



## ОГЛАВЛЕНИЕ

*Е. Бута.* От эксперимента Розенхана к антипсихиатрии . . . 7

Безумие и общество . . . . . 14

### ПСИХИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И ЛИЧНОСТЬ

Введение . . . . . 25

Глава 1. Психическая медицина и органическая медицина . 26

Глава 2. Психологические измерения болезни . . . . . 38

Глава 3. Условия болезни . . . . . 78

Заключение . . . . . 104

### НЕНОРМАЛЬНЫЕ

Глава 1. Психиатрические экспертизы

в уголовной практике . . . . . 111

Глава 2. Безумие и преступление . . . . . 132

Глава 3. Три фигуры, из которых складывается область  
аномалии: человеческий монстр, исправимый

индивид, ребенок-мастурбатор . . . . . 157

Глава 4. Моральный монстр . . . . . 181

Глава 5. В стране людоедов . . . . . 209

Глава 6. Инстинкт как объяснительная решетка

незаинтересованного и ненаказуемого преступления . 239

Глава 7. Поле аномалии пронизано проблемой

сексуальности . . . . . 272

Глава 8. Новая процедура дознания: дисквалификация

тела как плоти и кульпабилизация тела плотью . . . . 305

Глава 9. Проблема мастурбации между христианским дискурсом плоти и сексуальной психопатологией . . .	337
Глава 10. Что делает приемлемой для буржуазной семьи психоаналитическую теорию инцеста? (Опасность исходит от желания ребенка) . . . . .	371
Глава 11. Смешанная фигура: монстр, мастурбатор и не поддающийся нормативной системе воспитания .	400
Ответы философа . . . . .	434
Примечания . . . . .	452

## ОТ ЭКСПЕРИМЕНТА РОЗЕНХАНА К АНТИПСИХИАТРИИ

В 1973-м году в США тридцатичетырехлетний доктор психологии Дэвид Розенхан собрал своих друзей и предложил им пойти на отчаянную авантюру — стать пациентами психиатрической клиники. Нужно сказать, что Розенхан был крайне разносторонне развитым человеком. Прежде чем увлечься психологией он успел получить степени по истории искусств и по экономике. В аспирантуру по психологии он попал, будучи уже взрослым человеком со своими взглядами на жизнь. Оказалось, что психологическое сообщество не готово к тому, чтобы к ним «лезли со своим уставом». Работая в психиатрической больнице, Дэвид раз за разом сталкивался с одной и той же картиной: врач смотрел историю болезни, а затем механически назначал человеку препараты. Часто на прием попадали подростки, которых привели сюда родители за плохое поведение, жены, слишком надоевшие мужьям, а также старики, наотрез отказывавшиеся отправляться умирать в дом престарелых. Часто такие пациенты не демонстрировали никаких симптомов заболевания, но врач все равно назначал весьма опасные препараты и нехотя давал направление на психотерапию (которую обычно не покрывала страховка пациентов). Все это сильно раздражало Дэвида, пока наконец это раздражение не переросло в спор с коллегой, который был абсолютно убежден, что психиатрия — это наука, а, следовательно, если и не все пациенты имеют верный диагноз, то уж девяноста процентов верных диагнозов точно есть.

Это было время психологических экспериментов. Чуть ли не каждый день публиковали статьи с описанием очередного эксперимента в Пало-Альто. Открывались психологические лагеря, Милгрэм уже стал гуру психоло-

гии благодаря своему исследованию на подчинение, когда людей просили нажимать на кнопку, чтобы бить другого человека за стенкой током. Зимбардо уже прославился благодаря своей «тюрьме», а Тимоти Лири, пичкавший студентов психоделиками, уже успел сбежать из страны. Впрочем, во всех случаях, речь шла о студентах. Когда Розенхан только заикнулся о том, чтобы провести свой эксперимент, руководство только покрутило пальцем у виска и попросила психолога больше не заикаться о подобном.

Ученому ничего не оставалось, кроме как «подбить» своих друзей на участие в аванюре, которая явно не сулила ничего хорошего.

— Если мы захотим остановить эксперимент, а нас не выпустят? — поинтересовался один из «подписавшихся».

Розенхан заверил, что такого быть не может, но все же заранее проплатил адвокатов на случай непредвиденных обстоятельств. Перед началом эксперимента юристы подготовили на каждого участника исследования полный комплект документов, свидетельствовавших об их психическом здоровье. Эти папки так и не пригодились, хотя по утверждению участников, им хотелось воспользоваться правом на выход из эксперимента каждый день.

\* \* \*

— Вы знаете, я иногда слышу какие-то голоса. Обычно это отдельные слова, вроде «пустой», «бесполезный», «лишний»...

— Они что-то приказывают вам?

— Нет, это просто очень неприятные отдельные слова. Наверное, это из-за одиночества, которое я в последнее время очень остро ощущаю.

— Я считаю, что вам необходимо пройти обследование в психиатрической больнице, так как ваше состояние опасно для вас и для окружающих.

Такие разговоры проходили в нескольких штатах. Пять клинических психологов, подруга Дэвида Розенхана и его приятель, с которым он учился в колледже искусств отправились на обследование в разные психиатрические

клиники страны. Всего в исследовании приняло участие 12 больниц (Розенхан и еще один психолог несколько раз «проходили обследование»).

### *Некоторые условия эксперимента*

Галлюцинации являются тяжелым и тревожным симптомом. Чем сложнее образ, тем тревожнее. Слышать отдельные звуки или односложные слова — все не так страшно. Слышать директивные установки — все очень плохо. Визуальные образы — еще хуже. «Лжепациенты» говорили о «голосах» в таких формулировках, чтобы их можно было списать на депрессию или экзистенциальный кризис. Важно было продемонстрировать неоднозначную симптоматику, требующую дополнительного обследования, а не «играть умалишенного».

По условиям эксперимента все «лжепациенты» не должны были демонстрировать в больнице никаких признаков ментального расстройства. Упоминание о «голосах» нужно было только для того, чтобы получить направление в больницу, дальше они должны были вести себя так же, как и всегда.

Все они должны были назвать вымышленные имена и профессии, а остальные факты биографии должны были остаться без изменений. Вернее, пятеро психологов и сам Розенхан назвали вымышленные профессии, а приятель Розенхана художник и его подруга-домохозяйка придумать себе профессии не стали.

### *Ход эксперимента*

Спустя несколько дней в больнице «лжепациент» начал чувствовать подступающую депрессию, а через неделю начинал сомневаться в своей вменяемости.

Дэвид Розенхан вспоминал об этом времени так: «Врачи не тратят времени на разговоры с пациентом. В среднем пациент общается с персоналом 5–7 минут. Каждое действие пациента персонал трактует как проявление болезни. Один санитар заметил, что я веду записи, после чего врач зафиксировал это в моей карте «тягу к графо-

мании», которой характеризуются некоторые формы шизофрении. Плохое настроение, угнетенное состояние духа трактуется как негативная симптоматика, но ни в каком другом состоянии здесь пребывать нельзя».

По условиям эксперимента все «лжепациенты» должны были отрицать наличие каких бы то ни было галлюцинаций или других симптомов болезни, но оказалось, что без признания факта болезни их никто отсюда выпускать не собирается. Все лжепациенты свидетельствовали, что в определенный момент чувствовали, что уже не в состоянии здесь находиться, но потом все же находили в себе силы продолжать эксперимент.

\* \* \*

— Вы понимаете, что признание болезни — первый шаг на пути к исцелению? Вы слышите голоса?

— Да, но я давно их не слышу. Даже не уверен, слышал ли их раньше.

— То есть вы признаете, что слышали голоса, но отказываетесь принимать лекарства?

— Сейчас нет никаких голосов.

— Для того, чтобы их и в дальнейшем не было, вы должны согласиться принимать лекарства. Без этого я не могу быть уверен, что вы безопасны для себя и окружающих, а следовательно, не могу выписать вас.

— Хорошо, я буду принимать лекарства.

Через подобные разговоры прошли все участники исследования. Каждый «лжепациент» был вынужден согласиться принимать таблетки (они предпочитали спускать их в унитаз, равно как и все остальные пациенты больницы). Спустя какое-то время их выписывали из больницы с психиатрическим диагнозом и рецептом на сильнодействующие препараты.

В результате эксперимента все испытуемые были выписаны с тяжелыми диагнозами. Одиннадцать раз «выявили» шизофрению, а один раз «маниакально-депрессивный психоз».

### *Второй этап эксперимента*

Опубликованные результаты исследования имели эффект разорвавшейся бомбы. Психиатрическое сообщество изгнало из своих рядов Розенхана. Он превратился в персону *pop grata* во всех медицинских учреждениях страны, но снискал любовь журналистов. Праведный гнев общественности вынудил руководство больниц страны оправдываться и давать объяснения. В исследовании принимали участие как бедные муниципальные больницы на задворках штата, так и довольно дорогие лечебницы с хорошей репутацией, однако все больницы, на которые не пал взор Розенхана, конечно, в один голос утверждали, что у них бы «этот номер не прошел».

В конце концов, Розенхан предложил одной из больниц официальный и контролируемый эксперимент: в течение нескольких месяцев к ним в больницу *incognito* придет один или несколько симулянтов, которых они должны будут выявить. По окончании срока эксперимента больница предъявила Розенхану 43 симулянта, а еще столько же человек были заподозрены в симуляции симптомов болезни. Оказалось, однако, что больница немного перестаралась. Розенхан не посылал в больницу ни одного пациента. Из 193 человек, обратившихся за это время в больницу, 43 были признаны психически здоровыми.

### *Результаты*

Эксперимент Розенхана показал степень стигматизации психически больных людей. По утверждению психолога, оказавшись в таком месте, пациент утрачивает право называться человеком. Все его действия или суждения трактуются только как симптоматика заболевания. Любые жалобы также свидетельствуют только о негативной динамике болезни.

Дэвид Розенхан вспоминал: «Стигма болезни остается с человеком навсегда. Нигде в обществе его больше не воспринимают как человека со своими мыслями и суждениями. В некотором смысле положение пациента в психи-



атрической клинике более тяжелое, чем у заключенного в тюрьме, так как там человеку оставляют право считать себя человеком, а в больнице он лишается этого статуса»

Еще одной проблемой, которую выявил эксперимент, стала реакция больниц. Медицинское сообщество восприняло эксперимент в штыки. Как и любая другая закрытая иерархичная система, оказалось, что больницы больше всего боятся огласки и публичности.

Проблема эксперимента Розенхана заключалась еще и в том, что пациенты самостоятельно обращались за помощью. Если человек сам говорит о том, что «слышит голоса» симптоматика действительно весьма тревожная, но ведь не сами пациенты об этом говорили. Информацию о «голосах» больница получала от психолога, который выдал направление.

Настоящую проблему составляли не в меру тревожные родственники, которые по своим мотивам направляли пациентов в больницы, считая инакомыслие симптомом болезни. Чаще всего, жертвами такой стигмы, по наблюдениям Розенхана, становились подростки, которых тревожные и деспотичные матери отправляли «на обследование». Врачи вследствие профессиональной деформации ставили подростку диагноз, который кардинально менял, а иногда и ломал судьбу таких детей.

Эксперимент показал необходимость снять стигму со всех ментальных расстройств, а также наглядно продемонстрировал медицинскому сообществу единственный способ борьбы с профессиональным выгоранием. Любой психиатр рано или поздно начинает в любом человеке видеть пациента. Важно, чтобы он при этом в любом пациенте продолжал видеть человека.

Исследование Розенхана, эксперименты «Вилла 21» и «Шумная комната» дали мощный толчок развитию общественного движения антипсихиатрии, которое боролось против стигматизации душевнобольных. Главным идеологом и теоретиком этого движения выступил Мишель Фуко. Его работы «История безумия», «Психиатрическая власть» и «Ненормальные» как нельзя лучше описали от-

ношение общества к любого рода инакомыслию. Философ, изучавший устройство психиатрических больниц и пенитенциарной системы, пришел к выводу, что лечебницы для душевнобольных были созданы, исключительно для того, чтобы стигматизировать безумие. Если тюремное заключение ставит клеймо на поступках человека, то попадание в больницу лишает вас самого статуса человека. Согласно Фуко, карательная, стигматизирующая функция больниц была не сопутствующим ущербом, но основополагающим фактором. Вследствие этого, все устройство больниц задумано таким образом, чтобы человек устыдился своих «безумных» мыслей и поступков. Мужья и жены, родители и дети, а главное, государство, — пользуются основной и главной функцией больниц для душевнобольных — они требуют от человека полного и тотального подчинения. Философ не отрицал само существование душевных болезней и необходимость их лечения, однако, сомневался, что общество сможет, а главное, захочет модернизировать такой удачный социальный институт по тотальному подчинению.

*Елизавета Бута, клинический психолог*

*Мишель Фуко*

## БЕЗУМИЕ И ОБЩЕСТВО

*Лекция, прочитанная 29 сентября 1970 года  
во Франко-Японском институте в Киото*

Вплоть до настоящего времени на Западе традиционный подход к изучению систем мышления заключался в том, что основное внимание уделялось лишь позитивным феноменам. Однако за последние годы Леви-Стросс в этнологии разработал методику, позволяющую в любом обществе и культуре выявлять некую негативную структуру. Например, он показал, что если в рамках какой-то культуры кровосмешение запрещается, то это не зависит от утверждения определенного типа ценностей. Просто это означает, что в этой культуре существует, если можно так выразиться, некое поле сероватых или светло-голубых и потому едва различимых ячеек, которые и определяют ее склад. И как раз такую сетку подобных ячеек мне и хотелось бы приложить к изучению истории систем мышления. Стало быть, моя цель состоит не в том, чтобы узнать, что утверждается и превозносится в том или ином обществе или в некоей системе мышления, но в том, чтобы изучать то, что в них отвергается и исключается. Так что сам я довольствовался тем, что применял методику работы, которая уже получила признание в этнологии.

