Важен внешний облик болезни и ее “география”, типологические особенности и характер протекания, а не ее связь с душевной организацией или общим духовным предназначением человека. В данном случае понятие болезни имеет исключительно естественнонаучный и биологический смысл, а исследование болезни выступает составной частью общего изучения Природы, закономерной даже в своих аномалиях и деформациях. *Заболевание* – такое же *природное явление*, одновременно разрушительное и закономерное, как, например, землетрясение или извержение вулкана. Специфичность дефекта, своеобразие структурных связей внутри симптомокомплекса, особенности протекания патологического процесса – все это может не только отталкивать и пугать, но и вызывать живой научный интерес, завораживать исследователя. То, что субъективно, изнутри переживается как страдание и неблагополучие, включаясь в единый порядок научного знания, обретает свою строго рациональную форму, зримую структуру и умопостигаемую логику развития. Как ярко и красочно отображается бурное цветение патологии в развернутом медицинском заключении! Есть в этом особая эстетика, некая чудовищная красота. Как заметил однажды Абрахам Маслоу, “раковая опухоль, рассматриваемая в микроскоп, может выглядеть, – если только мы можем забыть, что это рак, – как изумительно красивый и тонкий узор” (*Хрестоматия по гуманистической психотерапии*, 1995, с. 76).

Исторический обзор и анализ медицинских представлений о болезни, в которых превалирует описанный нами подход, содержится в работе Ми-

шеля Фуко “Рождение клиники” (Фуко, 1998б). Автор обращается к самому началу формирования западноевропейской медицинской мысли – к трактатам XVIII века, в которых болезнь предстает исключительно в своей внешней конфигурации – как нечто автономное и легко абстрагируемое от конкретной личности, а не личностная драма, выражающаяся в столкновении внутренних противоположностей. Внутрличностный аспект здесь вообще игнорируется, поскольку все, что привносится личностью, лишь препятствует ясности взгляда. Врач должен добиться четкой объективной картины, видя в болезни цельный, рационально постигаемый феномен и воздерживаясь от философских спекуляций, нравственных суждений и от обращения к нечетким субъективным данным. “Дабы установить истинный патологический факт, – пишет Фуко, – врач должен абстрагироваться от больного: нужно, чтобы тот, кто описывает болезнь, позаботился о различении свойственных ей симптомов, являющихся ее обязательным сопровождением, и случайных или необязательных, зависящих от темперамента и возраста больного. Парадоксальным образом больной связан с тем, от чего он страдает, лишь внешней связью; медицинское исследование должно принимать его во внимание, лишь вынося за скобки” (там же, с.31). Отторжение болезни от субъективного внутреннего мира больного, в котором она была неотделима от основных проблем человеческого бытия-в-мире, и перемещение в систему зримых пространственных отношений и каузальных связей превращает ее в самостоятельную категорию, не зависящую от конкретных характеристик ее носителя. Она становится набором внешне выраженных признаков, которые легко выявляются зорким оком специалиста, точно хорошо узнаваемые черты на моментальном фотоснимке. “Болезнь фундаментально воспринимается в пространстве плоских проекций без глубины и существования без развития. Не существует более одного плана и более одного мгновения... Первичная структура, в которой реализуется классификационная медицина – это сводимое к плоскости пространство постоянной одновременности” (там же, с.28). Поэтому тот, кто пишет историю болезни, должен “подражать художникам, которые, создавая портрет, заботятся о том, чтобы отметить все, вплоть до знаков и самых мелких природных деталей, которые они встречают на лице изображаемого ими персонажа” (там же). Действительно, история болезни – это, скорее, портрет самой болезни, нежели больного. Медицинские трактаты, которые обсуждает Фуко, подразумевают нечто вроде картографии различных заболеваний, где врачу следует ориентироваться по уже нанесенным контурам, уточняя их в своей практике. Кроме того, для классификации разновидностей недугов в них используется тот же принцип, что и, скажем, в ботанике; благодаря такому разделению на виды болезнь перестает быть аномальным или негативным явлением и начинает

восприниматься как данность, естественный жизненный факт – в ней усматривается общий порядок природы. “Тот, кто внимательно наблюдает порядок, время, час, когда начинается переход лихорадки к фазам озноба, жара, одним словом, ко всем свойственным ей симптомам, будет иметь столько же оснований верить, что эта болезнь составляет определенный вид, как он верит, что растение представляет один вид, ибо оно растет, цветет и погибает одним и тем же образом” (*там же*, с.29). Фуко приводит данный фрагмент медицинского трактата для иллюстрации следующего основного тезиса: “...порядок болезни есть ни что иное, как отпечаток жизненного мира; здесь и там царят одни и те же структуры, те же формы деления на классы и тот же принцип. Рациональность жизни идентична рациональности того, что ей угрожает” (*там же*, с.30).

По мере расширения клинического опыта одномоментность острого диагностирующего взгляда дополняется непрерывностью врачебного наблюдения. И у болезни появляется темпоральный аспект: она начинает восприниматься как особая качественно неоднородная длительность, что укрепляет ее статус самостоятельного природного явления – естественного биологического процесса. Интересно, что первоисточки такого естественнонаучного и процессуального понимания болезни также обнаруживаются в античной философии, а именно в “Тимее” Платона, где утверждается, что “строение любого недуга некоторым образом сходно с природой живого существа; между тем последняя устроена так, что должна пройти определенную последовательность жизненных сроков, причем как весь род в целом, так и каждое существо в отдельности имеет строго положенный ему предел во времени, которого и достигает, если не вмешивается сила необходимости.... Таким же образом устроены и недуги...” (Платон, 1994, т.4, с.496). Итак, болезнь уподобляется живому существу, развивающемуся во времени согласно собственной природе; это маленькая, но своеобразная жизнь, которую можно оборвать медицинским вмешательством или изучать с дотошностью биолога, а субъект для нее – лишь субстрат, необходимая “среда обитания”.

