

ФИЛОСОФИЯ И ПСИХИАТРИЯ

ФИЛОСОФСКОЕ ТЕОРИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА: КОМПАРАТИВИСТИКА В ИССЛЕДОВАНИИ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ

О.А. Власова

Кафедра философии
Курский государственный университет
ул. Радищева, 33, Курск, Россия, 305000

В статье представлено компаративное исследование философской психиатрии. Выделяются векторы «теория/практика», «философское/клиническое», «знание/мышление/опыт», различное сочетание которых обеспечивает своеобразие философско-клинических направлений. Делается вывод о том, философская компаративистика оказывается чрезвычайно плодотворной в исследовании пространства междисциплинарного взаимодействия.

Ключевые слова: философия, психиатрия, компаративистика, феноменология, синкретизм.

Философская компаративистика как направление философских исследований в отечественной и зарубежной традиции разработана, главным образом, по отношению к проблеме «Восток—Запад». Однако не менее плодотворной она оказывается и в области междисциплинарного взаимодействия, при изучении точек схождения теории и практики. В данной работе мы попытаемся использовать уже существующие наработки и применить их к этой области, затрагиваемой отечественной компаративистикой крайне редко и методологически в рамках нее не разработанной; эта область будет представлена нами как поле взаимодействия и взаимовлияния философской теории и клинической практики психиатрии (1).

Ситуация современной философии, обозначаемая в работах по компаративистике, указывает на те изменения, в результате которых и появился сам феномен философской психиатрии (2). Выделенные по отношению к культурным трансформациям феномены полностью соответствуют таковым в междисциплинарном пространстве философии и психиатрии. Да и сама возможность сравнения этих, таких непохожих друг на друга, форм диалога — межкультурного и междисциплинарного — возникает вследствие особого статуса психиатрии как науки о хотя и больном, но человеке (3).

Справедливости ради необходимо отметить, что философия и психиатрия общались друг к другу задолго до XX века: в диалогах Платона, работах Р. Декар-

та, И. Канта, Й. Шеллинга и Г.В.Ф. Гегеля мы обнаруживаем попытки философского осмысления безумия. В XVIII—XIX веках под влиянием идей последних трех мыслителей зарождается и развивается традиция романтической психиатрии. Но никогда философия не приближается так близко к психиатрии, как в веке двадцатом: в связи с интересом философии ко всему иррациональному и благодаря обретению этим иррациональным статуса ее действительного предмета безумие смогло привлечь внимание философов. Одновременно с этим такая «неклассическая» философия стала затрагивать множество проблем, так или иначе связанных с психиатрией: глубокие иррациональные переживания, самое бытие, связанность и разделенность субъекта, объекта и акта познания, особенности ощущений, переживание мира и его воздействие на человека, речь, знак и символ. Все это, как думалось, касалось психопатологии, и обо всем этом психиатрия могла поведать что-то свое. И в философско-клиническом пространстве возникло множество теорий и направлений.

Взаимодействие философии и психиатрии проходит в XX веке несколько этапов (4):

1) начальный (исследования З. Фрейда, Ю. Блейлера, Х. Прицхорна, Ж. Деверо и др.) — обращение психиатрии к гуманитарной проблематике, расширение границ психиатрии;

2) встреча философии и психиатрии, философско-клинический синкретизм (феноменологическая психиатрия — К. Ясперс, Э. Минковски, В.Э. фон Гебзаттель, Э. Штраус; Dasein-анализ — Л. Бинсвангер, М. Босс, Р. Кун, Ю. Цутт, В. Блакенбург) — исследование внутреннего мира психически больного человека, опыта переживания психического заболевания;

3) практический этап — развитие антипсихиатрии (Р.Д. Лэйнг, Д.Г. Купер, Т.С. Сас, Ф. Базалья) — расширение проблематики философско-клинических направлений, включение в нее вопросов образования и функционирования общества, реформирование психиатрии как социального института и проекты деинституционализации;

4) оформление междисциплинарной области на границе философии и психиатрии (начало этапа — середина 90-х годов XX века).