Безумие исключалось во все эпохи. Однако за последние пятьдесят лет в тех государствах, что называются нами развитыми, этнологи и психиатры-компаративисты в первую очередь пытались определить, существует ли то безумие, с которым они сталкиваются в своих странах, а именно такие душевные расстройства, как навязчивый невроз, паранойя, шизофрения, также и в обществах, называемых ими «первобытными». И только во вторую очередь они стремились выяснить, наделяют ли эти перво-

бытные общества безумных особым статусом, отличным от того, что официально признается за ними в странах, где живут эти этнологи и психиатры. Но если в их собственных обществах безумцы исключались всегда, то, может быть, хотя бы общества первобытные признавали за ними положительную ценность? И не являются ли душевнобольными, например, шаманы Сибири или Северной Америки? И только в самом конце они начинали задаваться вопросом, не могут ли некоторые общества сами быть душевнобольными. Так, к примеру, Рут Бенедикт пришла к выводу, что всё племя индейцев Квакиютль имеет параноидальный характер.

Однако сегодня мне бы хотелось говорить с вами, следуя подходу прямо противоположному тому, что практикуется подобными исследователями. Во-первых, я хотел бы посмотреть, каким был статус безумца в обществах первобытных, во-вторых, сравнить его со статусом сумасшедших в наших индустриальных обществах, и, в-третьих, поразмышлять о причине той перемены, что с нами произошла в XIX веке, и, наконец, в качестве заключения продемонстрировать, что положение, в котором в современном индустриальном обществе оказывается безумный, с тех пор в основе своей не изменилось.

Области человеческой деятельности в общих чертах могут подразделяться на четыре следующие категории:

- 1) труд, или экономическое производство;
- 2) сексуальность, семья, то есть воспроизводство общества;
- 3) говорение, речь;
- 4) игровая деятельность, напр., игры и празднества.

Однако во всех обществах имеются лица, чье поведение отличается от поведения других, выходя за рамки правил, обыкновенно определяемых этими четырьмя областями, словом, такие лица, которых мы называем маргиналами. Ведь даже среди обычного населения отношение к труду изменяется в зависимости от пола и возраста. И во многих обществах правящие политики и клирики, если им приходится управлять работой остальных или

служить посредниками по отношению к сверхъестественным силам, сами непосредственно в труде не участвуют, и цикл производства их не касается.

Существуют также лица, которые уклоняются и от второго цикла, воспроизводящего общество. Примером этого служат холостяки, которых, в частности, встречается много среди клириков. Впрочем, известно, что у индейцев Северной Америки существуют педерасты и транссвеститы, и нужно отметить, что по отношению к воспроизводству общества они также занимают маргинальное положение.

На третьем месте стоят лица, ускользающие от нормы дискурса. Ведь произносимые ими слова имеют совершенно иной смысл. В подобном случае слова пророка, его речи, таящие в себе символический смысл, могут в один прекрасный день явить свою скрытую истину. Да и слова, которые употребляют поэты, подчас принадлежат к сфере эстетики и точно так же ускользают от нормы.

На четвертом месте во всех обществах стоят лица, исключенные из игр и празднеств. Происходит же это либо потому, что их считают опасными, либо потому, что они сами — предмет некоего празднества, подобно козлу отпущения у евреев, когда кто-то приносился в жертву, беря на себя прегрешения остальных; по поводу церемонии исключения народ и устраивал празднество.

Во всех таких случаях те, кто подвергается исключению в той или иной области, оказываются разными людьми, но бывает и так, что во всех областях исключается одно и то же лицо, и это — безумец. Ведь во всех, или почти во всех обществах, безумец исключается отовсюду, и в зависимости от обстоятельств его наделяют то религиозным, то магическим, то игровым, а то и патологическим статусом.

К примеру, в одном первобытном австралийском племени безумец считается опасным для общества существом, так как он наделен сверхъестественной силой. С другой стороны, некоторые сумасшедшие становятся жертвами общества. Во всяком случае, это люди, чье поведение

отлично от поведения остальных и в работе, и в семейной жизни, и в речах, и в играх.

Мне же хотелось бы сейчас вспомнить и о том, что и в наших современных индустриальных обществах посредством сходной по форме системы исключения безумцы точно таким же образом исключаются из обычного общества, и им приписывается маргинальный характер.

Прежде всего, в том, что касается отношения к труду, даже в наши дни первый довод в пользу того, что тот или иной индивид является безумным, связывают с его неспособностью трудиться. Так, Фрейд справедливо заключил, что безумцем (а он главным образом говорил о невротиках) является лицо, не способное ни любить, ни работать. Мне ещё придётся вернуться к этому глаголу «любить», но за подобным представлением Фрейда скрывается глубокая историческая истина. Ведь в средневековой Европе существование безумцев считалось приемлемым. Порою они выходили из себя, теряя равновесие, либо представляли в глазах общества тунеядцами, но им было позволено бродить где угодно. Однако начиная примерно с XVII века, когда стало формироваться индустриальное общество, существование подобных лиц перестало быть терпимым. И в ответ на подобные требования индустриального общества во Франции и Англии почти одновременно были созданы большие заведения для того, чтобы их туда помещать. Причем водворили туда не только сумасшедших, но также и безработных, увечных, стариков, то есть всех тех, кто не был способен работать.

Традиционное представление историков состоит в том, что как раз в конце XVIII века, а во Франции именно в 1793 году Пинель освобождает безумцев от их цепей, и почти в ту же пору в Англии квакер Тьюк создает психиатрическую лечебницу. Считается, что до тех пор безумцы считались преступниками, а Пинель и Тьюк впервые отнесли их к разряду больных. Но я должен сказать, что подобная точка зрения ошибочна. Во-первых, неправда, что до Революции безумцы рассматривались как преступники, а, во-вторых, полагать, что безумцы были избавлены

от своего прежнего статуса — это не что иное, как пред-  
рассудок.

И это второе представление является, быть может, более опасным предубеждением, чем первое. Вообще, как в первобытном обществе, так и в обществе современном, как в Средние века, так и в XX столетии это представление сводится к тому, что можно было бы назвать универсальным статусом, приписываемым безумцам. Единственное отличие состоит в том, что с XVII по XIX век право требовать помещения безумца в лечебницу принадлежало его семейству. И поначалу безумцев изолировала семья. Однако начиная с XIX века семья постепенно утрачивает такое исключительное право и оно переходит к врачам. Для того, чтобы поместить безумца в приют, требовалось медицинское освидетельствование, и стоило безумцу там оказаться, как в качестве члена семьи он считался лишённым всякой ответственности и всякого права; он утрачивал даже гражданство, оказываясь полностью пораженным в правах. Можно даже сказать, что это право отнималось у него медициной, чтобы наделить безумцев маргинальным статусом.

Во-вторых, следует отметить одно обстоятельство, касающееся сексуальности и семейной системы. Когда мы обращаемся к европейским документам до начала XIX века, то видим, что такие виды сексуального поведения, как мастурбация, педерастия, нимфомания, вовсе не проходили по ведомству психиатрии. Именно в начале XIX века эти сексуальные отклонения были отождествлены с безумием и стали рассматриваться как расстройства, которые проявляет некое существо, не способное к жизни в европейской буржуазной семье. Так, начиная с той поры, как Бейль описал прогрессивный паралич и доказал, что последний обязан своим возникновением сифилису, утверждается представление, что главная причина безумия коренится в половых аномалиях. И когда впоследствии Фрейд рассматривал нарушения полового влечения в качестве причины или выражения безумия, то это только усиливало уже установленную взаимосвязь.

В-третьих, статус безумца в Европе был очень любопытным и в том, что касается речи. С одной стороны, речь безумцев отвергалась, как не имеющая ценности, а с другой стороны, полностью ею никогда не пренебрегали, поскольку ей всегда уделялось особое внимание.

Для начала стоит привести пример с шутами, существовавшими в маленьком сообществе аристократов на протяжении Средних веков и Возрождения. Можно сказать, что в некотором роде в лице шута речи безумия придавался нормативный статус. Ведь шут, вне всякого отношения к политике и морали и, более того, под покровом безответственности, в виде знамений и иносказаний говорил правду, которую обыкновенные люди высказывать не могли.

В качестве второго примера можно взять литературу, которой вплоть до XIX века в значительной степени придавался официальный статус в качестве опоры общественной морали или средства развлечения. Однако в наши дни литературное слово полностью от всего этого освободилось и стало всецело анархическим. Иными словами, между литературой и безумием существует чрезвычайно любопытное родство. Ведь литературное слово не подчиняется правилам обыденного языка. К примеру, оно не подчиняется строгому правилу постоянно говорить истину, а это значит, что произносящий такое слово не подчиняется обязанности всегда оставаться правдивым во всем, что он думает и ощущает. Короче говоря, слова литературы в отличие от слов политики или науки занимают по отношению к обыденной речи маргинальное положение.

Если же брать европейскую литературу, то именно в течение следующих трех периодов язык литературы стал в особенности маргинальным.

1. В XVII веке он стал ещё более маргинальным, асоциальным, чем был в Средневековье, поскольку уже рыцарские романы и эпопеи выступали в качестве разлагающей и оспаривающей общество силы. Это было как в случае «Похвалы глупости» Эразма Роттердамского и творений Торквато Тассо, так и в случае елизаветинского театра.



А во Франции появилась даже литература, написанная безумцами. Герцог Бульонский даже приказал за собственный счёт отпечатать текст, написанный одним безумцем, читая который французы изрядно потешались.

2. Вторая эпоха настала в конце XVIII или в начале XIX века. Именно тогда в качестве литературы безумия появляются стихотворения Гёльдерлина и Блейка, а также творения Раймона Русселя. Причём последний из-за навязчивого невроза даже лег в психиатрическую лечебницу для того, чтобы пройти курс лечения у выдающегося психиатра Пьера Жане, но, в конце концов, всё равно покончил с собой. То, что произведения Раймона Русселя служат отправной точкой для такого современного автора, как Роб-Грийе, можно усмотреть даже в том простом обстоятельстве, что именно ему он посвятил свою первую книгу<sup>1</sup>. Что же касается Антонена Арто, то он просто-напросто был шизофреником, однако именно он, после того как сюрреализм пришел в упадок, совершил в поэтическом мире прорыв, открыв новые горизонты. Впрочем, достаточно вспомнить о Ницше и Бодлере, чтобы убедиться, что для того, чтобы возделывать новые литературные нивы, нужно либо подражать безумию, либо действительно стать сумасшедшим.

3. В наше время люди уделяют все больше внимания связи между литературой и безумием. В конечном счёте и безумие, и литература по отношению к обыденной речи занимают маргинальное положение и ищут тайну литературного творчества в прообразе, который являет собою безумие.

Наконец, задумаемся над положением, которое безумец в индустриальном обществе занимает по отношению к играм. В традиционном европейском театре, начиная со Средних веков и вплоть до XVIII столетия (а я полагаю, что то же самое происходило и в Японии), главную роль играл безумец, дурак. Безумец заставлял зрителей смеяться. Ибо он видел то, что не видели другие действующие лица, и до них раскрывал развязку всех сюжетных перипетий. Иначе говоря, он был существом, с блеском рас-

крывающим истину. Шекспировский «Король Лир» — хороший тому пример. Ведь король Лир — это жертва своей собственной фантазии, но в то же самое время — персонаж, говорящий истину. Иными словами, безумец в театре — это персонаж, который самым своим телом выражает правду, неведомую ни зрителям, ни другим действующим лицам, это персонаж, через которого является сама истина.

Впрочем, в Средние века существовало множество праздников, но среди них был лишь один нерелигиозный. Именно его называют праздником Безумия. На этом празднестве полностью переворачивались социальные и традиционные роли: бедняк играл роль богача, а слабый — роль всемогущего. Люди меняли пол, упразднялись половые запреты. Мелкий люд по случаю этого праздника имел право высказать мэру или епископу что угодно. Обычно это были оскорбления... Словом, на этом празднике переворачивались и подвергались сомнению все общественные, речевые и семейные установления. Мирянин служил обедню в церкви, после чего туда приводили осла, чей рёв воспринимался как насмешка над литаниями мессы. В конечном счёте, речь шла о празднике, противоположном обыкновенному воскресенью, Рождеству или Пасхе, о празднике, который выпадал из привычного круга обычных праздников.

В наши дни праздники утратили свой политико-религиозный смысл, и вместо этого мы прибегаем к алкоголю и наркотикам, как способу протеста против общественного строя, и тем самым создаём своего рода искусственное безумие. В сущности, это тоже подражание безумию, и мы можем рассматривать его как попытку вызвать возмущение в обществе, создавая в нём состояние, подобное безумию.

Я, безусловно, не являюсь структуралистом. Ведь структурализм — это всего лишь разновидность анализа. К примеру, как менялись условия, в которых оказывался безумец, со времён Средневековья до наших дней? Каковы были необходимые условия такой перемены? Я прибе-

гаю к структуралистскому методу лишь для того, чтобы все это анализировать.

Так, и в Средние века, и в эпоху Возрождения безумцам позволялось существовать в лоне общества. Тот, кого называли деревенским дурачком, не женился, не участвовал в играх, однако остальные его кормили и содержали. Он бродил из деревни в деревню, иногда вступал в армию, становился бродячим торговцем, но когда он становился слишком возбуждённым и опасным, все остальные строили за пределами деревни хижину, куда его заключали на некоторое время. Арабское общество по отношению к безумцам всегда было терпимым. Европейское же общество в XVII веке стало совершенно нетерпимым по отношению к безумцам. Я уже упоминал, что причиной этого было формирование индустриального общества. Я также говорил, как примерно с 1650 по 1750 годы в таких городах, как Гамбург, Лион, Париж, были созданы солидные по своим размерам учреждения, чтобы заключать туда не только безумных, но и стариков, больных, безработных, бездельников, проституток, то есть всех, кто не вписывался в рамки формирующегося общественного порядка. Индустриальное капиталистическое общество не могло терпеть существования сообществ празднующихся. Из полумиллиона жителей, что в ту пору насчитывало парижское население, шесть тысяч оказались в заключении. В подобных учреждениях не допускалось и мысли о лечении: всех заключённых просто принуждали к каторжному труду. А в 1665 году полиция в Париже была преобразована, и именно так создается поле ячеек, которое необходимо для образования общества, потому что полиция осуществляла постоянный надзор за помещаемыми в приют бродягами.

Однако есть некая ирония в том, что и в современных психиатрических лечебницах зачастую применяется врачевание трудом. Логика, лежащая в основе подобной практики, очевидна. Ведь коль скоро первым критерием безумия оказывается неспособность к труду, то и для того,

чтобы излечить безумие в лечебнице, достаточно научить сумасшедшего трудиться.