Естественнонаучный подход неизбежно порождает отчужденное отношение к болезни. Это и понятно, ведь болезнь становится не зависимой от человеческой индивидуальности и в то же время неотвратимой, как любая биологическая необходимость; она протекает закономерно, но не считаясь с индивидуальной волей, – она, скорее, случается с человеком, как напасть, и в этом заключается не его вина или грех, а общий закон природы. У болезни, безусловно, есть своя логика развития, но это логика, чуждая субъекту и напрямую не связанная с его индивидуальным существованием: просто один жизненный процесс нарушается или блокируется другим,

по отношению к нему чужеродным. Стремясь с таких позиций понять и описать болезнь, мы попытаемся определить ее локализацию, то есть границы оккупированной ею территории, фиксировать малейшие ее проявления и все нюансы вызванных ею изменений; прогнозировать дальнейшее развитие патологического процесса. Но мы не сможем увидеть за всем этим разнообразием ярких феноменов активную и ответственную личность, ибо она здесь упразднена. Есть только четко обозначенное и укрепленное длительной социальной практикой отношение врача и недуга, подобное отношению скульптора и мраморной глыбы. Врач должен знать, что требуется предпринять, когда налицо соответствующий комплекс нарушений, подведенный под определенную нозологию, – в этом состоит его профессиональный долг. Все остальное либо не попадает в поле зрения, либо, не имея достаточного удельного веса, определяется как постороннее и случайное.

Отсюда может быть сделано еще одно заключение, к которому пришел Мишель Фуко. Когда болезнь отрывается от метафизики страдания, которой на протяжении веков она была родственна, и мыслится в отношении к природе, когда она становится не только переживаемым, но и наблюдаемым феноменом, ее место в конечности человеческого существования определяется с максимальной конкретностью. Она перестает быть контр-природой и “обретает плоть в живой плоти индивидов” (Фуко, 1998б, с.293), становясь объективно зафиксированным биологическим фактом. И в то время как внутренняя картина болезни усложнена и затемнена извечными проблемами человеческой субъективности, ее отображение в клиническом опыте претендует на ясность и прозрачность объективно полученных данных: здесь совокупность четко определенных показателей в идеале должна соответствовать легко распознаваемому нозологическому типу. Наряду с сущностью у болезни обнаруживается свое лицо, характерная внешность.

Сложнее обстоит дело с душевными болезнями – всевозможными психическими расстройствами, охватывающими обширную и полную тайн область психопатологии. Безумие затруднительно провозгласить естественным биологическим процессом – слишком уж безжалостно и вероломно попирает оно основы человеческой рациональности и здравого смысла. Более того, оно деструктивно по отношению к обществу, ибо способно разрушать социальные связи личности, ставя под угрозу даже самые устойчивые нормы общественной жизни. Вследствие этого, безумие требует развития особой социальной практики, направленной на его обуздание, и стимулирует выработку специальных технологий, позволяющих социуму регулировать, удерживать под контролем и подавлять эту неистовую сти-

хию, бушующую в человеческой душе. Любое полноценно функционирующее общество противопоставляет безумию некий рациональный порядок социальной жизни и постепенно вырабатывает систему более или менее жестких мер, предотвращающих разрастание всего иррационального и асоциального, что есть в человеке. Наиболее распространенная социальная практика обуздания психической болезни воплотилась в так называемом “институте изоляции”. В монографии “История безумия в классическую эпоху” Фуко писал, что изобретение и внедрение в практику механизма изоляции, относимое к XVII веку, явилось поворотным моментом становления западноевропейского подхода к безумию и душевному нездоровью в целом. Это “момент, когда безумие начинает восприниматься в социальном аспекте – в соотношении с бедностью, с неспособностью трудиться, с невозможностью интегрироваться в коллектив; момент, когда оно впервые вписывается в проблематику гражданского общежития... За рождается новый тип социальной чувствительности; и вот уже определен ее порог, обозначена граница, отобраны те, кто подлежит изгнанию. В конкретном пространстве классического социума оставляется некий нейтральный островок, некая белая страница, на которой не запечатлена реальная гражданская жизнь. Общественный порядок уже не сталкивается с беспорядком лоб в лоб, и разум не пытается больше своими силами прокладывать себе путь, сражаясь со всем, что может существовать помимо него или пытается его отрицать. Теперь он царит в чистом виде, заранее обреченный торжествовать над буйной стихией неразумия” (Фуко, 1997, с.93). Отгораживаясь таким образом от “безумного мира” психопатологии, общество защищает рациональные основы своего существования и, одновременно, более четко обозначает область приемлемого, допустимого, нормального. Подвергнуть безумца изоляции значит, с одной стороны, предельно минимизировать его возможное деструктивное влияние на общественную жизнь, а с другой – противопоставить его остальной части общества как негативный пример. Это и нейтрализация, и предостережение. Иными словами, клиническая проблема душевной патологии непосредственно соотносится с основной социологической проблемой управления, нормирования и контроля.

Очевидно, что при таком подходе душевные аномалии не могут оставаться личной проблемой или, точнее, проблемой индивидуального своеобразия, достойного сочувствия непутевого “донкихотства”; это уже объект социальной заботы, принимающей форму тотального нормирования. Любая разновидность душевной патологии определяется посредством ее соотношения с доминирующей в данный исторический момент системой социокультурных норм, стереотипов и эталонов; душевный недуг неотде-