В настоящее время обилие междисциплинарных исследований на границе психиатрии и философии привело к выделению новых областей знания — философии психиатрии, философии медицины, клинической философии; все они вызревают как одна из ветвей прикладной философии.

Философское и клиническое знание являются, казалось бы, взаимоисключающими областями и не могут быть объединены и тем более синтезированы в рамках единого исследовательского пространства.

То сближение, о котором мы говорим, не без затруднений прошедшее и в западной науке, в настоящее время не может быть осмыслено в рамках традиционной методологии гуманитарного знания. Любые попытки такого осмысления приводят к переоценке роли философской составляющей и снижают ценность составляющей клинической. Из многогранного, многоаспектного философско-клинического пространства они превращают философско-клиническое поле в «не-

до-философию», в «философию неспециалистов», не учитывающих всех достижений и наработок предшествующей философской и клинической традиции. Безусловно, такая позиция не может быть плодотворной, поэтому здесь вполне закономерен поиск методологических возможностей целостного, интегрального исследования.

Философская компаративистика как исследовательский подход позволяет учесть все обозначенные стороны философско-клинических направлений; в своем использовании она основана на некоторых специфических характеристиках в их связи с настоящим исследованием. В качестве одной из основных характеристик философской компаративистики мы бы обозначили *«интериоризацию границы»*: компаративистика — это подход, позволяющий «вобрать» границу внутрь самой философии, мировоззрения и культуры. Мы не можем заглянуть в чужую культуру, понять другой язык, мы не можем работать в чуждой нам науке. Но мы можем сделать границу элементом внутренней структуры «родного» философского мировоззрения. Философская психиатрия несет в себе несколько потенциальных «границ» — философия и клиника, теория и практика, разум и неразумие — и в огромном количестве предлагает нам своеобразные *«феномены пограничья»*.

Именно компаративистика поможет нам обозначить те феномены, которые составляют специфику указанных выше направлений и обеспечивают их историко-философское своеобразие. Ведь само поле философско-клинического, теоретико-практического взаимодействия стирает и акцентирует, вычленяет и связывает по своим собственным законам.

Опираясь на эти установки, можно выделить и основные этапы возможного компаративного исследования.

1. Анализ двух векторов «философское—клиническое» и «теория—практика» как основных дихотомий, в рамках которых происходит вызревание пространства философско-клинической рефлексии. При этом сопоставление философского и клинического предполагает: неоднородность и различие источников их формирования, соотнесенность общих картин мира и человека, связь между различными этапами эволюции философии и клиники и др.

2. Определение концептуальных, методологических, структурных и дисциплинарных оснований возможности их сближения и взаимодействия.

3. Выделение основных векторов взаимодействия в их связи с конституированием специфической проблематики.

4. Вычленение и анализ промежуточных концептов философско-клинических направлений.

5. Сравнительный анализ философско-клинической картины мира с предшествующей ей философской (например, теорий философской феноменологии и феноменологической психиатрии).

6. Установление механизмов обратного влияния философско-клинического на философское, выделение особенной критики промежуточных концептов и путей их использования для конструирования новых философских систем.

Философия и психиатрия соприкасаются и вступают во взаимодействие, прежде всего, как философская теория и клиническая практика. При этом философия предстает как философская теория, психиатрия одновременно и как медицинская теория, и как практика диагностики и лечения.