Но почему же с конца XVIII века до начала XIX положение безумцев так переменялось? Говорят, что Пинель освободил безумцев в 1793 году, но ведь освобожденные им были лишь увечными, стариками, бездельниками, проститутками, а сумасшедших он оставил в соответствующих заведениях. Если это и происходило именно в указанную эпоху, то только потому, что с начала XIX столетия увеличиваются темпы промышленного роста, и полчища безработных пролетариев стали рассматриваться как резервная армия рабочей силы, играющая роль главной основы капиталистического развития. По этой причине всех, кто не работал, хотя и был способен трудиться, выпустили из заведений. Тут-то и происходит второй этап отбора: в заведениях оставили не тех, кто не хотел работать, но тех, кто не обладал способностью трудиться, то есть безумцев, и их стали считать больными, чьи недуги имели причины, таившиеся в их характере или душе.

Таким образом, то, что некогда было заведением, в которое водворяли и где держали в заключении, превращается в психиатрическую лечебницу, лечащий орган. За этим следует повсеместное внедрение лечебниц:

1) для того, чтобы помещать туда тех, кто не имел способности трудиться из-за физических недостатков;

2) для того, чтобы водворять туда тех, кто не мог работать по причинам, не связанным с телом. Именно в это время душевные расстройства превращаются в предмет медицины, и даже возникает целая социальная группа, именуемая психиатрами.

У меня нет намерения отвергать психиатрию, но подобный охват безумного заботами медицины исторически произошел достаточно поздно, и мне кажется, что подобное событие оказало серьезное воздействие на статус безумца. Более того, если подобный охват медициной и произошел, то произошел он, как я только что говорил, по причинам по сути своей экономическим и социальным, и благодаря этому безумца отождествили с душевноболь-

ным, а также была открыта и получила развитие сущность, называемая душевной болезнью. Психиатрические лечебницы создавались как нечто симметричное лечебницам для больных с телесными недугами. Можно было бы сказать, что безумец — это воплощение нашего капиталистического общества, и мне кажется, что, в сущности, от обществ первобытных и до обществ индустриально развитых статус безумца нисколько не изменился. Все это лишь доказывает примитивность нашего общества.

В конечном счёте, сегодня я хотел показать вам травму, которая ещё отягощает наши общества. То, что в наши дни хотя бы немного вынуждает пересмотреть статус безумца, так это появление психоанализа и психотропных лекарств. Но этот прорыв — лишь начало. Ибо безумцы все еще исключены из наших обществ. А что касается вопроса о том, происходит ли это только в обществах капиталистических, или имеет место и в социалистических обществах, то моих социологических познаний недостаточно, чтобы выносить какое-либо суждение.

*Перевод с французского Б. М. Скуратова*

*Мишель Фуко*

## ПСИХИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ И ЛИЧНОСТЬ

### Введение

По отношению ко всякой психической патологии возникают два вопроса: при каких условиях можно говорить о заболевании в психологической сфере? Какие отношения можно установить между фактами психической и органической патологии? Все психопатологии выстраиваются вокруг этих двух проблем: есть психологии многообразия, которые, подобно Блонделю<sup>2</sup>, отказываются толковать структуры болезненного сознания в терминах нормальной психологии; и, наоборот, психологии аналитические или феноменологические, стремящиеся понять любое поведение душевнобольного как таковое, в значениях, предшествующих различению нормального и патологического. Аналогичное разделение наблюдается и в бурных дебатах психогенеза и органогенеза: поиск органической этиологии, начиная с открытия общего паралича вместе с его сифилитической этиологией, или анализ психологической причинности, начиная с исследования расстройств неопределенной органики, описанных в конце XIX века как истерический синдром.

Эти, порой предаваемые забвению, проблемы сегодня поднимаются снова, и останавливаться на тех дебатах, что они породили, было бы бесполезно. Но мы можем спросить себя: не возникают ли эти затруднения оттого, что мы наделяем одним и тем же смыслом понятия болезни, симптомов, этиологии в психической патологии и в патологии органической? Если так сложно определить психологические болезнь и здоровье, то не потому ли, что мы вновь и вновь тщетно стараемся использовать по отношению к ним понятия соматической медицины? Не по-

являются ли сложности в установлении единства органических нарушений и изменений личности постольку, поскольку мы признаем для них одну и ту же причинность? По ту сторону психической и органической патологии располагается общая и абстрактная патология, которая господствует над ними, навязывая им предрассудки, дефиниции и диктуя как сходные методы, так и сходные постулаты. Хотелось бы показать, что истоки психической патологии должны выводиться не путем спекуляции из некой «метапатологии», но лишь на основании рефлексии о самом человеке.

Тем не менее, чтобы напомнить, как появились все — традиционные и недавние — психопатологии и показать, от каких постулатов должна освободиться медицина для того, чтобы стать строго научной, необходим краткий экскурс<sup>3</sup>.

## **Глава 1. Психическая медицина и органическая медицина**

Общая патология, о которой мы только что говорили, в своем развитии прошла два основных этапа.

Так же как и органическая медицина, психическая медицина вначале стремилась расшифровать сущность болезни в указывающих на нее связанных группах симптомов. Она создала симптомологию, где устанавливались устойчивые или часто встречающиеся соответствия между данным типом болезни и данным болезненным проявлением: слуховая галлюцинация — симптом с бредовой структурой, спутанность сознания — смысл этой бредовой формы. С другой стороны, она выстроила нозографию, где анализировала формы болезни как таковой, описывала фазы ее развития и воссоздавала варианты, которыми она может быть представлена: есть острые и хронические заболевания, описаны эпизодические манифестации, чередование симптомов и их развитие в процессе болезни.

Схематизация этих классических описаний может быть полезной не только в качестве примера, но и для того чтобы определить, какими значениями наделены используемые в них термины.

Мы взяли из старых работ начала этого века те описания, архаизм которых не должен заставить забыть, что когда-то они были точкой отсчета.

Дюпре<sup>4</sup> определял истерию следующим образом: «Состояние, при котором сила воображения и внушаемости, соединенная с тем характерным слиянием тела и духа, что я назвал психопластическим, приводит к возникновению осознаваемых в большей или меньшей степени патологических синдромов, к организации мифопластического моделирования функциональных расстройств, которые невозможно отличить от симуляции»<sup>5</sup>. Это классическое определение указывает, таким образом, на основные симптомы истерии, внушаемость и возникновение таких расстройств, как паралич, утрата чувствительности, анорексия<sup>6</sup>, которые в данном случае не основываются на функциональном базисе, а имеют исключительно психологическое происхождение.

Психастения (*psychasthenie*), начиная с работ Жане<sup>7</sup>, характеризуется нервным истощением, сопровождающимся органическими следами (мышечной слабостью, желудочно-кишечными расстройствами, головными болями), психической астенией (*asthenie mentale*) (утомляемостью, бессилием, неспособностью к напряжению и преодолению трудностей; нарушениями вхождения в действительность, в настоящее — тем, что Жане называл «утратой функции реальности»); наконец, эмоциональными расстройствами (грустью, беспокойством, внезапной тревогой).

Навязчивости: «Возникновение на фоне нормального психического состояния нерешительности, сомнений и беспокойства, а также периодических, внезапных приступов различных идей-импульсов»<sup>8</sup>. Отличаясь от фобии, характеризуемой приступами внезапного страха перед конкретными объектами (при агорафобии — перед



открытым пространством), навязчивый невроз в основном сосредоточивается на защитах, которые больной сооружает, спасаясь от своей тревоги (ритуальные действия, защитные жесты).

Мания и депрессия: Маньян назвал эту форму патологии, в которой мы видим чередование больших или меньших интервалов двух в целом противоположных синдромов — маниакального и депрессивного, — «периодическим безумием». Первый включает моторное возбуждение, эйфорическое или раздражительное настроение, психическую экзальтацию, характеризуемую вербитаерациями, лабильностью ассоциаций и бессвязностью мышления. Депрессия, наоборот, предстает как двигательная заторможенность, в основе которой лежит подавленное настроение, сопровождающееся заторможенностью психической. Возникающие иногда независимо друг от друга мания и депрессия чаще все же связаны регулярным или нерегулярным чередованием, которые Жильбер Балле<sup>9</sup> представил в виде различных типов.

Паранойя: на фоне эмоциональной экзальтации (гордости, ревности) и психологической гиперактивности мы наблюдаем развитие систематизированного, последовательного бреда, который не сопровождается галлюцинациями и выкристаллизовывается в псевдологическом единстве идей величия, преследования и воздействия.

Хронический галлюцинаторный психоз можно назвать также бредовым психозом, но бред в этом случае — несистематизированный, часто бессвязный, идеи величия достигают таких масштабов, что подчиняют себе все остальные в наивной восторженности человека; наконец, как правило, он сопровождается галлюцинациями.

Гебефрения, юношеский психоз, классически характеризуется умственным и двигательным (непрестанной болтовней, неологизмами, каламбурами, манерничеством и импульсивностью) возбуждением, галлюцинациями и беспорядочным бредом, полиморфизм которого постепенно обедняется.

Кататония обнаруживает себя в негативизме больного (молчании, отказе от пищи, явлениях, названных Крепелином<sup>10</sup> «утратой воли»), в его внушаемости (мышечной пассивности, сохранении вызванного положения<sup>11</sup>, эхолалиях<sup>12</sup>), наконец, в стереотипиях и импульсивных пароксизмах<sup>13</sup> (резких двигательных разгрузках, которые, как кажется, преодолевают все возведенные болезнью границы).

Заметим, что три последние патологические формы, которые проявляются достаточно быстро, приводят к деменции<sup>14</sup>, т. е. к общей дезорганизации психологической жизни (бред обедняется, галлюцинации уступают место бессвязному онейризму, личность погружается в противоречия). Крепелин<sup>15</sup> объединил их под общим понятием «раннее слабоумие». Именно эту нозографическую единицу, включив в нее некоторые формы паранойи, вновь описал Блейлер<sup>16</sup>. Он назвал ее шизофренией и дал ей следующие обобщенные характеристики: расстройство связности ассоциаций — расщепление (Spaltung) потока мысли, а также нарушение эмоционального контакта с окружающими, неспособность устанавливать спонтанный контакт с эмоциональной жизнью другого (аутизм<sup>17</sup>).

Эти анализы имеют ту же концептуальную структуру, что и анализы органической патологии: и там и тут для распределения симптомов по патологическим группам и для выделения крупных патологических единиц используются одни и те же методы. А за этим единым методом обнаруживается два постулата о природе болезни.

Изначально постулируют, что болезнь — это сущность, специфическое единство, определяющее представляющие ее симптомы, но предшествующая им и в некоторой степени не зависящая от них; описывают шизофреническую основу, скрывающуюся за обсессивными симптомами, говорят о маскированном бреде, предполагают наличие за маниакальными кризами или депрессивными эпизодами маниакально-депрессивного психоза.

Наряду с этим предрассудком о присутствии специфической сущности болезни, и будто бы для того, чтобы компенсировать ту абстрактность, которую он предпола-

гает, существует натуралистический постулат; который характеризует болезнь как естественный вид, целостность, стоящую позади полиморфизма симптомов каждой нозографической группы, как единство вида, определяемого через свои постоянные характеристики и разнообразного в своих подгруппах: так, раннее слабоумие представит как вид, характеризующийся возвращением к крайним формам естественной эволюции и имеющий гебефренические, кататонические или параноидные варианты.

Тем самым, если между психической и органической ветвями психопатологии существовал параллелизм, то это происходило не только по причине наличия некой идеи человеческой целостности и психофизиологического параллелизма, но также и вследствие признания как одной, так и другой этих двух постулатов, касающихся природы болезни. Если психическое заболевание очерчивают с помощью тех же концептуальных методов, что и органическое, если психологические симптомы разделяют и соединяют так же, как органические, то это прежде всего потому, что наделяют болезнь, психическую или органическую, естественной сущностью, проявляющейся в специфических симптомах. У этих двух форм патологии, стало быть, нет никакого реального единства, оно возникает лишь при помощи этих двух постулатов, абстрактного параллелизма. Итак, проблема человеческого единства и психосоматической целостности остается открытой.

\* \* \*

Важность этой проблемы обусловила обращение патологии к новым методам и новым концептам. Понятие органической и психологической целостности приводит к отказу от тех постулатов, которые превращают болезнь в специфическую сущность. Болезнь перестает быть независимой реальностью и отказывается по отношению к симптомам и организму играть роль естественного вида, инородного тела. Напротив, предпочтение отдается общим реакциям индивида; располагаясь между болезненным процессом и общим функционированием организма,

болезнь больше не помещается между ними как автономная реальность, ее больше не мыслят иначе как абстрактный разрыв в становлении больного индивида.

Давайте вспомним о той роли, которую в настоящее время в пространстве органической патологии играет гормональная регуляция и ее нарушение, а также то значение, что признано за такими вегетативными центрами, как управляющая этой регуляцией область третьего желудка. Мы знаем, что Лериш<sup>18</sup> настаивал на всеохватывающем характере патологических процессов и на необходимости заменить клеточную патологию патологией тканей. Селье<sup>19</sup>, описывая «нарушения адаптации», в свою очередь, показал, что сущность патологического феномена следует искать в совокупности нервных и вегетативных реакций, которые предстают как общий ответ организма на воздействие, «стресс», возникшие из окружающей среды.

В рамках психической патологии сходным статусом наделяется понятие психологической целостности; если бы болезнь рассматривалась только в рамках больной личности, она была бы ее внутренним измерением, внутренней дезорганизацией ее структуры, постепенным нарушением ее развития и не обладала бы собственной реальностью. Именно в этом ключе — по степени изменения личности — характеризовали психические заболевания, и на этом основании психические расстройства стали разделять на две большие группы — неврозы и психозы.

1) Психозы — глубокие нарушения личности — включают: нарушения мышления (стремительное, быстротечное маниакальное мышление с включениями звуковых ассоциаций или каламбуров; шизофреническое мышление, которое постоянно перескакивает, перепрыгивает через промежуточные звенья и разворачивается урывками и контрастами); общее изменение эмоциональной жизни и настроения (нарушение эмоционального контакта при шизофрении; высокая эмоциональная захваченность при мании или депрессии); нарушение сознательного контроля, способности оценивать различные позиции, снижение са-

мокритики (бредовая уверенность при паранойе, где система интерпретации предвосхищает доказательства своей истинности и обеспечивает защиту в любой беседе; равнодушие параноика к необычности своего галлюцинаторного опыта, очевидность которого для него несомненна).