лим от его социальной оценки – медицинской интерпретации, диагноз прирастает к нему, становясь его неотъемлемой частью. Диагноз – не просто ярлык, это нечто вроде заклятия болезни. То, что не удается удержать в тисках нормы, можно заклясть, пригвоздить одним-единственным словом. Недаром в обиходной речи медицинские термины становятся ругательствами (“шизофреник”, “дебил”), а заключение врача звучит порой как приговор. Болезнь духа перестает быть непредсказуемой и вселяющей мистический ужас – она удерживается под контролем (общественным надзором) благодаря тому, что обрастает тяжелым панцирем медицинской терминологии, делающим ее неповоротливой. Бред утрачивает свою трансцендентность, в нем уже не слышатся леденящие голоса богов, не угадываются грозные пророчества, не зияют бездны духа. В свою очередь умалишенный перестает быть юродивым, божьим избранником, хранителем некой страшной, непостижимой для других тайны и выразителем бесконечной мировой скорби. Все, что с ним происходит, поддается описанию и классификации, имеет свое научное обозначение. Он представляет вполне определенный социокультурный тип, в соответствии с которым занимает особое положение в обществе. Постоянно отыскиваются способы сносной социальной интеграции душевнобольных; социум пытается сделать их общественно полезными, использует их труд (в худшем случае, это исправительные работы, в лучшем – трудотерапия). Едва ли не высшее проявление гуманности по отношению к душевнобольным – признание их продукции творчеством или даже искусством. Выставка работ шизофреника – это не столько дань уважения его таланту, сколько попытка социума ассимилировать в приемлемой форме индивидуальный опыт безумия, превратить его в безобидный и трогательный факт социальной жизни. Словом, общество стремится преобразовать патологическое в приемлемое, придать душевной болезни более “цивилизованный вид”.

В то же время исследователи психопатологии не раз обнаруживали в психических отклонениях искаженное или гротескное отражение социальных и культурных процессов. В самой манифестации душевной болезни нередко проявляется ее взаимосвязь с общим культурным контекстом, и становится очевидной ее социокультурная детерминация. Социально-политические веянья, явления массовой культуры, изменчивые коллективные представления и данные науки, верования и суеверья – все это причудливо вплетается в единую картину того или иного психического расстройства. Трудно отрицать формирующее влияние культуры в процессе становления психической болезни, ведь и содержание, и структуру, и характер протекания последней можно понять, только вникнув в реалии и перипетии культурной жизни. И если недуги тела уподобляются явлениям природы, в силу чего исследуются и классифицируются, подобно биоло-

гическим видам, то душевные заболевания оказываются соотношены с социальными и социокультурными процессами.

Соответствие между формами проявления психопатологии и устойчивыми тенденциями общественной жизни отмечает Карл Ясперс, анализируя такой феномен, как “психические эпидемии”. “Феномены этого рода, получившие широкое распространение в средние века, уже давно служат предметом заинтересованного внимания, – пишет Ясперс в своей “Общей психопатологии”. – Судя по всему, в более поздние времена в нашем культурном пространстве идентичных явлений не бывало. Средневековые психические эпидемии сопоставимы только с феноменами, встречающимися по всему миру среди первобытных народов, которые подвержены психическим эпидемиям в силу своей высокой внушаемости. (...) Все эти эпидемии, исходя из описанных симптомов, удастся отождествить с истерическими проявлениями (содержание последних всякий раз определяется соответствующей средой и преобладающими установками). Но почему такие эпидемии происходили именно тогда? Почему они не свойственны иным историческим эпохам, в том числе и нашей? Можно предположить, что присущие определенным историческим эпохам типы переживаний и религиозные воззрения, обуславливая специфику некоторых влечений и целей, приводят в движение механизмы, которые иначе так и оставались бы в латентном состоянии” (Ясперс, 1997, с.879-880). Видимо, массовые психозы отражают наиболее характерные культурные веянья своей эпохи. Психопатология принимает самые разнообразные исторические формы, а источником материала для нее служат коллективные представления. Если происходят изменения в системе этих представлений, то одновременно меняется и облик болезни. Наглядным примером может служить истерия. Характер манифестации этого заболевания претерпел определенные изменения после того, как его психоаналитическое истолкование вытеснило древние представления об одержимости и научные предрассудки XIX века. “Известно, что истерия изменила свое лицо, – писал Леон Шертук в работе по гипнозу. – В настоящее время мы редко встречаемся с истерическими припадками” (Шертук, 1992, с.106). Подобная изменчивость характерна и для других душевных расстройств.

Означает ли это, что психопатология постепенно включилась в навязанную ей социальную игру, или это свидетельствует в пользу версии об изначальной социокультурной природе душевной болезни? Несомненно, культурная среда в значительной мере формирует “внешний облик” душевного заболевания и определяет удельный вес тех или иных психических расстройств в жизни конкретного сообщества. Благодаря этому любой феномен психопатологии может рассматриваться как социокультур-

ное явление и имеет свою историю. Культурная среда, преобладающие воззрения и ценности, отмечал К.Ясперс, важны постольку, поскольку они способствуют развитию одних разновидностей психических аномалий и предотвращают развитие других (Ясперс, 1997, с.877).

Итак, болезнь предстает как объективное, наблюдаемое и распознаваемое по внешним признакам, природное или социально детерминированное явление. Она предполагает не только внутреннее рассогласование и обусловленное им страдание, но также диагноз – имя, превращающее заболевание в конкретный фиксируемый социальный факт. Социокультурный аспект болезни, связанный с ее медицинской интерпретацией, постоянно присутствует в современной западной культуре наряду с психофизическими и субъективно-личностными аспектами. Поэтому болезнь, согласно Лериш, может быть определена с трех различных позиций: как некое состояние организма или изменение физического состояния тела; как точка зрения пациента или полнота осознания им болезни – от эмоциональной реакции до самостоятельной концепции; как интерпретация врача или клинический диагноз (*Психолог в здравоохранении: вопросы диагностики, коррекции и супервизии*, 1999, с.18). Диагноз – это специфическое социальное отношение, оценка личности ее социокультурным окружением, персонифицированным в фигуре медика. Постановка диагноза приводит к отчуждению болезни. В расчет берутся, главным образом, факторы и причины, напрямую не зависящие от личности, внешние по отношению к ней. Так, болезнь признается результатом генетической ошибки, деформирующего влияния внешней среды или чужеродного вредоносного вторжения. Личность превращается в пассивную жертву объективных процессов, ожидающую медицинской помощи – вмешательства извне.