При описании механизмов трансформации философской теории в ее столкновении с клинической практикой психиатрии важно учитывать несколько факторов. Во-первых, то, что эти изменения являются закономерными, что они возникают не как результат личных интеллектуальных предпочтений клиницистов, а как процесс приспособления теории к практике. Теория ведь всегда определяет практику, практика влияет на теорию. Как пишет П. Тиллих, «каждый практический контакт с действительностью приводит к опыту, влияющему на теорию» [5. С. 8]. Во-вторых, клиническая практика в обязательном порядке требует не только обычного использования теории как интерпретационной схемы, но и обозначения ее непосредственной пользы для излечения больного человека. Теория поэтому в каком-то смысле здесь подчинена практике: те элементы теории, которые не способствуют эффективности лечения, и даже те, которые несут нейтральный характер, должны быть трансформированы или исключены. В-третьих, практика психиатрии — это практика столкновения с изнанкой разума, она разворачивается в том пространстве, которое в теории разум может лишь представить, но к которому, будучи «здоровым», он приблизиться никогда так и не сможет. Практика психиатрии для разума есть прямой опыт трансцендирования, в котором он видит свою границу. Поэтому практика в этом случае должна не только трансформировать философскую теорию, но и расширять ее. Эти и другие факторы и обуславливают всю сложность тех изменений, которые претерпевает теория и которые уложить в сколько-либо отчетливую схему невозможно.

В этом схождении теории и практики развивается новая синкретическая философско-клиническая теория, в которой уже невозможно выделить ни философское, ни клиническое. Основным пространством этого схождения становится клинический случай. Так, Э. Штраус, следуя за Хайдеггером, предлагает трактовать психотическое поведение, опираясь не на общепринятые теории, а на структуры мира повседневной жизни. Он отмечает: «Таким образом, я применю своего рода философское „эпохе“, т.е. я сначала заключу в скобки все философские учения (те, которые мне известны) и, отталкиваясь от клинического случая, представлю свою философскую теорию...» [4. С. 7].

Философская теория очерчивает в обозначенном взаимодействии картину мира, своеобразный горизонт интерпретации. Психиатрия приносит свои традиционные проблемы, а философия с готовностью поднимает в этом пространстве свои: каковы онтологические основания патологического опыта и что он может сказать нам о привычной реальности; какие механизмы конституируют отличный патологический мир и что запускает эти трансформации; что составляет ядро патологического опыта и как вообще онтологически и онтически он возможен; каким путем можно проникнуть в патологическую реальность и каковы основания ее интерпретации. Сочетание философского и клинического, само взаимодействие философии и клиники предполагает шлейф и философских, и клинических

проблем, и ни одни, ни другие не утрачивают здесь своей важности, но при этом (по причине невозможности разделения этой возникшей теории на составные части) сама проблематика также не редуцируема.

Для онтологии философской психиатрии всегда будет существовать лишь патологический опыт и патологическая реальность, для антропологии — лишь психически больной человек, а гносеология будет озабочена познанием только этого фрагмента. Здесь останутся и диагностика, и классификация, и лечение, но все это особым образом начнет преломляться сквозь философскую систему. За диагнозом шизофрении, депрессии, мании будет стоять уже не совокупность синдромов и симптомов, а особая реальность со своей онтологией и онтикой. Классификация уступит место обозначению векторов и модусов патологического опыта, но постоянство патологических элементов сохранится. Лечение же станет одной из основных проблем философской психиатрии, поскольку будет выражать всю противоречивость ее составляющих.

Все теории, возникшие в результате взаимодействия философии и психиатрии, представляют нам не психиатрию и не философию как таковую: в их рамках возникает пространство философской рефлексии, если можно так выразиться, определенная философская культура. Они вызревают в рамках естественнонаучной парадигмы, на основании клинической практики психиатрии, и несут ее отпечатки. Именно в этом и состоит феномен междисциплинарности философской психиатрии как таковой. Идеи философской психиатрии — это философские идеи, но выдвигают их не философы, а клиницисты, и эту важнейшую черту всегда необходимо помнить.

Философские проблемы вызревают в пространстве клиники, в пространстве клинического мышления, знания и опыта. Но сам факт их постановки, сама возможность их формулирования указывает на тот факт, что их возникновению не предшествует философский вакуум, что эту проблематику конституирует и философское мышление, знание и опыт.