2) В неврозах, напротив, затронута лишь часть личности: мучительная ритуализация, возникшая по отношению к тому или иному предмету, спровоцированные этой ситуацией страхи, характерные для фобического невроза. Но течение мысли в своей структуре остается не задетым, даже если оно замедляется, как у психастеников; сохраняется эмоциональный контакт, даже если он достигает крайней восприимчивости, как у истериков; наконец, невротик, даже если его сознательный контроль снижается, как у истерика или обсессивного больного, сохраняет критическую позицию по отношению к своим болезненным феноменам.

Среди психозов обычно выделяют паранойю и шизофрению с ее параноидным, гебефреническим и кататоническим синдромами; среди неврозов — психастению, истерию, обессию<sup>20</sup>, тревожные и фобические неврозы<sup>21</sup>.

Личность, таким образом, оказывается тем пространством, где развивается болезнь и к тому же тем критерием, который позволяет о ней судить; она одновременно есть реальность и мера болезни.

В этом примате понятия целостности видят обращение к конкретной патологии, а также возможность выделения поля психической и органической патологии как единой области. Не обращаются ли в действительности одна и другая различным способом к одному и тому же человеческому индивиду? Не по причине ли использования понятия целостности они имеют тождественные методы и единство предмета?

Работа Гольдштейна<sup>22</sup> многое проясняет. Исследуя на пересечении психической и органической медицины такой неврологический синдром, как афазия, он отвергает и ее органическое объяснение как локального поражения, и ее психологическую интерпретацию как общего дефицита

понимания. Он показывает, что посттравматическое кортикальное нарушение может изменить стиль реакций индивида на среду; функциональное расстройство ограничивает возможности адаптации организма и изымает из поведения индивида возможность установления некоторых отношений. Когда афазик<sup>23</sup> не способен назвать предмет, который ему показывают, тогда как может попросить его, если он ему нужен, это происходит не по причине какого-либо дефицита (органического или психологического недостатка), который можно описать как самостоятельную реальность; дело в том, что он больше не способен устанавливать непосредственные однозначные отношения с миром, не может выстроить перспективу называния, которая вместо того чтобы приблизиться к предмету с целью его схватить (*greifen*), располагается на расстоянии, чтобы его показывать и указывать (*zeigen*) на него<sup>24</sup>.

Какими бы ни были первоначальные обозначения — психологическими или органическими, — болезнь в любом случае затрагивает глобальную ситуацию индивида в мире; вместо того чтобы являться физиологической или психологической сущностью, она есть общая реакция индивида, взятого в своей психологической и физиологической целостности. За всеми недавними моделями медицинского анализа мы можем прочесть один и тот же смысл: чем больше мы вглядываемся в целостность человеческого бытия, тем быстрее рассеивается как специфическое единство реальность болезни; и тем важнее переход от анализа естественных форм болезни к описанию индивида, реагирующего на свою ситуацию патологическим способом.

Благодаря тому единству, которое оно обеспечивает, а также тому, что оно способствует решению определенных проблем, понятие целостности легко может привести в патологию ощущение концептуальной эйфории.

Этим ощущением хотели воспользоваться те, кто был в разной степени вдохновлен Гольдштейном. Но, к несчастью, эйфория не способствовала строгости.

Хотелось бы, напротив, показать, что психическая патология требует методов анализа, отличных от таковых в органической патологии, и что только благодаря уловкам языка мы можем наделять одним и тем же смыслом «болезни тела» и «болезни духа». Единая патология, которая использовала бы одни и те же понятия и методы, как в психологической, так и в физиологической области, в настоящее время относится к порядку мифа, даже если единство тела и духа имеет порядок реальности.

1) *Абстракция.* — В органической патологии идея обращения не к болезни, а к больному, не исключает установления четкой перспективы, которая позволит выделить в патологических феноменах условия и результаты, универсальные процессы и единичные реакции. Анатомия и физиология как раз и дают медицине тот анализ, который на основании органической целостности допускает приемлемые абстракции. Конечно, патология Селье больше, чем все остальные, подразумевает взаимосвязь любого сегментарного феномена с целостностью организма; но делается это не для того, чтобы упразднить эти феномены в их индивидуальности и разоблачить в них произвольную абстракцию, а напротив, чтобы упорядочить отдельные феномены в единую связность; чтобы показать, например, какое место кишечные расстройства, аналогичные таковым при брюшном тифе, занимают во всех гормональных патологиях, чьим существенным элементом является нарушение функционирования коры надпочечников. Значимость для органической патологии понятия целостности не исключает ни абстрагирования от единичных элементов, ни каузального анализа, но, наоборот, допускает наиболее обоснованное абстрагирование и устанавливает более жесткую причинность.

Однако психология так и не смогла предложить психиатрии того, что дала медицине физиология — инструмент анализа, который, устанавливая пределы расстройства, позволял бы прогнозировать функциональное влияние

этого нарушения на целостность личности. В действительности связность психологической жизни обеспечивается иначе, чем связность организма; интеграция сегментов здесь стремится к единству, которое делает возможным каждый из них, но одновременно в каждом из них резюмируется и сосредоточивается — это то, что психологи, заимствуя терминологию у феноменологии, называют значимым единством условий, охватывающим каждый элемент (сон, преступление, немотивированное действие, свободную ассоциацию), общий ход, стиль, исторический контекст и возможные следствия существования. Абстрагирование потому не может быть тождественно в психологии и физиологии, и выделение патологического нарушения требует в органической патологии других методов, чем в патологии психической.

2) *Нормальное и патологическое.* — Медицина становится свидетельницей нарастающего размывания границ между патологическими и нормальными фактами; или, скорее, она ясно понимает, что клинические картины не являются коллекцией ненормальных фактов, физиологическими «монстрами», но отчасти конституированы и нормальными механизмами, и адаптивными реакциями организма, функционирующего согласно собственной норме. Гиперкальциурия, которая является следствием перелома бедра, есть, как говорит Лериш, локализованный органический ответ «на пределе тканевых возможностей»<sup>25</sup>: организм реагирует способом, предписываемым патологическим нарушением, и будто бы с целью его преодоления. Но давайте не будем забывать, что эти идеи основаны на связанном планировании психологических возможностей организма, и анализ нормальных механизмов болезни фактически позволяет вместе с нормальными возможностями организма, его способностью к выздоровлению, лучше распознать воздействие болезненного нарушения: подобно тому как болезнь вписана в нормальные физиологические возможности, способность к выздоровлению вписана внутрь процессов болезни.



В психиатрии, напротив, понятие личности делает разграничение нормального и патологического особенно сложным. Блейлер, например, противопоставлял два полюса психической патологии: группу шизофрении как нарушение контакта с реальностью и группу маниакально-депрессивных, или циклических, психозов как гипертрофию эмоциональных реакций. Однако этот анализ привел к тому, что нормальные личности стали трактоваться как больные; и Кречмер<sup>26</sup> смог создать биполярную характеристику, включающую шизотимию и маниакально-депрессивный психоз, патологическая акцентуация которого представляет собой шизофрению или «циклофрению». Но, несомненно, переход нормальных реакций к болезненным формам не фиксируется точным анализом процессов, он допускает лишь качественную оценку, которая разрешает все затруднения. Тогда как идея органической взаимозависимости позволяет разделять и соединять болезненное нарушение и компенсаторный ответ, изучение личности не допускает подобного анализа в психопатологии.

3) *Больной и среда* — Наконец, рассматривать с помощью одних и тех же методов и понятий органическую целостность и психологическую личность мешает третье различие. Никакую болезнь, конечно же, нельзя отделить от методов исследования, процедур изоляции, терапевтических приемов, которыми ее окружает медицинская практика. Но понятие органической целостности выдвигает на первый план независимую от этой практики идею индивидуальности больного; она позволяет очертить его в свойственном ему патологическом своеобразии и определить подлинные особенности патологических реакций.

В психической патологии реальность больного не позволяет подобного абстрагирования, и каждая страдающая индивидуальность должна посредством практики включать в свои отношения среду. Ситуация попечительства, навязанная безумцу (*aliene*) законом 1838 г., общая зависимость от медицинского освидетельствования, несомненно, способствовали тому, чтобы закрепить к концу XIX века образ истерика. Лишенный своих прав опекуном

и семейным советом, впавший в состояние юридическо-го и духовного несовершеннолетия, лишенный могуществом врача своей свободы, больной оказался средоточием всех социальных внушений настолько, что следствием этих обстоятельств стала внушаемость как основной синдром истерии. Бабинский<sup>27</sup>, приписывая своей больной подверженность внушению, довел ее отчуждение до такой степени, что ослабленная, немая и обездвиженная, она готова была внимать силе чудесных слов: «Встань и иди». И врач, благодаря успеху евангельского парафразы, находил признаки симуляции, поскольку больная, следуя ироничному пророческому наказу, действительно переставала лгать и действительно шла. Итак, с тем, что врач разоблачал как иллюзию, он сталкивался в фактах реальности своей медицинской практики: в этой внушаемости он видел результат всех внушений, которым был подчинен больной. Для того чтобы сегодня наблюдения не приводили к подобным чудесам, не нужно опровергать реальность достижений Бабинского; необходимо лишь доказать, что образ истерика постепенно стирается, по мере того как смягчается практика внушения, которая когда-то конституировала среду больного.

Таким образом, диалектика отношений индивида со средой в патологической физиологии и патологической психологии различна. Мы не можем допускать ни абстрактного параллелизма, ни тотального единства феноменов психической и органической патологии; невозможно перемещать из одной в другую абстрактные схемы, критерии нормальности или определение больного индивида. Психическая патология должна освободиться от всех постулатов, опирающихся на «метапатологию»: единство, обеспечивающееся единством различным форм болезни, всегда искусственно; только конкретный человек является носителем их фактического единства.

Стало быть, необходимо, доверяя человеку самому по себе, а не отталкивающимся от болезни абстракциям, проанализировать специфику психического заболевания, отыскать конкретные формы, которые оно может прини-

мать в психологической жизни индивида, затем выяснить условия, сделавшие возможными эти различные аспекты, и восстановить целостную каузальную систему, которая лежит в их основе.

На эти две группы вопросов<sup>28</sup> мы попытаемся ответить в двух частях этого труда<sup>29</sup>:

- 1) Психологические измерения болезни;
- 2) Фактические условия болезни.

## Глава 2. Психологические измерения болезни

### *Болезнь и эволюция*

В присутствии тяжелого психически больного поначалу у нас обязательно возникает впечатление тотального и обширного дефицита при одновременном отсутствии какой-либо компенсации: неспособность больного к ориентации во времени и пространстве, нарушения непрерывности, всегда присутствующие в поведении, невозможность преодолеть сиюминутность мгновения, поскольку он окружен стеной и не способен проникнуть в мир другого или обратиться к прошлому и будущему — все эти феномены заставляют описывать болезнь в понятиях утраченных функций: спутанное сознание больного затемнено, сужено, фрагментарно. Но эту функциональную пустоту в то же самое время наводняет целый поток элементарных реакций, которые кажутся гипертрофированными и акцентированными из-за исчезновения других поведенческих форм: вся автоматика повторения усилена (больной эхολалирует вопросы, которые ему задают, вызванные движения фиксируются и повторяются бесконечно), внутренняя речь охватывает все пространство экспрессии больного, продолжающего вполголоса обращенный в никуда и ни к кому бессвязный монолог; наконец, иногда возникают интенсивные эмоциональные реакции. Не нужно, таким образом, стремиться прочесть психическую патологию в слишком ясном тексте исчезнувших функций: болезнь — это не только утрата сознания, переход его в

сновидное, обнубиляция<sup>30</sup> этой способности. В своей абстрактной разделенности психология XIX века призывала именно к такой, чисто негативной, дескрипции болезни, и семиотика каждой формы была чрезвычайно проста, поскольку ограничивалась лишь тем, что описывала утраченную способность, перечисляя при амнезиях забытые воспоминания, а также детализируя синтезы, ставшие невозможными при раздвоении личности. Болезнь действительно уничтожает, но она и акцентирует; она уничтожает одно, чтобы усилить другое; сущность болезни не только в той пустоте, что она создает, но также и в позитивной полноте заместительной активности, которая эту пустоту заполняет.

Но какая диалектика включает одновременно эти позитивные факты и негативные феномены утраты?

Сразу же можно отметить, что утраченные функции и функции акцентированные принадлежат к разным уровням: утрачиваются комплексная координация, сознание с его интенциональной открытостью, совокупностью пространственно-временных ориентации, — именно волевое усилие поддерживает и упорядочивает автоматизмы. Сохраненные и акцентированные действия, наоборот, сегментарны и просты; это отдельные элементы, которые высвобождаются абсолютно противоречиво. Сложный синтез диалога заменяется фрагментарным монологом; синтаксис, посредством которого конституируется смысл, разрушается и существует лишь посредством вербальных элементов, откуда выскальзывают двусмысленные, полиморфные и нестойкие смыслы; пространственно-временная связность, которая упорядочивается в «здесь и теперь», раздроблена и представлена лишь как хаос последовательных и обособленных островков. Позитивные симптомы противоположны отрицательным, как простое сложному. И как устойчивое неустойчивому.

Пространственно-временные синтезы, интерсубъективное поведение, сознательные интенциональности постоянно компрометируются такими столь же частыми феноменами, как бездействие, столь же пространственными, как

внушение, столь же привычными, как сон. Реакции, акцентированные болезнью, обладают той психологической прочностью, которой нет у утраченных структур. Патологический процесс усиливает наиболее стойкие феномены и уничтожает лишь наиболее неустойчивые.

Наконец, патологически акцентированные функции менее произвольны: больной утрачивает всякую инициативу до такой степени, что никакой ответ, даже стимулированный вопросом, больше невозможен — он способен лишь повторить последние слова своего собеседника; если он стремится совершить действие, инициатива сразу же выходит за границы автоматизма повторения, который затухает и исчезает. Стало быть, резюмируя, можно сказать, что болезнь уничтожает сложные, неустойчивые и произвольные функции, усиливая простые, стойкие и автоматические, но это различие на структурном уровне дублируется различием на эволюционном. Преобладание автоматизмов, разорванная и беспорядочная последовательность действий, взрывная форма эмоциональных проявлений характерны для архаичного уровня развития индивида. Именно эти реакции демонстрируют поведенческий стиль ребенка: отсутствие диалога, обилие монологов без собеседника, эхо-повторы с непониманием диалектики «вопрос-ответ», множественность пространственно-временных координат, разбивающая поведение на изолированные фрагменты, где пространство фрагментировано и состоит из независимых отрезков — все это явления, общие для патологических структур и архаичных стадий эволюции, указывают в заболевании на регрессивный процесс.