Отчужденное отношение к болезни отражает устойчивую тенденцию в развитии западного общества – болезнь становится искривленным зеркалом души, с которой утратили живую связь и сам больной, и его цели. Это точно выразил Э.Фромм в статье “О пределах и опасностях психологии”: “Современная психология, психиатрия и психоанализ вовлечены во всеобщий процесс отчуждения. Пациент воспринимается аналитиком как вещь, как нечто, состоящее из частей. Некоторые части сломались и требуют замены, подобно деталям автомобиля. Существуют такие-то и такие-то поломки: их называют симптомами. Терапевт считает своей функцией заменить или отремонтировать эти сломанные “детали”. Он не рассматривает своего пациента как цельное уникальное единство, которое можно понять полностью только в акте абсолютной связи с ним, в акте сопереживания и любви” (Фромм, 1998, с.166). Так объективация болезни сопровождается низвержением активного переживающего субъекта и овеществлением его страдающей души.

В то же время, очевидна эволюция представлений о болезни: от идеи одержимости злыми духами до включения в единую систему организма и психики в качестве закономерного явления. Заложенный в основание медицины естественнонаучный подход предполагает обуздание болезни посредством ее рационализации. Болезнь так же закономерна, то есть подчинена законам природы, как и здоровое функционирование, и, соответственно, знание ее законов позволяет выработать социальную практику обращения с ней. Болезнь локализуема и если еще не объяснена, то все же подлежит четкому описанию, инвентаризации, входит в тот или иной класс, включается в систему. Обществу ясно, что в каждом отдельном случае предпринимать – изолировать, лечить принудительно, подавлять; индивиду ясно, чего следует избегать, дабы не идти на конфронтацию с социальным окружением. Вследствие этого забота о себе сменяется беспокойностью по поводу своей нормальности и включенности в социум. Рациональное знание о заболевании открывает обществу путь к властвованию над ним. Такое рационалистическое обуздание болезни подобно покорению природы через познание ее закономерностей.

Следует отметить одно существенное преимущество, которое имеет медицинская модель: обращая смутные болезненные переживания в различные и выраженные симптомы, медицина способствует преодолению той пугающей неопределенности, которая делает человека безоружным перед лицом болезни. Болезнь перестает быть необъяснимым кошмаром и суровой карой. Она становится объектом интенсивного познания и преобразования.

3. Очевидно, что при описанном выше подходе болезнь будет преимущественно рассматриваться как своего рода антипод или негатив основных человеческих ценностей, утвердившихся в западной культуре (таких как здоровье, благополучие, свобода, красота, счастье и т.д.). В ней с необходимостью будет усматриваться нарушение естественного порядка существования, отрицание основ полноценной жизнедеятельности человека. Приобретая самостоятельность биологического феномена или конкретность социального факта, она, в первом случае, игнорирует, если не сокращает, личность подверженного ей Субъекта, который оказывается в пассивно-страдательной и зависимой позиции, а во втором – искажает, гипертрофирует или доводит до гротеска основные нормы общественной жизни, бросая вызов социуму.

Однако следует признать, что далеко не всегда болезнь предстает в виде явления, обладающего негативной ценностью. Было бы значительным упрощением рассматривать феномен болезни исключительно как отклонение от некоей устоявшейся нормы, нарушающее полноценное взаимодействие с

окружающей средой, или как выражение слабости человеческой природы. В мировой культуре можно встретить весьма распространенные представления о болезни как о *необходимом испытании, которое посылается высшими силами или судьбой сильному и духовно развитому человеку ради его самосовершенствования*. В свете этих воззрений, болезнь не только ограничивает свободу и блокирует жизнедеятельность человека; она способна также открывать иные измерения духовного опыта и новые горизонты развития. Так, посредством болезни человек может приобщиться к сакральному и мистическому опыту, недоступному в обычных, “нормальных” состояниях. Сам факт заболевания может означать переход на новый уровень духовного бытия и обретение новых духовных качеств. Необходимость страдания как пути искупления – один из центральных постулатов христианского учения. Наконец, болезненные переживания и душевные недуги, как показывает история культуры, нередко становятся спутниками творческой одаренности и гениальности, что позволяет рассматривать их в качестве своеобразных источников вдохновения.

Характерно, что рассмотрение личности с точки зрения ее креативных (творческих) возможностей предполагает совершенно особое истолкование патологических феноменов. В данном случае отсутствует жесткое разграничение и однозначное противопоставление “здорового” и “больного”, поскольку изначально признается, что подлинное творчество может быть как “здоровым”, так и “больным”. Болезнь и патология могут оказаться удивительно продуктивными и нередко выступают в качестве стимулов, движущих сил и факторов духовного роста, благодаря чему приобретают определенное значение для творческого процесса и становления личности. В них порою видится духовная глубина, страшная и одновременно манящая бездна, из которой появляются на свет удивительные и таинственные творения. Погружение в этот “мрак” может способствовать возникновению принципиально новых, оригинальных форм виденья, переживания и самовыражения. Поэтому гении, обогатившие культуру и духовный опыт человечества, столь часто близки к помешательству и предстают на страницах своих биографий как “великие безумцы”.

Именно этой проблеме соотношения творческого и болезненного в гениальном человеке посвящен прославленный труд Ц. Ломброзо “Гениальность и помешательство”, в котором посредством кропотливого анализа биографий великих людей автор наглядно показывает, сколь тесно переплетены эти два феномена (Ломброзо, 1892). Примеры, приводимые Ломброзо, позволяют сделать допущение, что болезненно обостренная чувствительность гениев и пророков человечества не только омрачает им жизнь, но и в значительной степени способствует их творческому росту, сопровождая великие свершения и прозрения. Следовательно, недуг далеко не

всегда означает дисфункцию, разрушение. Болезнь, как показывают факты, может быть продуктивной и даже “священной”.