Мышление клинициста и мышление философа отличаются уже по самой своей направленности: клиника всегда стремится к конкретике, к уточнению, к четкости и индивидуальности. Ее идеал — конкретная клиническая картина, синдром, симптом, теория с ее конкретными следствиями. Мы видим такое клиническое мышление у Карла Ясперса: его блестящая способность к систематизации, к конкретности и предельной четкости сохранилась у него и тогда, когда он уже отошел от психиатрии к философии. Как пишет Э. Минковски, «психиатрия приближает нас к жизни: она может вырабатывать коррективы не для философского мышления, но для философа, который им владеет...» [3. С. 6]. Философское же мышление, в некотором смысле, противоположно: оно устремлено к предельному обобщению, охватывает бесконечное множество явлений и не может позволить себе замкнуться на чем-то одном. Эта векторная противоположность мышления философского и клинического отражена в том статусе философии и психиатрии (Dasein-аналитики и Dasein-анализа), который обозначит (следуя за идеями неокантианства) Л. Бинсвангер: Dasein-аналитика — восхождение и обобщение, Dasein-анализ как ее последовательная конкретизация [1. С. 183].

Клиническое и философское *знание* стоит за этим мышлением, задает дисциплинарную соотнесенность и специфику проблем. В пространстве философской психиатрии клиническое знание первично, оно представляет собой ядро философской системы. Именно поэтому в теориях представителей феноменологической психиатрии и экзистенциального анализа различные фрагменты философских систем и концепций, отдельные понятия и сюжетные линии философии «окутывают» клиническое описание болезни. Первичность клинического знания в какой-то степени и обуславливает свойственный философской психиатрии синкретизм.

Определить такую первичность намного сложнее в пространстве клинического и философского *опыта*, поскольку опыт — это особая тема для всей философской психиатрии. Клиника, — главным образом, психиатрическая клиника как столкновение с психическим заболеванием, — дает исследователю не только и не столько клинический опыт. Она формирует мышление, способствует накоплению знания, но то переживание, которое всегда сопровождает этот поступательный процесс, никогда ею не ограничивается. Этот опыт столкновения с патологией во многом — философский опыт. В основе философской психиатрии лежит опыт самого клинициста, то переживание, которое возникает при столкновении с психическим заболеванием. Это — ощущение иного бытия, совершенно другого восприятия мира, и одновременно ощущение разрыва и отчуждения, которые невозможно преодолеть. Психически больной человек — это всегда другой, с другим миром и другим опытом, и его инаковость предстает клиницисту в его собственном опыте иногда на уровне чистого ощущения. Мы, стало быть, видим здесь некую двойственность: если знание, лежащее в основе философской психиатрии, главным образом клиническое, то в сфере опыта приоритет задает философия.

Во всех философско-клинических направлениях выделенные составляющие представлены в различных соотношениях, и это сочетание по-разному формирует проблематику и направленность этих теорий. Так, феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ — это скорее теоретические, чем практические направления. В локусе их внимания стоит сначала методология, а уже потом увиденный с помощью новых (во многом философских) методов опыт психически больного человека. Философский опыт самого исследователя становится здесь отправной точкой: с его стороны он предстает опытом удивления, схватывающим реальность, отличную от собственной, со стороны больного — запускающей удивление чуждостью миропроекта, другим экзистенциальным порядком. Первоначальной точкой развития как для феноменологической психиатрии, так и для экзистенциального анализа явилась критика системы клинического знания, а сочетание в мышлении представителей этих направлений философского и клинического обусловило своеобразие системы.