Таким образом, если болезнь заставляет появляться в едином движении позитивные и негативные симптомы<sup>31</sup>, если она их одновременно уничтожает и усиливает, то это потому, что, возвращаясь к предыдущим фазам эволюции, она уничтожает ее недавние достижения и вновь обнажает уже закрепленные нормальные формы поведения. Болезнь — это процесс, в ходе которого разрушается нить эволюции, уничтожающий сперва в своих

наиболее мягких формах самые недавние структуры и затрагивающий затем, в своем завершении и высшей точке своего развития, наиболее архаичные уровни. Болезнь, стало быть, не является дефицитом, вслепую отмечающим именно эту или какую-либо другую способность; в абсурдности болезни есть логика, которую нужно суметь расшифровать, — это сама логика нормальной эволюции. Болезнь — не противостоящая природе сущность, она и есть природа, но в своем обратном развитии; естественная история болезни должна лишь актуализировать ход естественной истории здорового организма. Но в этой единой логике каждая болезнь сохраняет свое своеобразие, а каждая нозографическая единица<sup>32</sup> находит свое место и свое содержание и будет определяться той точкой, где прекращается процесс распада, поэтому в поиске сущности различных болезненных форм необходимо предпочесть анализ по глубине «снижения», и смысл болезни может стать тем своеобразным мелководьем, где стабилизируется процесс регрессии.

\* \* \*

«Любое безумие, — говорил Джексон<sup>33</sup>, — сопровождается болезненным поражением большего или меньшего числа высших корковых центров, другими словами, затрагивает высший уровень эволюции церебральной инфраструктуры, точнее, анатомический субстрат и физический базис сознания... В любом безумии большая часть высших корковых центров функционирует вне временных и пространственных ориентиров в некоем патологическом процессе»<sup>34</sup>. Все труды Джексона были направлены на утверждение эволюционизма в невро- и психопатологии. И начиная с «Крунианских лекций» (1884) больше невозможно не замечать регрессивных аспектов болезни; эволюция отныне — одно из измерений, посредством которых мы получаем доступ к патологическому факту.

Значительная часть творчества Фрейда — это толкование развивающихся форм невроза. История либидо, его развития, его последовательных фиксаций — это набор

патологических возможностей индивида: каждый тип невроза является возвращением к какой-либо стадии либидиальной эволюции. И психоанализ верил, что сумеет описать психологию ребенка, исследуя патологию взрослого.

1) Первые объекты, исследуемые ребенком, — продукты питания, а первый инструмент удовольствия — рот; это фаза орального эротизма, во время которой пищевая фрустрация<sup>35</sup> может запустить комплексы отнятия от груди; это также фаза почти биологической связи с матерью, где любой отказ может спровоцировать физиологические дефициты, проанализированные Спитцем<sup>36</sup>, или неврозы, описанные г-жой Ге<sup>37</sup> как специфические неврозы отказа<sup>38</sup>. Г-жа Сешехэ<sup>39</sup> даже смогла подвергнуть анализу молодую шизофреничку, у которой фиксация на этих самых архаичных стадиях развития привела в юношеском возрасте к возникновению гебефренического ступора<sup>40</sup>, в котором она, угасая, жила в смутном и тревожном переживании своего голодного тела.

2) С появлением первых зубов и развитием мускулатуры ребенок выстраивает целую систему агрессивной защиты, которая обозначает первые мгновения его независимости. Но это также и время, когда ребенка заставляют соблюдать дисциплину — в основном дисциплину сфинктеров, — обеспечивающую в своей репрессивной форме присутствие родительских инстанций. Естественным измерением эмоциональности становится двойственность: двойственность употребляемого в пищу продукта, который доставляет удовольствие только тогда, когда его, кусая, агрессивно уничтожают; двойственность наслаждения, связанного как с интроекцией, так и с экскрецией; двойственность удовлетворения, то разрешенного и оцениваемого, то запрещенного и влекущего наказание. В середине именно этой фазы определяется то, что г-жа Мелани Кляйн называет «хорошими» и «плохими» объектами, но скрытая двусмысленность тех и других еще не доминирует, а фиксация на этом периоде, названном Фрейдом «садистически-анальной стадией», выкристаллизовывается в обсессивные синдромы — противоречивые син-

дромы мнительности, нерешительности, импульсивного влечения, беспрестанно компенсируемых строгостью запрета; постоянно отклоняемых, но всегда возобновляющихся предосторожностей против себя самого; диалектики строгости и уступчивости, соучастия и отказа, в которой может прочитываться радикальная двойственность желаемого объекта.

3) Связанный с первой эротической активностью, с совершенствованием реакций поддержания равновесия и с узнаванием самого себя в зеркале, формируется опыт собственного тела. В качестве своей основной темы эмоциональность развивает установление телесной целостности или протест против нее; нарциссизм становится структурой сексуальности, а собственное тело — привилегированным сексуальным объектом. Любое изменение в этой нарциссической цепи нарушает уже пошатнувшееся равновесие, и об этом свидетельствует детский страх, возникший под влиянием кастрационных фантазий родительских угроз. Именно к этому тревожному беспорядку телесных переживаний устремляется истерический синдром: раздвоение тела и возникновение альтер-эго, где тело, как в зеркале, читает свои мысли, свои желания и свои поступки, которые у него уже отобрал этот демонический двойник; истерическая раздробленность, дополняющая общее переживание тела элементами анестезии или парализации; фобическая тревога перед объектами, фантастические угрозы которых нацелены для больного на целостность его тела (Фрейд анализировал такую фобию четырехлетнего мальчика, у которого страх перед лошадьми вызывал навязчивые идеи кастрации<sup>41</sup>).

4) Наконец, к концу этого раннего детства происходит объектный выбор — выбор, который должен предполагать гетеросексуальную фиксацию, идентификацию с родителем того же пола. Но этой дифференциации и формированию нормальной сексуальности противится позиция родителей и амбивалентность детской эмоциональности: на самом деле в это время она фиксируется еще в модусе ревности, любое столкновение эротизма и агрессивности



по отношению к матери приводит к отказу или, по крайней мере, к колебаниям; она искажается страхом перед отцом, чье триумфальное соперничество одновременно с ненавистью вызывает окрашенное влюбленностью желание идентификации. Это знаменитый Эдипов комплекс, с помощью которого Фрейд надеялся разгадать тайну человека и отыскать ключ к его судьбе, и в нем, несомненно, можно найти наиболее содержательный анализ конфликтов, пережитых ребенком в отношениях со своими родителями, и точку фиксации большинства неврозов.

Одним словом, любая либидинальная стадия есть виртуальная патологическая структура. Невроз — это естественная археология либидо.

Жане также развивает джексоновскую тему, но уже в социологической перспективе. Затухание психологической энергии<sup>42</sup>, которое характеризует болезнь, делает невозможным приобретение сложных поведенческих реакций в ходе социальной эволюции и, словно отступающий прилив, обнажает примитивные социальные или даже до-социальные реакции.

Психастеник не может поверить в реальность того, что его окружает; это действие для него «слишком сложно». Что такое сложное поведение? В основном это поведение, вертикальный анализ которого показывает наложение нескольких синхронных действий. Убить на охоте дичь — это одно действие, а рассказывать об этом впоследствии — другое. Когда дичь выжидают, когда стреляют, то рассказывают самим себе, как стреляют, как гоняться за добычей, как подкарауливают ее — для того, чтобы впоследствии сотворить из этого эпопею для других. Осуществлять одновременно реальный акт охоты и виртуальное действие рассказа — удвоенная, намного более сложная операция, чем каждая по отдельности, только с виду она проста: это действие в настоящем является источником всех темпоральных действий, где накладываются и наслаиваются друг на друга актуальный поступок и осознание того, что этот поступок имеет будущее, что позже мы сможем рассказать о нем как об уже произо-

шедшем событии. Сложность поведения, таким образом, можно измерить числом элементарных действий, которые предполагают единство своего протекания. Давайте теперь разберем это действие «рассказа другим», возможность которого является частью поведения в настоящем. Рассказывать, или проще — говорить, или еще элементарнее — расставлять по порядку, тоже непросто: это значит сначала обратиться к событию или порядку вещей, или к миру, который мне самому недоступен, но может быть доступен другому на моем месте; мне, таким образом, необходимо признать точку зрения другого и включить ее в мою, «удвоить» мое собственное поведение (событийный порядок) виртуальным поведением, действием других, которые должны его совершить<sup>43</sup>. Более того, упорядочивание всегда предполагает ухо, которое будет воспринимать, ум, который поймет, тело, которое исполнит — в приказе всегда включена возможность повиновения. То есть очевидно, что все эти простые действия, на которые направлено внимание в настоящем — рассказ, речь, — предполагают некоторую двойственность, которая лежит в основании двойственности всего социального поведения. Значит, если для психастеника сложно сконцентрировать внимание на настоящем, то это влечет именно социальные последствия, для него становятся затруднительными все те действия, у которых есть обратная сторона (смотреть и быть увиденным в реальности, говорить и быть объектом разговора в речи, верить и быть объектом веры в рассказе), поскольку эти действия разворачиваются в социальном горизонте. Необходима была целая социальная эволюция для того, чтобы диалог сделался способом общения между людьми; вероятно, он стал возможен благодаря переходу от неподвижного, допускающего лишь приказ общества с его иерархией элементов, к обществу, где равенство отношений разрешает и гарантирует виртуальный обмен, верность прошлому, обязательства перед будущим, взаимность позиций. Именно эту социальную эволюцию вновь актуализирует неспособный к диалогу больной. Каждая болезнь в зависимости от степени тяжести

уничтожает одно из тех действий, что в процессе своей эволюции сделало возможным общество, и заменяет его архаичными формами поведения:

1) Вместо диалога как высшей формы эволюции речи приходит нечто вроде монолога, где субъект рассказывает себе самому о том, что он делает, или где ведет с воображаемым собеседником диалог, который с реальным партнером он вести неспособен, — таков профессор-психастеник, способный прочесть свою лекцию только перед зеркалом. Для больного становится слишком «сложно» действовать под взглядом другого, поэтому столько больных, одержимых навязчивыми идеями, или психастеников, хорошо себя чувствуют, только если ощущают внутри себя феномены высвобождаемой эмоциональности, такие как всевозможные тики, мимики, миоклонии<sup>44</sup>;

2) Утрачивая эту двойственную возможность диалога и схватывая речь лишь с той схематичной стороны, которую она являет говорящему, и не более, больной утрачивает власть над своим символическим миром; и все слова, знаки, ритуалы — одним словом, все, намек на что или базис чего содержится в человеческом мире, больше не включается в систему значимых эквивалентностей; слова и поступки больше не являются тем единым пространством, где встречаются собственные интенции и интенции других. Теперь это лишь поле разворачивания значений монолитного и тревожного существования, пребывающих сами по себе: улыбка больше не является обыкновенным ответом на ежедневные приветствия; теперь она — загадочное событие, больше не выступающее символическим эквивалентом вежливости, и поэтому она отрывается от горизонта больного как символ непостижимой для нас тайны, как выражение безмолвной и угрожающей иронии. Со всех сторон возникает мир преследования;

3) Этот мир, который переходит от бреда к галлюцинациям, как кажется, целиком зависит от патологии веры в межличностном поведении: социальный критерий истинности («верить тому, чему верят другие») больше не имеет для больного ценности, и в этот мир, который отсутствие

другого лишило его объективной устойчивости, он вводит целый мир символов, фантазмов, навязчивостей; мир, где погас взгляд другого, наводняют галлюцинации и бред. Таким образом, в этих патологических феноменах больной возвращается к архаичным формам веры, когда первобытный человек не находил критерия истинности в своей солидарности с другим, когда он проецировал свои желания и свои страхи в фантазмагории, которые сплетали с реальностью неразрывную ткань сна, видения и мифа.

\* \* \*

На горизонте всех этих исследований, несомненно, существуют объяснительные сюжеты, сами при этом расположенные на границе мифа: сначала миф о некоей психологической сущности («либидо» у Фрейда, «психическая сила» у Жана), которая выступала бы сырым материалом эволюции и, прогрессируя в ходе индивидуального и социального развития, претерпевала бы своеобразные повторения и возвращалась в случае болезни к своему предыдущему состоянию; затем миф о схожести больного, первобытного человека и ребенка — миф, который успокаивает сознание, шокированное психическим заболеванием<sup>45</sup>, и укрепляет сознание, ограниченное своими культурными предубеждениями. Из этих двух мифов первый — по причине его научности — быстро отбросили (Жане сохранил анализ поведения, но не интерпретацию с помощью психической силы; психоаналитики все больше и больше противоречат биопсихологическому понятию либидо); другой, наоборот, поскольку он этичен, поскольку оправдывает больше, чем объясняет, еще жив.

Однако почти бессмысленно устанавливать тождество между патологической личностью больного и нормальной личностью ребенка или первобытного человека.

На самом деле из двух вещей нужно выбрать одну:

— Неукоснительно следовать интерпретации Джексона. «Я полагаю, — писал он, — что существует четыре слоя церебральных центров: А, В, С, D»; первая, наиболее мягкая, форма сумасшествия тогда будет выглядеть

как — A + B + C + D; «сохранная личность есть на самом деле + B + C + D; понятие — A используется только для того, чтобы показать, чем новая личность отличается от предшествующей»<sup>46</sup>. Патологическая регрессия не является в таком случае операцией вычитания: то, что вычитается в этой арифметике, т. е. именно последний термин, обеспечивает и завершает личность; «остаток», следовательно, будет не предшествующей, а исчезнувшей личностью. Как тогда можно отождествлять личность больного с «предшествующими» ей личностями первобытного человека или ребенка?

— Расширить джексонизм, признав возможность реорганизации личности. Регрессия не довольствуется уничтожением и высвобождением; она упорядочивает и размещает, как говорили Монаков и Мург<sup>47</sup>, характеризуя неврологический распад: «Дезинтеграция не является полной противоположностью интеграции... Было бы абсурдным говорить, что гемиплегия<sup>48</sup> является возвращением к предшествующей стадии обучения локомоции... Авторегуляция действует здесь так, что понятия чистой дезинтеграции не существует. Этот идеальный процесс скрыт созидательной способностью организма все время восстанавливать нарушенное равновесие»<sup>49</sup>.