Данный аспект проблемы отмечал и К.Ясперс, писавший в этой связи: “Понятие “душевная болезнь” – которое, конечно же, указывает на некоторую недостаточность – оборачивается неожиданной стороной, когда под него попадают явления, заслуживающие позитивной оценки. Аналитические патографии выдающихся людей свидетельствуют о том, что болезнь не только прерывает и разрушает душевную жизнь; некоторые творческие проявления возможны вопреки болезни, а для иных болезнь выступает в качестве необходимого условия творчества. Болезненное состояние неповторимым в своем роде образом может указывать на величайшие глубины и бездны “человеческого”... Не случайно поэты использовали образы безумия в качестве символов, обозначающих суть “человеческого”, его высших и ужасающих проявлений, его величия и упадка. Достаточно вспомнить Сервантеса с его “Дон Кихотом”, ибсеновского “Пера Гюнта”, “Идиота” Достоевского или шекспировские трагедии “Гамлет” и “Король Лир” (все перечисленные авторы дают совершенно реалистические описания шизофрении, истерии, слабоумия и психопатии). Не случайно и то, что весь мир признает за безумцами какую-то особую мудрость” (Ясперс, 2000, с.937, 938). Далее Ясперс приводит характерное высказывание Новалиса: “Наши болезни – это феномены обостренной восприимчивости; они стремятся преобразоваться в высшие силы” (там же, с.939). Согласно Ясперсу, различные формы психопатологии, эти болезненные проявления беспокойного и ищущего духа, в прошлые исторические эпохи были неоднократно отнесены к сфере возвышенного и священного, к высшему измерению человеческого бытия. “Примечательно, что безумие вызывает у окружающих не только ужас, но и благоговение. (...) Платон говорил: “Ныне величайшее благо для нас возникает из безумия, которое было даровано нам богами... По свидетельству предков наших, безумие, ниспосланное богами, бесконечно прекраснее простой человеческой рассудительности”” (там же, с.938). Душевный недуг, в котором современный психиатр различил бы явные признаки патологии, Платон именовал “священным бредом”, подчеркивая его божественную, сакральную природу. Такая разновидность “брета”, по убеждению Платона, имеет безусловную ценность для общества, является “благом”: “... под влиянием бреда дельфийские и додонские прорицательницы оказали тысячи услуг гражданам Греции, тогда как в обыкновенном состоянии они приносили мало пользы или же совсем оказывались бесполезными. Много раз случалось, что когда боги посылали народам эпидемии, кто-нибудь из смертных впадал в священный бред и, делаясь под влиянием его проро-

ком, указывал лекарство против этих болезней. Особый род бреда, возбуждаемого Музами, вызывает в простой и непорочной душе человека способность выражать в прекрасной поэтической форме подвиги героев, что содействует просвещению будущих поколений”.

Подобная интерпретация болезни не может быть признана анахронизмом, поскольку она характерна не только для верований и убеждений глубокой древности, но и для западного мышления нового времени. Так, Ясперс ссылается на Ницше, который открыто презирал людей, считавших вакхические танцы и дионисийские оргии греков лишь “болезнями народных масс”, заслуживающими высокомерно-пренебрежительной оценки с позиций так называемого душевного здоровья: “Эти ничтожества и не представляют себе, насколько мертвенно-бледным и призрачным показалось бы на этом фоне их жалкое “здоровье”. “Существует одно фатальное обстоятельство, – замечает он дальше, – дух особенно благоволил именно к нездоровому и никчемному – тогда как филистер, как бы здраво он не философствовал, чаще всего бывает бездуховен... Как Платон, так и Ницше говорят о болезни не как о чем-то разрушительном и низшем по сравнению со здоровьем, а как о более полной, высокой, творческой форме бытия” (*там же*, с.938).

Интересные и глубокие размышления о соотношении творчества и безумия принадлежат Мишелю Фуко. Согласно его концепции, “неразумие в современном мире, после Сада и Гойи, принадлежит к решающим моментам любого творчества, – иначе говоря, к тем смертоносным, властным стихиям, которые заложены в творчестве как таковом” (Фуко, 1997, с.522). “Безумие Тассо, меланхолия Свифта, бред Руссо, – пишет Фуко, – принадлежали их произведениям, точно так же как их произведения принадлежали им самим. Одно и то же неистовство, одна и та же тоска говорили и в текстах, и в жизни людей; те же видения переходили из творчества в жизнь и обратно; язык и бред сплетались воедино” (*там же*). Автор полагает, что творчество и безумие не только всегда были глубинно взаимосвязаны, но и всегда парадоксальным образом ограничивали (задавали границы) друг друга. “Ибо существовала некая область, в которой безумие опровергало творчество, уничтожало его своей иронией, превращало его воображаемые ландшафты в патологический мир фантазмов; язык бреда не мог быть творческим. И наоборот: если бред считался творчеством, он тем самым отделялся от жалкой истины собственного безумия. (...) Безумие писателя было для всех остальных возможностью увидеть, как рождается, как возрождается вновь и вновь в отчаянии самоповторения и болезни истина произведения и творчества в целом” (*там же*, с.522). Только благодаря столкновению с безумием, полагал Фуко, творчество обретает под-

линность: тот непреодолимый разрыв, та пустота, которую обнажает безумие, “заставляет мир задаться вопросом о самом себе” (*там же*, с.524).