Несколько другая картина наблюдается в отношении антипсихиатрии. На некоторых этапах своего развития она предстает скорее практикой, чем теорией, но эта практика уже не клиническая, это практика не диагностики и лечения, но освобождения безумца. Антипсихиатрия зиждется в основном на опыте обще-

ния с психически больным, поиске истоков чуждости опыта и преодолении этой чуждости. Если в феноменологической психиатрии и экзистенциальном анализе в основании критики психиатрии лежит методологическая предпосылка (опираясь на методологию естественных наук, она не может объяснить всего многообразия психического), то антипсихиатрия выступает против по другой причине: психиатрия наносит удар по подлинному опыту индивида и этот опыт разрушает. Благодаря своеобразному сочетанию теории и практики антипсихиатрия как проект получает широкое звучание и привлекает внимание не только академического мира.

Мы остановились лишь на некоторых направлениях, поскольку здесь подробный разбор их концептуальной системы не входил в наши задачи. Мы, как и заявили в начале статьи, лишь стремились показать, что философская компаративистика может быть использована в исследовании множества «феноменов пограничья», одним из которых и является философская психиатрия. Разумеется, все выделенные нами векторы (теория/практика, философское/клиническое, знание/мышление/опыт) не ограничивают ее пространства, поэтому развитие и углубление компаративных исследований будет способствовать не только философскому пониманию всего многообразия указанных направлений, но и адекватному осмыслению феномена философской психиатрии как таковой.

ПРИМЕЧАНИЯ

- (1) Мы опираемся на методологические разработки Петербургской школы компаративистики, представленные в работах М.Я. Корнеева и А.С. Колесникова, их учеников, коллег и последователей.
- (2) Для обозначения исследуемого нами междисциплинарного феномена мы используем, главным образом, два термина — «философская психиатрия» и «философско-клиническое пространство», или «философско-клинические направления». При этом первый обозначает сам междисциплинарный феномен как таковой, а второй — всю совокупность составляющих его направлений.
- (3) «Психология и психотерапия как науки, по общему признанию, заинтересованы „человеком“, но прежде всего не больным человеком, а человеком как таковым» (*Binswanger L. Existential analysis and psychotherapy // Psychoanalysis and Existential Philosophy. — N.Y., 1972. — P. 17—18*).
- (4) О различных этапах работы над этой периодизацией, а также подробнее о проблематике указанных направлений см. другие наши работы: *Власова О.А. Антипсихиатрия: становление и развитие. — М., 2006; Власова О.А. Философские проблемы феноменологической психиатрии. — Курск, 2007; Власова О.А. Философия и психиатрия в XX веке: пути взаимодействия. — М., 2008* и др. В настоящей статье мы отвлекаемся от исследования детальных вариаций и идей отдельных представителей.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Бинсвангер Л.* Аналитика существования Хайдеггера и ее значение для психиатрии // Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. — СПб.; М., 1999.
- [2] *Binswanger L.* Existential analysis and psychotherapy // *Psychoanalysis and Existential Philosophy. — N.Y., 1972.*
- [3] *Minkowski E.* Le Temps Vécu. — P., 1932.

- [4] *Straus E.W.* Preface // *Phenomenological Psychology: The Selected Papers*. — N.Y., 1966.
[5] *Tillich P.* *Existentialism and psychotherapy / Psychoanalysis and Existential Philosophy*. — N.Y., 1954.

THE PHILOSOPHICAL THEORY AND CLINICAL PRACTICE: COMPARATIVE PHILOSOPHY IN RESEARCH OF INTERDISCIPLINARY DIRECTIONS

O.A. Vlasova

Department of Philosophy
Kursk State University

Radischev str., 33, Kursk, Russia, 305000

In article comparative research of philosophical psychiatry is presented. Vectors «theory/practice», «philosophical/clinical», «knowledge/thinking/experience», which various combination provides an originality of philosophically-clinical directions, are allocated. In the conclusion the author emphasizes, that comparative philosophy appears extremely fruitful in research of space of interdisciplinary interaction.

Key words: philosophy, psychiatry, comparativistics, phenomenology, syncretism.