Больше, значит, нельзя говорить об архаичных личностях; нужно признавать специфичность болезненной личности, поскольку патологическая структура психики не является производной от чего-либо, она абсолютно оригинальна.

Это не означает отбросить анализы патологической регрессии; их необходимо лишь освободить от мифов, которых не смогли прояснить Фрейд и Жане. Несомненно, было бы неправомерно, используя объяснительную перспективу, говорить, что заболевший человек вновь становится ребенком, но вернее было бы сказать с описательной позиции, что больной проявляет в своей болезненной личности сегментарные реакции, аналогичные таковым в предшествующих возрастных периодах или в другой культуре; болезнь обнажает и выбирает нормально интегрированное поведе-

ние. Регрессия, стало быть, должна пониматься лишь как один из дескриптивных аспектов болезни.

Структурное описание болезни, таким образом, должно было бы анализировать позитивные и негативные симптомы каждого синдрома, то есть рассматривать во всех деталях исчезнувшие и высвободившиеся структуры. Нужно не только поместить патологические формы в перспективу, которая сделала бы взаимосвязанными и понятными факты индивидуальной и социальной регрессии, отмеченные Фрейдом и Жане, но и объяснить их. Итак, мы можем вкратце представить общие линии подобного описания:

1) Нарушение душевного равновесия и неврозы являются лишь первой ступенью распада психических функций. Поражение здесь касается общего равновесия психологической личности, и это нарушение, часто кратковременное, высвобождает исключительно аффективные комплексы — бессознательные эмоциональные структуры, возникшие в процессе индивидуальной эволюции;

2) В паранойе общее расстройство характера высвобождает чувственную структуру, что проявляется как акцентирование свойственного личности поведения, но ни ясность, ни порядок, ни связность психического фундамента еще не затронута;

3) Однако в онейроидных состояниях достигается уровень, где структуры сознания уже разделены, перцептивный контроль и связность рассудочной деятельности уже исчезли, и в этом распаде сферы сознания мы видим, как проступают сновидные структуры, которые обычно высвобождаются только во сне. Иллюзии, галлюцинации, обманы восприятия выражают в бодрствующем состоянии растормаживание форм сновидного сознания;

4) В маниакальных и меланхолических состояниях диссоциация достигает инстинктивно-аффективной сферы: эмоциональная дурашливость маниакального больного, утрата меланхоликом осознания тела и действий, направленных на самосохранение, являют собой негативные симптомы. Что касается позитивных форм заболевания, они появляются в тех пароксизмах моторного возбужде-

ния, когда меланхолик проявляет свое отчаянье, маниакальный больной — свое эйфорическое возбуждение;

5) Наконец, в состояниях спутанности сознания и шизофренических состояниях повреждение достигает степени оформившегося дефицита: в обстановке, где пространственные и временные ориентиры стали слишком неопределенными для того, чтобы указывать направление, мышление распадается на изолированные фрагменты, озвучивает пустой и темный мир «психических синкоп» или запирается в безмолвии тела, подвижность которого сама ограничена кататоническим синдромом. Как позитивные симптомы продолжают возникать лишь стереотипии<sup>50</sup>, галлюцинации, выражающиеся в бессвязных слогах вербальные схемы, а внезапные эмоциональные всплески сменяются едва мелькнувшей апатией слабоумия.

6) И именно в деменции завершается цикл этого патологического распада, где избылуют все негативные симптомы нарушений и где распад становится настолько глубоким, что больше не существует никакой инстанции ратормаживания; больше нет личности, а есть лишь живое существо.

Но анализ такого типа не смог бы полностью исчерпать всего многообразия патологий<sup>51</sup>. Он недостаточен по двум причинам:

а) Он пренебрегает организацией больной личности, в которой регрессивные структуры всегда обновляются: каким бы глубоким ни был распад (случай слабоумия — единственное исключение), личность никогда не может исчезнуть полностью. О регрессии личности свидетельствуют не разрозненные элементы, поскольку она из них никогда не состояла, и не более архаичные личности, поскольку развитие личности необратимо, и есть лишь последовательность действий. Какой бы примитивной и простой она ни была, не нужно опускать организаций, с помощью которых шизофреник структурирует свой универсум: описываемый им раздробленный мир соответствует его рассеянному сознанию; время без будущего и прошлого, в котором он живет, отражает его неспо-

способность проецировать себя в будущее и узнавать себя в прошлом; но этот хаос имеет своим связующим центром личностную структуру больного, обеспечивающую живое единство его сознания и его горизонта. Как бы человек не был болен, этот центр связности не может не существовать. Наука о психической патологии может быть лишь наукой о больной личности.

б) С другой стороны, регрессивный анализ описывает направленность болезни, не объясняя ее происхождения. Если бы болезнь являлась лишь регрессией, она как возможность была бы заложена в любом индивиде, в самом движении его эволюции; безумие было бы лишь случайностью, своеобразной платой за человеческое развитие. Но почему некий человек заболел и заболел в определенный момент определенным заболеванием, почему у его навязчивостей именно эта тема, почему его бред включает эти претензии или почему его галлюцинации восторгаются миром таких визуальных форм — абстрактное понятие регрессии не способно объяснить. Если исходить из эволюционистской перспективы, у болезни нет другого статуса, кроме как статуса всеобщей возможности. Причинность, которая делает ее необходимой, так же как и то, что наделяет каждую клиническую картину особым оттенком, еще не открыта. Эту необходимость и ее индивидуальные вариации как раз и нужно искать в специфической эволюции, в личной истории больного.

Значит, нужно вести анализ дальше и дополнить это эволюционное, возможностное и структурное измерение анализом того измерения болезни, которое делает ее необходимой, наделенной смыслом и историчной.

### *Болезнь и индивидуальная история*

Психологическая эволюция интегрирует прошлое и настоящее, объединяя их в бесконфликтное единство, в то упорядоченное единство, что определяется как иерархия структур, в то прочное единство, которое может подорвать лишь патологическая регрессия; психологическая история, напротив, игнорирует подобную кумуляцию пред-



шествующего и актуального, она выстраивает их относительно друг друга, устанавливая между ними расстояние, обычно допускающее напряжение, конфликт и противоречие. В эволюции прошлое порождает настоящее и делает его возможным; в истории настоящее отделяется от прошлого, придает ему смысл и делает его понятным. Психологическое будущее одновременно и эволюция и история; время психики должно анализироваться одновременно и через предшествующее и через актуальное — если говорить в терминах эволюции, а также через прошлое и настоящее — если говорить в терминах истории. Когда в конце XIX века, после Дарвина и Спенсера, все были очарованы открытием истины человека в развитии живого существа, казалось, что можно написать историю в терминах эволюции или совместить одну и другую в пользу второй — тот же софизм (*sophisme*), впрочем, мы нашли бы и в социологии той эпохи. Ошибка, возникшая в психоанализе, а затем и в большей части генетических психологии, несомненно, состоит в том, что в единстве психологического будущего не улавливали этих двух несводимых друг к другу измерений эволюции и истории<sup>52</sup>. Но гениальный ход Фрейда заключается в том, что он смог достаточно быстро преодолеть эту эволюционистскую перспективу, разработав понятие либидо и получив посредством него доступ к историческому измерению человеческой психики.

Действительно, в аналитической психологии всегда можно вычленишь то, что возвращается к психологии эволюции (как «Три очерка по теории сексуальности»), и то, что относится к психологии индивидуальной истории (как «Пять лекций по психоанализу» и тексты, которые с ними связаны). Ранее мы говорили об эволюции эмоциональных структур, той, что подробно описана в психоаналитической традиции. Теперь чтобы определить, чем может быть психическое заболевание, если его рассматривать в перспективе индивидуальной истории, мы коснемся другого аспекта психоанализа<sup>53</sup>.

Вот наблюдение, которое Фрейд приводит во «Введении в психоанализ»<sup>54</sup>: женщина приблизительно пятидесяти лет подозревает своего мужа в том, что он изменяет ей с молодой девушкой, которая работает у нее горничной. Чрезвычайно банальная ситуация и чувства. Однако эта ревность обретает странное звучание: она появилась после анонимного письма, причем автор письма, который действовал только по причине мести и привел лишь неточные факты, известен; женщина знает все это, охотно признает несправедливость своих упреков к мужу, не задумываясь, говорит о любви, которую он всегда проявлял к ней. Но между тем ревность не исчезает; чем больше фактов подтверждает верность ее мужа, тем сильнее ее подозрения; ревность парадоксально выкристаллизовывается вокруг уверенности в отсутствии обмана. В то время как болезненная ревность в классической форме паранойи является непоколебимой убежденностью, возникающей на основе весьма разумного обоснования, то в этом наблюдении Фрейда мы видим пример импульсивной<sup>55</sup> ревности, которая постоянно оспаривает собственную обоснованность, каждый момент стремится опровергнуть и живет в угрызениях совести — это весьма любопытный (и относительно редкий) случай навязчивой ревности.

В ходе анализа выясняется, что женщина влюблена в своего зятя, но испытывает такое чувство вины, что не может признать своего желания и переносит вину за любовь к лицу моложе себя на мужа. Более глубокое исследование показывает, впрочем, что эта привязанность к зятю амбивалентна и что за ней стоит окрашенная ревностью враждебность, предмет соперничества которой — дочь больной; в центре болезненного феномена, таким образом, оказывается гомосексуальная фиксация на дочери.

Метаморфозы, символизм, трансформация чувств в противоположные, искажение образов, перенос вины, превращение угрызений совести в обвинения — все эти процессы демонстрируют черты детского воображения. Эту проекцию ревности можно сопоставить с проекцией, описанной г-ном Валлоном<sup>56</sup> в «Истоках характера у

детей»<sup>57</sup>: ссылаясь на Эльзу Келер<sup>58</sup>, он приводит случай девочки трех лет, которая бьет по щеке своего маленького приятеля и, заливаясь слезами, бежит за гувернанткой, чтобы та успокоила того, кого она ударила. У этого ребенка, как и у навязчивой больной, о которой мы говорили, обнаруживаются одни и те же структуры поведения: недеференцированность сознания препятствует различению действия и чувства (бить — быть побитым, обманывать — быть обманутым); с другой стороны, амбивалентность чувств допускает некоторую обратимость агрессии и вины<sup>59</sup>. В обоих случаях мы обнаруживаем сходные черты психологического архаизма: изменчивость эмоциональных реакций, лабильность личностной структуры в оппозиции «я — другой». Но речь не идет о том, чтобы вновь укреплять регрессивный аспект болезни.

Здесь важно, что эта регрессия больной Фрейда имеет весьма определенный смысл — ей нужно избежать чувства вины: сдерживая любовь к своему зятю, она убегает от угрызений совести за чрезмерную любовь к своей дочери и ускользает от вины, порождаемой этой новой привязанностью, перенося ее на мужа, как бы отзеркаливая любовь, параллельную своей. В инфантильных приемах преобразования реальности, таким образом, есть своя выгода: они представляют собой бегство, простой путь воздействия на реальность, мифический способ трансформации своего «я» и других. Регрессия не является естественным погружением в прошлое, она есть умышленное бегство от настоящего. Скорее средство, чем само возвращение. Но от настоящего можно сбежать, лишь заменив его чем-то иным; прошлое, которое обнажается в патологическом поведении, не является истоком, к которому возвращаются как к потерянной родине, — это искусственное и воображаемое прошлое подмены:

— или подмена форм поведения: зрелое, развитое и адаптированное поведение уничтожается инфантильным, простым и неадаптированным. Как у знаменитой больной Жане: при мысли, что может заболеть ее отец, она проявляет пароксизмальные формы инфантильного возбужде-

ния (припадок, моторные эксплозии<sup>60</sup>, падения), поскольку отказывается от его адаптированных форм, которые предполагают заботу о лечении отца, поиск средств постепенного выздоровления, уход за ним в качестве сиделки;

— или подмена самих объектов: живые формы реальности субъект заменяет воображаемыми предметами своих первичных фантазмов, и мир выказывает себя в архаичных объектах. Реальные персонажи меркнут перед родительскими фантомами, поскольку у страдающих фобиями, сталкивающихся у порога каждого действия с одними и теми же угрожающими страхами, за стереотипными образами ужасающего животного (*l'image stereotype de l'animal terrifiant*), за неясными страхами, которые переполняют сознание, проступает грозящая расправой фигура отца или стремящаяся завладеть любовью мать,

Вся эта игра превращений и повторений проявляется у больных; к прошлому обращаются только с целью замены актуальной ситуации, и оно возвращается лишь когда дело касается неосуществимости настоящего.

\* \* \*

Но какую выгоду может принести повторение приступа тревоги? Какой смысл вновь обнаруживать ужасающие фантазмы детской жизни, подменять взрослые расстройства эмоциональности еще незрелыми реальными формами активности? Зачем убежать от настоящего, если при этом актуализировать еще неадаптированные формы поведения?

Патологическая инертность поведения? Манифестация принципа повторения, которую Фрейд экстраполировал на биологическую реальность парадоксального «инстинкта смерти», стремящегося к неподвижному, к идентичному, монотонному, неорганичному так же, как инстинкт жизни всегда стремится к подвижности, новой органической иерархии? Это, несомненно, лишь констатация фактов без какого бы то ни было объяснения. Но в творчестве Фрейда и в психоанализе есть и то, с помощью

чего можно объяснить эту неосуществимость настоящего, не прибегая к чистому и простому повторению прошлого.