Аналогичный подход к проблеме душевной болезни нашел отражение во многих неортодоксальных системах психотерапии XX столетия. Представители глубинной и трансперсональной психологии неоднократно подчеркивали, что невроз и другие психические нарушения могут положить начало духовному преображению личности, а также способствуют преодолению ригидных установок и тенденций к одностороннему развитию. Карл Густав Юнг выделял в неврозе потенциально позитивный элемент, который не может быть сведен к “слепому страданию” и представляет собой мучительный поиск нового, еще не постигнутого разумом смысла существования. В своем знаменитом труде “Метаморфозы и символы Либидо” Юнг утверждал, что “невроз есть не что иное, как индивидуальная, пусть даже неудачная, попытка решить универсальную проблему” (Юнг, 1994а). Такое понимание невроза принято называть “телеологическим”: невроз – не бессмыслица, он имеет свой определенный смысл, цель и позитивное значение, в нем следует видеть не только отражение прошлых психотравм, но и залог будущих преобразований. В 1934 году Юнг писал: “Невроз ни в коем случае не является чем-то негативным, он одновременно имеет позитивный аспект. (...) В действительности, невроз содержит душу пациента или, по крайней мере, значительную часть ее” (Самуэлс, 1997, с.282). Обобщая, можно сказать, что любой болезненный симптом (в юнгианском понимании) представляет собой не только выражение душевного неблагополучия индивида, но и “попытку психической саморегуляции” (*там же*, с.373), и особый знак, указывающий направление дальнейшего развития личности.

Отношение к болезненным проявлениям человеческой психики значительно изменилось в результате исследования кризисных состояний и предельных (“пиковых”) переживаний. Многие психологи, от У.Джеймса до С.Грофа, отмечали поразительное внешнее сходство патологических проявлений личности и духовных кризисов, подчеркивая при этом их качественное различие. В монументальном труде У.Джемса “Разнообразие религиозного опыта” приводится множество ярких примеров религиозных и мистических озарений, которым предшествовали тяжело переносимые болезненные переживания, состояния глубокой подавленности, тоски, ужаса (Джемс, 1992). Прелюдией духовного преобразования, как показывает исследование Джемса, может стать остро переживаемое душевное неблагополучие, которое нетрудно принять за проявление психопатологии. С.Гроф в своей монографии “Неистовый поиск себя” предложил даже специальную таблицу, призванную помочь практикующему психотера-

певту отличить психическую болезнь от болезненно протекающего процесса духовной трансформации личности (Гроф, 1997, с.322-323). Роберто Ассаджиоли, в свою очередь, выделяет особую группу психических расстройств, которые следует рассматривать, скорее, как “превратности пути духовного развития”, нежели как патологические феномены. Эти нарушения характеризуют глубинные личностные кризисы, сопровождающие духовное пробуждение. “Духовное развитие человека – долгое и нелегкое путешествие через неизведанные земли, полное неожиданностей, трудностей и даже опасностей, – писал Ассаджиоли. – Оно предполагает радикальное преобразование “нормальных” черт личности, пробуждение скрытых прежде возможностей, “восхождение” сознания в новые для него сферы, а также новую внутреннюю направленность деятельности. Неудивительно, что такая великая перемена, такая фундаментальная трансформация проходит несколько критических стадий, которые нередко сопровождаются разными нервными и психическими расстройствами” (Ассаджиоли, 1997, с.46). Чтобы обозначить болезненное состояние, вызванное духовным кризисом, Ассаджиоли заимствует метафору испанского мистика Сан Хуана де ла Круса “темная ночь души”: “Душа пребывает во мраке, ибо озарена светом более великим, нежели она может воспринять. Чем ярче свет, тем более слепит он глаза совы... Подобно тому, как слабые глаза страдают от резкой боли, узрев сильный свет, так и душа от нечистоты своей страдает чрезвычайно, когда Божественный Свет воистину озарит ее” (там же, с.55). Наряду с исследованиями Р.Ассаджиоли, следует упомянуть работы, посвященные духовному кризису и собранные в отдельном сборнике “Духовный кризис. Когда преобразование личности становится кризисом” под редакцией С. и К.Гроф (статьи Р.Д.Лэйнга, Д.У.Перри, эссе Хольгер Кальвайт и др.) (Духовный кризис, 2000).

Эрик Г.Эриксон в своей психоаналитической биографии “Молодой Лютер”, рассматривая конкретные эпизоды из жизни великого проповедника, наглядно показывает, как болезненно переживаемый духовный кризис, сопровождающийся ярко выраженными патологическими проявлениями, приводит молодого человека к формированию оригинального мировоззрения и способствует раскрытию великих духовных возможностей личности. Согласно Эриксону, именно болезнь и кризис позволяют осознать всю сложность человеческого организма; повышенная чувствительность, обостренное восприятие и страдание выступают в качестве основных предпосылок более глубокого самопознания и неустанного поиска себя, который может успешно завершиться обретением подлинной идентичности. Эриксон полагал, что переживание глубокого кризиса и внутреннего конфликта составляет необходимый компонент взросления и предстоит любому мо-

лодому человеку, перед которым стоит важнейшая жизненная задача – обретение собственного неповторимого “Я”. Однако разные люди по-разному проходят это испытание. “Одни молодые люди капитулируют перед кризисом посредством невротического, психотического или преступного поведения; другие разрешают кризис, самоотверженно участвуя в идеологических движениях, связанных с религией или политикой, природной средой или искусством. Однако есть и такие, кто, терпя страдания и опасно отклоняясь от нормы, что воспринимается как затянувшаяся юность, оказываются способными внести оригинальный вклад в рождающийся стиль жизни: сама ощущаемая ими опасность заставляет их мобилизовать свои способности видеть и говорить, мечтать и рассчитывать, проектировать и созидать по-новому” (Эриксон, 1996б, с.35). К числу таких тревожных и мятущихся молодых людей Эриксон относит и Лютера, проделавшего огромный духовный путь от пугающе болезненных проявлений в юношеском возрасте (“припадок на хорах”) до безусловного авторитета и власти над умами в зрелости. Способность достойно пережить жизненный кризис во многом предопределяет творческий размах и глубину духовного влияния самореализующейся личности. Исследуя биографию Лютера, Эриксон вводит понятие “пациентства” как особого жизненного стиля, включающего испытание страданий, крайнюю потребность во врачевании, способность к самовыражению в страдании (*там же*, с.33). Такое рассмотрение “страдающего” (пациента) подразумевает не пассивную жертвенность и беспомощность, но скорее неистовое стремление к осмысленности существования, тоску по идеалу, поиск новых форм самовыражения, утверждение новых ценностных ориентиров.

Рассмотрим далее значение болезни и душевного страдания для жизненного и профессионального опыта психотерапевта или целителя. Ролло Мэй, выдающийся психолог гуманистического направления, в статье “Раненый целитель” исследует глубинный психологический опыт болезни как необходимое условие профессионального становления психотерапевта. Опираясь на биографические данные о выдающихся психотерапевтах и на личные воспоминания о них, он доказывает, что подлинный врачеватель души – страдающий и в социальном плане нередко глубоко неблагополучный человек, “раненый целитель”. Отсюда делается вывод, что необходимым качеством психотерапевта следует признать отнюдь не социальную успешность, которая, казалось бы, может служить для пациента своеобразным эталоном, но способность во всей полноте пережить и осмыслить как физическое, так и духовное страдание, раскрыть тот творческий потенциал, который скрыт в психологическом опыте любой болезни. “Понимание, приходящее к нам через наше личное страдание и личные пробле-

мы, – пишет Мэй, – приводит нас к развитию эмпатии и творческих способностей в отношениях с людьми – и к состраданию” (*там же*, с.92). Затем автор расширяет поле своего анализа, привлекая, подобно Ломброзо, факты из жизни великих людей, сопряженные с опытом болезни и страдания. Так он приходит к понятию “творческая болезнь”, постулируя, что “есть позитивные стороны во всех без исключения заболеваниях, как психических, так и физических”. “Можно сказать, что страдание необходимо для того, чтобы показать нам путь в глубины, из которых рождается творчество” (*там же*, с.96). Ролло Мэй пытается подвергнуть сомнению “само понимание здоровья в нашей культуре”. Очевидно, что в его трактовке здоровье предстает, прежде всего, как духовный феномен, поэтому некорректно ставить знак равенства между здоровьем и социальным благополучием, часто означая остановку духовного роста или даже личностный регресс. В то же время, согласно его подходу, “болезнь и страдание означают совсем не то, что большинство людей нашей фаустовской цивилизации привыкли приписывать им”. “Из отчуждения болезнь может стать связующим звеном между нами и другими людьми на новом и более глубоком уровне” (*там же*, с.96). Только пережив болезнь, человек, осознавший в себе психотерапевтическое призвание, обретает подлинный “дар сострадания”.

Отметим также особый смысл, который приобретает болезнь в свете духовных практик шаманизма. Здесь она также предстает не только как напасть, от которой шаману приходится постоянно избавлять своих подопечных, но и как необходимое испытание, преодоление которого гарантирует ему обретение магического дара целительства. Мирча Элиаде в своей работе по шаманизму описывает интересный и необычный феномен – болезнь-посвящение. Это мучительно переживаемый будущим шаманом недуг, который сопровождается тяжелыми, страшными видениями и, в конце концов, открывает перед ним врата в мир новых духовных и целительских возможностей. Инициационная болезнь включает глубокое душевное страдание, наряду с ужасными грезами одолевающее каждого, кто проходит инициацию. Болезнь-посвящение (или инициационная болезнь) представляет собой важнейший кульминационный момент в духовной жизни шамана – момент перехода в новое духовное состояние, когда страдание и символическая смерть предполагают воскрешение в новом качестве, а период претерпевания, бессилия и психической изоляции завершается овладением внутренней силой. В данном случае болезнь укладывается в традиционную схему церемонии посвящения: претерпеть болезнь и проходить инициацию – суть одно (*Элиаде*, 1998, с.39-63). Если клиническая психопатология чаще всего оборачивается для человека социальной неполноценностью, то болезненные переживания и экстатические состояния ша-

мана открывают ему доступ к сакральному, предопределяя его религиозно-мистический статус. Кроме того, можно предположить, что опыт страдания необходим шаману (как и психотерапевту) для раскрытия в себе способности к подлинному состраданию, ведь само слово “шаман” означает на санскрите “сострадающий”.

Очевидно, что болезнь далеко не всегда умаляет силы человека, воплощая беспомощность и упадок. В ряде случаев она может способствовать духовному росту, трансформации и преображению. Это находит подтверждение как в современных западных учениях и системах психотерапии, так и в архаических представлениях о болезни и целительстве.

Итак, мы выделили три *типа интерпретации болезни*. Каждый из них отражает специфику сформировавших его систем знания и социальных практик и предполагает фокусировку на каком-то определенном аспекте человеческого существования.

Когда болезнь рассматривается во внутриличностном, интрапсихическом плане, т.е. в границах внутренней зоны жизненного пространства личности, имеет место один из вариантов *субъектной интерпретации*. Это либо *античная модель*, связывающая болезнь с неумеренностью и неупорядоченностью индивидуального образа жизни, либо *демонологическое истолкование* болезни как одержимости, либо *метафизическая интерпретация*, принятая в христианстве, где любое заболевание может расцениваться как следствие индивидуального греха или отражение общечеловеческой греховности.

Если внимание фокусируется на системе отношений субъекта с окружающим его миром, а главными признаются проблемы адаптации, то будет иметь место *объективирующая интерпретация*. В данном случае также возможны два самостоятельных варианта. Во-первых, *естественно-научная модель*, под влиянием которой в медицине происходит “овеществление” болезни, ее отделение от своего носителя и субъективного мира переживания и превращение в естественнонаучный факт, объект исследования. И, во-вторых, *социологическая интерпретация*, согласно которой недуг – прямая противоположность, обратная сторона социальной нормы, представляющая собой социально детерминированное и социально значимое явление.