Фрейд сам имел возможность анализировать симптом в его формировании. Речь шла о маленьком мальчике четырех лет, о Маленьком Гансе<sup>61</sup>, страдавшем боязнью лошадей. Амбивалентный страх, поскольку он всеми силами стремился их увидеть и бежал к окну, как только слышал звуки повозки, но, стоило ему увидеть лошадь, на которую он пришел посмотреть, он кричал от страха. Амбивалентный страх еще и потому, что он одновременно боялся, что лошадь укусит его, и что она может упасть и разбиться насмерть. Хотел он или не хотел видеть лошадь? Боялся ли он за себя или за нее? Несомненно, все сразу. Анализ показывает ребенка в узловой точке всех эдиповых ситуаций: отец всячески стремился предупредить слишком сильную фиксацию на матери, но привязанность к матери становилась от этого еще сильнее, обострившись к тому же после рождения младшей сестры; так что отец для Маленького Ганса всегда был преградой между ним и матерью. В это время и формируется синдром. Чрезвычайно простой характер символизации исходного материала позволяет увидеть в образе лошади замену образа отца, и в амбивалентности страхов ребенка легко отгадать желание его смерти. Болезненный симптом является самым легким способом удовлетворения желания; эту смерть, которую он бессознательно желает для своего отца, ребенок видит в воображаемой смерти лошади. Но этот символизм, что чрезвычайно важно, не только является мифическим и образным выражением реальности, но играет по отношению к ней и функциональную роль. Несомненно, страх укуса лошади есть выражение страха кастрации: он символизирует отцовский запрет на любую сексуальную активность. Но этот страх раны удвоен навязчивой мыслью о том, что лошадь сама может упасть, пораниться и умереть; словно бы ребенок защищается собственным страхом от желания увидеть смерть своего отца и разрушение благодаря этому той преграды, которая отделяет его от матери. Итак, это убийственное желание проявляется в фантазмах стра-

дающего фобией не непосредственно — оно присутствует у него в замаскированной форме страха: ребенок боится смерти лошади, так же как и ее укуса. Он защищается от своего желания смерти и отражает виновность отца, выражая ее эквивалентным страхом, который испытывает за себя самого; он боится «для отца» того же, чего боится сам. Таким образом, мы видим, что выразительное значение синдрома не является непосредственным, но пропускает через серию механизмов защиты. В этом случае фобии имеют значение два таких механизма: первый превращает страх за себя самого в желание смерти того, перед кем страх возникает; второй трансформирует это желание в боязнь увидеть, как оно исполнится.

Опираясь на этот пример, стало быть, можно сказать, что польза, извлеченная больным из неосуществимости в болезни своего настоящего, основана на потребности от этого настоящего защититься. Болезнь включает все реакции бегства и защиты, с помощью которых больной реагирует на ситуацию, в которой он оказывается; и, начиная с этого настоящего, той актуальной ситуации, все их нужно учитывать и понимать как развивающиеся регрессии, имеющие значение для патологического поведения; регрессия является не только возможностью эволюции, но и следствием истории.

Это понятие психологической защиты является центральным. Именно вокруг него вращается весь психоанализ. Толкование бессознательного, исследование детских травм, высвобождение либидо, предполагаемое во всех феноменах эмоциональной жизни, дополненной такими мифическими импульсами, как инстинкт смерти — в течение долгого времени психоанализ был только этим, но он все более и более стремился к тому, чтобы довести свое исследование до механизмов защиты и в конце концов признать, что субъект репродуцирует свою историю, лишь реагируя на актуальную ситуацию. Г-жа Анна Фрейд перечислила эти механизмы защиты<sup>62</sup>. Кроме сублимации, признаваемой ею нормальным поведением, она обнаруживает девять способов, с помощью которых больной защищает-

ся, и которые своим сочетанием определяют возникновение различных форм невроза — вытеснение, регрессия, реактивное образование, изоляция, отмена бывшего некогда (*l'annulation retroactive*), проекция, интроекция, обращение на себя<sup>63</sup>, обращение в противоположное.

— Истерик использует главным образом вытеснение: он изымает из сознания все сексуальные репрезентации, он нарушает меру безопасности, психологическую непрерывность, и в этих психических синкопах появляются бессознательное, провалы в памяти, безразличие, которое составляет нечто вроде «прекрасного настроения» истерика; он также разрушает единство тела, чтобы стереть из него все символы и все субституты сексуальности, вследствие чего и появляются анестезии<sup>64</sup> и нервный паралич<sup>65</sup>;

— Обсессивный больной, наоборот, защищается в основном «изоляцией», он отрывает конфликт от его контекста, наделяет его символами и выражениями, лишенными очевидной связи с содержанием, и столкновение сил приводит к внезапному появлению на фоне адаптированного поведения импульсивных, ригидных и абсурдных действий, о чем свидетельствует случай больной Фрейд<sup>66</sup>, которая, не зная зачем, не оправдываясь ни чувством осторожности, ни скупостью, не могла воздержаться от записи всех номеров банковских билетов, проходивших через ее руки. Но у этого поведения, абсурдного в своей изоляции, если бы его поместили в эмоциональный контекст, появился бы смысл: оно являлось эхом испытываемого больною желания уверить в любви человека, передавая ему монету как залог, но все купюры похожи друг на друга...; если она смогла бы ему дать купюру, которую можно узнать по номеру... И она защитилась от этой любви, которую связывала с виной, изолируя действия своими сентиментальными оправданиями;

— Параноик — бредящий, одновременно преследуемый и преследователь, разоблачающий в сердцах других свои собственные желания и собственную ненависть, любящий то, что желает разрушить, идентифицирующий

с тем, что ненавидит, — отличается в основном механизмами проекции, интроекции и обращения на себя. Именно Фрейд впервые выделил все эти процессы в параноической ревности<sup>67</sup>. Когда параноик уличает своего партнера в обмане, когда он выстраивает вокруг этой измены систему интерпретаций, он не делает ничего, кроме как упрекает другого в том, в чем винит себя самого; если он обвиняет свою возлюбленную в том, что она изменяет ему с другом, это потому, что сам желает его, и он защищается от этого гомосексуального желания, трансформируя его в гетеросексуальную связь и проецируя на другого в виде упрека в измене. Но через симметричную проекцию, смысл которой состоит в доказательстве невинности и катарсисе, он станет обвинять в гомосексуальном желании того, кого сам желает, и через обращение аффекта на себя будет хвастаться мифической ненавистью, оправдывая в своих глазах ухаживания соперника. «Не я тебя обманываю, но ты мне изменяешь», «не я его люблю, но он желает и преследует меня», «я не люблю его, а ненавижу» — таков механизм, посредством которого параноик, защищающийся от своего гомосексуализма, конституирует бред ревности.

Патологическая итерация<sup>68</sup> к прошлому, таким образом, теперь обретает смысл: это не дополнение «инстинкта смерти», который ее предполагает, — фиксация является частью этих механизмов защиты или, скорее, обращением к уже сформированному ансамблю защит. Итеративная форма патологического вторична по отношению к своей защитной функции.

\* \* \*

Узловая проблема остается: от чего защищается больной, когда ребенком он устанавливает формы защит, которые потом проявит в невротических повторениях своей взрослой жизни? Что это за постоянная опасность, которая, появившись на заре психологической жизни, будет всегда проступать в его мире, непрестанно угрожая в тысячах лиц?



И снова путеводной нитью нам может послужить анализ симптома. Девочка десяти лет совершает мелкую кражу<sup>69</sup>. Она крадет плитку шоколада на глазах у продавщицы, которая ругает ее и грозит рассказать об этой истории матери девочки. Кража в своей импульсивности и неумелости сразу же выдает невротический характер. Ее история ясно показывает, что этот симптом является пунктом схождения двух линий поведения: желания завоевать материнскую любовь, которой она обделена, и символом которой здесь, что происходит достаточно часто, выступает вещь, употребляемая в пищу; а с другой стороны — комплекса реакций вины, являющихся следствием агрессивного стремления добиться этой любви. Симптом появляется как компромисс между двумя этими линиями поведения: совершая кражу, ребенок дает волю своим потребностям в любви, но он высвобождает свое чувство вины, воруя так, чтобы его поймали. Неумелая кража предстает ловким поведением, ее грубый характер есть следствие хитрости: являясь компромиссом между двумя противоречивыми тенденциями, она — способ овладеть конфликтом. Патологический механизм, таким образом, есть защита от конфликта, защита от того противоречия, что он несет.

Но не каждый конфликт провоцирует болезненную реакцию, и напряжение, что он порождает, не всегда патологическое; оно вплетено в ткань любой психологической жизни. Конфликт, который обнаруживает невротический компромисс, является не просто внешним противоречием объективной ситуации, но имманентным противоречием, где отношения запутываются настолько, что компромисс вместо того, чтобы стать решением конфликта, является последней каплей в его углублении. Когда ребенок крадет, чтобы восстановить утраченную любовь, и успокаивает свою совесть, намеренно попадаясь, понятно, что в результате его поведение, принося желанное наказание, еще больше отнимет ту любовь, по которой он тоскует, усилит у него желание при-

вязанности, которое символизирует кража, и мгновенно удовлетворит его, усилив таким образом чувство вины. Опыт фрустрации и реакция виновности, стало быть, не являются двумя различными стратегиями, между которыми раздирается поведение, но выступают как противоречивое единство, определяющее биполярность одного и того же действия. Патологическое противоречие не является нормальным конфликтом: оно выводит наружу аффективную жизнь субъекта, порождает противоречивые действия, заставляет его метаться, провоцирует поведение, а затем рождает угрызения совести; оно может довести противоречивость до полной нелогичности. Но нормальная нелогичность в любом случае отличается от патологической абсурдности. Она вдохновляется изнутри противоречием: логика ревнивца, когда он уличает свою жену в измене, безукоризненна; безукоризненна она и у обсессивного в выстраиваемых им предосторожностях. Но эта логика абсурдна, поскольку, развиваясь, она углубляет то противоречие, которое стремится преодолеть. Когда больная Фрейда<sup>70</sup> в обсессивной озабоченности выносит из своей спальни все часы, и главным образом те, тиканье которых может нарушить ее сон, она одновременно и защищается от своих сексуальных желаний, и мифически удовлетворяет их: она удаляет все символы сексуальности и физиологической регулярности, которую может нарушить желаемое ею материнство, одновременно удовлетворяя свои желания магическим путем и в действительности усиливая чувство вины<sup>71</sup>. В то время как нормальный индивид испытывает опыт противоречия, больной переживает противоречивый опыт; опыт первого выходит за рамки противоречия, опыт второго замыкается на нем. Иными словами, конфликт нормален, если противоречива ситуация, патологичен — если противоречив опыт<sup>72</sup>.

Так же как страх есть реакция на внешнюю опасность, тревога представляется аффективным измерением этого внутреннего противоречия.

Являясь общей дезорганизацией эмоциональной жизни, она есть центральное выражение амбивалентности, формой, в которой эта дезорганизация завершается, поскольку является головокружительным опытом синхронного противоречия, одновременного желания жизни и смерти, любви и ненависти, ощутимым апофеозом психологического противоречия. Страх ребенка, который связан с укусом, где эротизм поглощения ответствен за деструктивную агрессивность, тревожит также и меланхолика, который, чтобы спасти от смерти объект привязанности, идентифицируется с ним, становится им, но доходит до того, что сам переживает смерть другого как свою, и не может удержать другого в жизни, иначе как соединившись с ним в смерти. Говоря о страхе, мы оказываемся в центре патологических значений. За всеми защитными механизмами, которые характеризуют болезнь, стоит тревога, и каждый тип болезни реагирует на нее специфическим образом: истерик подавляет свою тревогу и запирает ее, воплощая в телесном симптоме; обсессивный ритуализирует действия вокруг символа, что позволяет ему удовлетворить обе стороны двойственности (*satisfaire les deux cotes de son ambivalence*); что касается параноика, то он оправдывается мифически, посредством проекции приписывая другим все чувства, которые несут его собственную амбивалентность, и прячет тревогу за своей агрессивностью. Именно тревога является и психологическим испытанием внутреннего противоречия, которое служит общим знаменателем и придает единое значение психологическому будущему индивида: она была впервые пережита в противоречиях детской жизни и в той амбивалентности, что они вызывают; затем, благодаря невидимой силе, устанавливаются защитные механизмы, повторяющие в течение жизни свои ритуалы, свои предосторожности, свои ригидные маневры, как только тревога грозит появиться вновь.

Таким образом, можно сказать, что в определенном смысле именно посредством тревоги психологическая эволюция трансформируется в индивидуальную историю

и именно тревога, соединяя прошлое и настоящее, располагает их по отношению друг к другу и наделяет общностью смысла; кажется, патологическое поведение связано с парадоксально архаичным содержанием и значительной включенностью в настоящее. Дело в том, что настоящее, готовое вызвать амбивалентность и тревогу, активирует комплекс невротических защит; но эта угрожающая тревога и механизмы, которые ее устраняют, были давно уже зафиксированы в истории субъекта. Болезнь разворачивается словно порочный круг: больной защищается своими актуальными защитными механизмами от прошлого, тайное присутствие которого вызывает тревогу, но с другой стороны, он защищается от возможности актуальной тревоги, прибегая к защите, установленной ранее в сходных ситуациях. Защищается ли больной своим настоящим от своего прошлого или же он защищается от своего настоящего с помощью минувшей истории? Несомненно, следует отметить, что этот круговорот описывает сущность патологического поведения: если больной болен, то именно потому, что связь настоящего с прошлым лишена прогрессирующей интеграции. Любой индивид, конечно, когда-либо испытывал тревогу и выработал защитное поведение, но больной переживает свою тревогу и свои механизмы защиты в циркулярности, которая заставляет его защищаться от тревоги с помощью механизмов, исторически с ней связанных, и которые в силу этого ее еще больше усиливают и постоянно грозят ее новым витком.

В противоположность истории нормального индивида, эта циркулярная монотонность является чертой патологической истории.

\* \* \*

Психология эволюции, описывающая симптомы как выражение архаичного поведения, должна быть, следовательно, дополнена психологией генезиса, рассматривающей актуальный смысл этих регрессий в истории. Необходимо найти стиль психологической связности, который даст понимание болезненных феноменов, не обращаясь

к моделям референции и не используя описания стадий, сходных с биологическими фазами. Нужно отыскать тот узел психологических значений, начиная с которого исторически упорядочивается болезненное поведение.

Итак, той точкой, в которой сходятся значения, как мы только что видели, является тревога. Психологическую историю больного составляет все поведение, устанавливающее механизмы защиты от амбивалентности эмоциональных противоречий. Но в психологической истории статус тревоги двойственен: именно ее мы обнаруживаем за тканью всех патологических эпизодов субъекта, она их неотступно преследует, но если она уже существует, если эти эпизоды сменяют друг друга, как и попытки ускользнуть от нее, если она сопровождает их, то это потому, что она им предшествовала. Почему один индивид обнаруживает в ситуации лишь разрешимый конфликт, а другой — противоречие, от которого прячется в патологию? Почему одна и та же Эдипова амбивалентность будет преодолена одним, тогда как у другого вызовет длительную череду патологических механизмов? Именно самую необходимость индивидуальная история обозначает как проблему, при этом не обосновывая ее. Чтобы противоречие было пережито в тревожном модусе амбивалентности, чтобы в конфликте больной погрузился в круговорот патологических механизмов защиты, тревога, которая трансформировала бы амбивалентность ситуации в амбивалентность реакций, должна уже присутствовать. Если тревога заполняет историю индивида, то именно потому, что она является ее принципом и ее основанием; как отправной пункт она определяет некий стиль опыта, которым отмечены порождаемые ею травмы, психологические механизмы, используемые ею в патологических эпизодах формы повторения, поскольку тревога есть *a priori* существования.