Наконец, болезнь может рассматриваться во временной перспективе как этап духовного становления личности и личностного роста. При этом она приобретает позитивное значение и порою играет решающую роль в процессе трансформации личности. У нее появляется собственный скрытый смысл и определенная направленность: она ведет человека тернистым путем страдания к некой, еще неведомой цели его индивидуального разви-

тия. Такое понимание мы назовем *телеологической интерпретацией болезни*.

Не только научная литература, но и повседневная жизнь убеждает, что разные люди склонны прибегать к различным вариантам интерпретации для объяснения или осмысления своих болезней. Одни связывают свои заболевания с неупорядоченным образом жизни, дурными поступками или негативными установками, которые следует преодолеть посредством усиленной работы над собой, поста, молитв, особого распорядка и т.д. Другие склонны видеть в болезни объективное и закономерное явление и сетуют на возраст, трудности жизни или врожденную неполноценность, либо смиряясь с недугом, либо уповая на чудеса медицины. В то время как третьи благодарны болезни за предоставленную ею возможность глубже осознать себя и открыть в себе новые духовные и творческие способности. Очевидно, что характер переживания болезни всегда детерминирован выбором определенного отношения к ней и способа ее интерпретации; ибо, как выразился Эпиктет, нас волнуют не вещи сами по себе, но то, что мы о них думаем.

Представляется также бесспорным, что специфика любой терапии в значительной мере зависит от того интерпретационного стереотипа (или шаблона), которому следует терапевт, часто не осознающий ограничения привычной для него концепции или модели. Психотерапевты различных направлений, придерживаясь альтернативных подходов, по-разному трактуют и лечат одно и то же психическое заболевание, поэтому для современной западной психотерапии характерны полифоническая многоголосоица и непрекращающийся конфликт интерпретаций.

ЛИТЕРАТУРА

- Авдеев Д.А. *Духовная сущность психических расстройств. Размышления православного врача.* – М.: Изд-во “Terra”, 1998. – 116 с.
- Александр Ф., Селесник Ш. *Человек и его душа: познание и врачевание от древности до наших дней.* – М.: “Прогресс”, 1995. – 608 с.
- Ассаджиоли Р. *Психосинтез.* – М.: “Рефл-бук”, “Ваклер”, 1997. – с.41-49.
- Братусь Б.С. *Христианская и светская психотерапия.* // *Московский психотерапевтический журнал*, 1997, № 4 (18). – с.7-20.
- Братусь Б.С., Воейков В.Л., Воробьев С.Л. и др. *Начала христианской психологии. Учебное пособие для вузов.* – М.: “Академия”, 1995. – 236 с.
- Васильева О.С., Филатов Ф.Р. *Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений.* – М.: Издательский Центр “Академия”, 2001. – 352 с.

- Ганеман С. Органон врачебного искусства. – М.: “Атлас”, 1992. – с.54-60.
- Ганнушкин П.Б. Избранные труды. – М.: “Медицина”, 1964. – с.97-108.
- Гиппократ. Клятва. Закон. О враче. Наставления. – Минск: “Современный литератор”, 1998. – с.441-465.
- Гуггенбюль-Крейг А. Власть Архетипа в психотерапии и медицине. – СПб.: “Б.С.К.”, 1997. – 119 с.
- Давыдовский И. В. Общая патология человека. – М.: “Медицина”, 1969. – 387 с.
- Давыдовский И. В. Приспособительные процессы в патологии. // Вестник АМН СССР, 1962, № 4. – с.27-37.
- Джемс В. Многообразие религиозного опыта. – СПб.: “Андреев и братья”, 1992. – 420 с.
- Духовный кризис. Когда преобразование личности становится кризисом (под редакцией С. и К.Гроф). – М.: Независимая фирма “Класс”, 2000. – 288 с.
- Жохов В. Христианское отношение к болезни и врачеванию. – М.: “Terra” 1996. – с.7-11.
- Колесов В.В. Мир человека в слове Древней Руси. – Ленинград: Изд-во ЛГУ, 1986. – 312 с.
- Ломброзо Ц. Гениальность и помешательство. – СПб: Изд. Ф. Павленкова, 1892. – 254 с.
- Мэй Р. Раненый целитель. // Московский психотерапевтический журнал, 1997, № 2. – с.90-96.
- Мэнли П.Холл. Энциклопедическое изложение эзотерической, герметической, каббалистической и розенкрейцеровской символической философии. – Новосибирск: ВО “Наука”, 1993. – 794 с.
- Орлов М.А. История сношений человека с дьяволом. – М.: “Республика”, 1992. – с.23-30.
- Платон. Собрание сочинений в четырех томах. – М.: “Мысль”, 1994.
- Психолог в здравоохранении: вопросы диагностики, коррекции и супервизии. – Самара, 1999. – с.102-108.
- Самуэлс Э. Юнг и постъюнгианцы. Курс юнгианского психоанализа. – М., 1997. – с.276-326.
- Фромм Э. Догмат о Христе. – М.: Изд-во АСТ, 1998. – 416 с.
- Фуко М. Забота о себе. – М.: “Рефл – бук”, 1998. – с.45-79.
- Фуко М. История безумия в классическую эпоху. – СПб.: “Университетская книга”, 1997. – с.25-175.
- Фуко М. Рождение клиники. – М.: “Смысл”, 1998. – 310 с.
- Хрестоматия по гуманистической психотерапии. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 1995. – с.111-152.

- Шертук Л. Гипноз. – М.: “Медицина”, 1992. – 224 с.*
- Шпренгер Я., Инститорис Г. Молот ведьм. – Саранск: Саранский филиал СП “Норд”, 1991. – с.262-264.*
- Элиаде М. Шаманизм. Архаические техники экстаза. – Киев: “София”, 1998. – 384 с.*
- Эриксон Э. Молодой Лютер. Психоаналитическое историческое исследование. – М.: “Медиум”, 1996. – 506 с.*
- Юнг К. Г. Либидо, его метаморфозы и символы. – СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1994.*
- Ясперс К. Общая психопатология. – М.: “Практика”, 1997. – 1056 с.*