Анализ эволюции определил болезнь как возможность, индивидуальная история позволяет рассмотреть ее как факт психологического будущего. Но теперь ее нужно осмыслить в ее экзистенциальной необходимости.

### *Болезнь и существование*

Анализ механизмов болезни не учитывает стоящей за ними реальности, конституирующей их в их патологической природе; прорываясь на свет, она призывает увидеть в тревоге решающий болезненный элемент — сердце болезни. Но для понимания необходим новый стиль анализа: как форма опыта, выходящая за пределы своих собственных проявлений, тревога не может позволить ограничивать себя натуралистическим анализом; коренясь в сердце индивидуальной истории, передавая ей свои перипетии, уникальное значение, она также не может быть исчерпана анализом историческим, но история и природа человека могут быть осмыслены лишь по отношению к ней.

Теперь необходимо погрузиться в центр этого опыта, поскольку лишь проникнув внутрь, можно будет установить созданные эволюцией естественные структуры болезненного мира и сформированные психологической историей индивидуальные механизмы. Здесь нужен метод, не заимствующий ничего от *Naturwissenschaften*<sup>73</sup> с их дискурсивными анализами и механической причинностью, не обращающийся также к биографической истории с ее описанием последовательных цепей и серийным детерминизмом — метод, который, напротив, должен схватить совокупность как целостность, элементы коей не могут быть разобщены так, как они были рассредоточены в истории. Больше недостаточно сказать, что страх ребенка является причиной фобий у подростка; нужно найти за этим возникшим страхом и этими болезненными симптомами сходный стиль тревоги, который придает им значимое единство. Дискурсивная логика здесь только и может, что запутаться в хитросплетениях бреда и изнурить себя, следя за доказательствами параноика. Интуиция идет быстрее и дальше, когда восстанавливает фундаментальный опыт, возвышающийся над всеми патологическими процессами (в случае паранойи, например, — это радикальное искажение живых отношений (*rapport vivant*) с

другим). Обнаруживая под единственным взглядом сущностную целостность, интуиция одновременно сокращает, вплоть до ее полного преодоления, дистанцию, конституирующую любое объективное знание: натуралистический анализ рассматривает больного, отчуждая его как естественный объект, историческая рефлексия сохраняет эту отчужденность, что позволяет объяснять, но редко ведет к пониманию. Интуиция, ныряющая внутрь болезненного сознания, стремится увидеть патологический мир глазами самого больного; истина, которую она ищет, принадлежит порядку не объективности, а интересубъективности.

Поскольку понимать означает мгновенно объединить, схватить и проникнуть, эта новая рефлексия болезни — прежде всего «понимание»; именно с этим методом работает феноменологическая психология.

Но возможно ли понять все? Сущность душевной болезни, в противоположность нормальному поведению, как раз не может быть эксплицирована, сопротивляется любому пониманию. Не является ли ревность нормальной, когда мы понимаем даже ее крайности, и не болезненна ли она, если «мы больше не понимаем» даже самых элементарных ее реакций? Вспомним, Ясперс<sup>74</sup> показал, что понимание в действительности может выходить за границы нормального, и что интересубъективное понимание может помочь приблизиться к патологическому миру в его сущности. Несомненно, существуют болезненные формы, которые все еще недоступны феноменологическому пониманию и останутся таковыми. Это прямые производные процессов, незнакомых нормальному сознанию, такие как вторжение в сознание образов, вызванных интоксикациями, как «психические метеоры», которые можно объяснить лишь нарушением развертывания сознания — тем, что Ясперс назвал «психическая атаксия», наконец, те впечатления, которые кажутся заимствованными нами у абсолютно чуждой чувственной материи: ощущение влияния, проникающего вглубь мышления; ощущение испещ-

ренности силовыми полями, материальными и одновременно таинственными и невидимыми; опыт необычной трансформации тела.

Но по эту сторону далеких границ понимания, за которыми открывается чуждый для нас и мертвый мир безумия (insense), болезненный мир все еще проницаем. Посредством этого понимания предполагается одновременно воссоздать и тот опыт, в котором больной переживает свою болезнь (как он воспринимает себя в качестве больного, ненормального или страдающего индивида), и болезненный мир, открывающийся этому болезненному сознанию, — мир, который оно воспринимает как объект и который в то же самое время само конституирует. Понимание больного сознания и воссоздание его патологического мира — таковы две задачи феноменологии душевной болезни.

\* \* \*

Осознание больным своей болезни абсолютно своеобразно. Нет, несомненно, ничего ошибочнее, чем миф безумия — болезни, которая не ведает самой себя; расстояние, отделяющее сознание врача от сознания больного, несоизмеримо с той дистанцией, которая разделяет знание болезни и незнание о ней. Врач находится не на стороне здоровья, полностью овладевшего знанием о болезни, а больной — не на стороне болезни, не ведая ни о чем, даже о своем собственном существовании. Больной осознает свою аномалию и придает ей, по крайней мере, смысл непреодолимого различия, которое отделяет его от сознания и мира других. Но каким бы ясным не было сознание больного, он не сможет посмотреть на свою болезнь так же, как врач: он никогда не достигнет той умозрительной дистанции, которая позволила бы ему, отбросив себя самого, схватить болезнь как происходящий внутри него объективный процесс; сознание болезни погружено в болезнь, укоренено в ней, и когда оно ощущает болезнь, оно выражает ее. То, как больной принимает или отверга-



ет болезнь, то, как он ее истолковывает, и какое значение придает ее самым абсурдным формам — все это конституирует важнейшие измерения болезни. Не бессознательное погружение больного в процесс и опыт болезни (патологического), не ясное, исключительное и объективное осознание этого процесса, но осознание аллюзивное, диффузное восприятие болезненного окружения, на основании которого выделяются патологические идеи, — таков этот амбивалентный модус сознания, и это его вариации должна анализировать феноменологическая рефлексия<sup>75</sup>.

1) Болезнь может восприниматься объективно, лишь если она максимально отдалена от больного сознания. Стремясь сдержать ее развитие и отказываясь признать ее, больной придает ей смысл акцидентного и органического процесса<sup>76</sup>. И в пределах своего тела больной поддерживает болезнь: опуская или отрицая какие-либо изменения психологического содержания своего опыта, он признает значимым и в конечном счете ощущает и тематизирует лишь его органическое содержание. Вместо того чтобы скрывать болезнь, он выставляет ее напоказ, но лишь в ее физиологических составляющих; и в объективности, которой он наделяет свои симптомы, врач вправе увидеть проявления субъективных расстройств. Именно это доминирование органических процессов в поле сознания больного и тот страх, который он испытывает по отношению к своей болезни, создает гамму истерических знаков (параличи<sup>77</sup> или психогенные анестезии<sup>78</sup>), психосоматических симптомов<sup>79</sup> или, наконец, ипохондрических тревог<sup>80</sup>, и все они одинаково часто встречаются как в психастении, так и в некоторых формах шизофрении. Являясь элементами болезни, эти органические или псевдоорганические формы предстают для больного модусами ее восприятия.

2) В большинстве обсессивных расстройств, во многих случаях паранойи и иногда при шизофрении больной признает, что болезненный процесс захватывает как тело, так и личность. Но парадоксально то, что он отыскивает

предпосылки болезни в своей истории, в своих конфликтах с окружающими, в противоречиях актуальной ситуации, он описывает генезис, но, в то же самое время, он замечает в начале своей болезни прорыв нового существования, которое в корне искажает смысл его жизни, грозя разрушить ее. Будучи очевидцами своей собственной ревности, больные оправдывают недоверие, интерпретации, бредовые систематизации подробным генезисом подозрений и, кажется, рассеивают свои симптомы по ходу всего существования, но при этом признают, что начиная с такого-то события или с такого-то выплеска их страсти существование их полностью изменилось, что их жизнь отравлена и что они больше не могут этого выносить. Они видят в болезненной ревности глубочайшую истину своего существования и одновременно совершеннейшее несчастье. Они преодолевают его, рассказывая обо всей своей жизни, но при этом они изолированы от нее внезапным потрясением. Они страшатся своей болезни как злого рока; болезнь уйдет из их жизни, лишь разрушив ее.

3) Это парадоксальное единство не может сохраняться постоянно: в этом случае болезненные элементы отрываются от своего нормального контекста и, вновь замкнувшись на себе самих, конституируют автономный мир. Это мир, наделенный для больного множеством признаков объективности: его поддерживают и преследуют внешние силы, тайна которых ускользает от любого исследования, ему навязывают эту очевидность, а он всеми силами сопротивляется. Галлюцинации, которые его наводняют, дают ему чувственную полноту реальности; соединяющий элементы бред обеспечивает квазирациональную логику. Но сознание болезни в этой квазиобъективности не испаряется, оно присутствует — по крайней мере, где-то на окраине: этот мир галлюцинаторных элементов и кристаллизованных бредовых идей не обязательно накладывается на реальный мир. Больной никогда не путает голос своего врача и галлюцинаторные голоса своих преследователей, даже если врач для него лишь преследователь. Самый бо-

гатый бред может как максимум казаться больному столь же реальным, как сама реальность, и в этой игре двух реальностей, в этой театральной амбивалентности, сознание болезни предстает сознанием другой реальности.

Эту оппозицию реальному миру, или, скорее, непреодолимую рядоположность этих двух реальных миров, больной с готовностью признает: галлюцинирующий спрашивает у своего собеседника, не слышит ли он преследующих его голосов, — в итоге он уступает этой очевидности своих чувств, а если мы противопоставляем отрицание или полное игнорирование используемых им фактов, умело приспосабливается и заявляет, что при данных условиях слышит голоса только он. Это своеобразие опыта не исключает для больного сопутствующей уверенности, но, доверяя своему опыту и даже будучи убежденным в его реальности, больной признает необычный характер и болезненную странность своего мира. Допуская существование двух миров, приспосабливаясь к первому, как ко второму, он выражает основу своего поведения, специфическое осознание болезни.

4) Наконец, в отягощенных формах шизофрении и в состоянии слабоумия больной полностью поглощается миром своей болезни. Однако он сохраняет и тот мир, который покинул, — как далекую и подернутую дымкой реальность. Кажется, что в этом сумрачном пейзаже, где самые реальные переживания — события, услышанные слова, окружающий мир — становятся фантомами, у больного все еще присутствует океаническое ощущение своей болезни. Погруженный в болезненный мир, он сохраняет осознание бытия, и, насколько мы можем судить по рассказам излеченных больных, в его сознании всегда живет впечатление, что реальность предстает перед ним как маскарад, карикатура и метаморфоза, точнее, в модусе сновидения<sup>81</sup>. Г-жа Сешехэ<sup>82</sup>, успешно лечившая одну молодую шизофреничку, зафиксировала те впечатления, которые ее больная испытывала в течение своего патологического эпизода: «Казалось, — говорит та, — мое восприятие

мира приводило к обостренному ощущению необычности вещей. В тишине и безмерности каждый объект, отделяясь от других, резко выступал из пустоты и бесконечности. Он начинал существовать обособленно, вне связи с окружающим миром... Я чувствовала себя выброшенной миром из жизни, словно смотришь непонятный фильм, который непрерывно тебе показывают и в котором ты не можешь поучаствовать». И несколько позже она добавляет: «Люди видятся мне словно во сне, я не могу больше различить их особенностей». Сознание болезни не становится яснее, в то время как безмерное духовное страдание, предшествующее миру, осознается как таковое в имплицитной связи с уже недостижимой реальностью.

Психическая болезнь, каковы бы ни были ее формы, и различные ступени помрачения сознания, которые она включает, всегда предполагает сознание болезни; болезненный мир никогда не замыкается на себе настолько, чтобы исчезли все связи с миром нормальным; напротив, больное сознание проявляется всегда, содержа в себе самом двойную отсылку — или к нормальному и патологическому, или к привычному и странному, или к необычному и общему, или, наконец, к бодрствованию и сновидению.

\* \* \*

Но это больное сознание не сводится лишь к сознанию, охватываемому болезнью; оно обращается и к патологическому миру, структуры которого сейчас и нужно исследовать, дополняя таким образом поэтический анализ ноэматическим.

1) Г-н Минковски занимался исследованием нарушений темпоральных форм болезненного мира. Он анализировал, в частности, случай параноидного бреда: больной постоянно ощущал угрозу надвигающихся катастроф, которые не могли предотвратить никакие предосторожности; эту неотвратимость он чувствовал постоянно, и, несмотря на то что несчастья, которого он страшился, так и не происходило, невозможно было доказать ему, что это-

го не случится в любой последующий момент. И так, катастрофа, угрозу которой он ощущает, заключается в том, что он должен погибнуть, раздавленный отходами, трупами, мусором, отбросами. Между этим содержанием бреда и тревожной идеей катастрофической неотвратимости легко заметны характерные отношения: навязчивая идея «остатков» отражает неспособность больного понять, как вещь может исчезнуть, и почему то, чего нет, не может продолжать жить. Нагромождения прошлого для него не исчезают, и, соответственно, прошлое и настоящее не достигают предвосхищения будущего, никакая обретенная безопасность не может уберечь от появления содержащейся в нем угрозы; в будущем все есть нелепая возможность.

В своем бредовом хитросплетении эти две идеи, таким образом, обнаруживают значительное нарушение темпоральности: время больше не направлено вперед и останавливает свой ход прошлое накапливается, а единственно возможное будущее, которое открывается больному, может принести лишь уничтожение настоящего массой беспрестанно утяжеляющегося прошлого.

Каждое расстройство, стало быть, сопровождается специфическим изменением проживаемого времени. Бинсвангер, например, в работе «О скачке идей»<sup>83</sup> охарактеризовал темпоральные нарушения маниакального существования так: время предстает здесь раздробленным, представленным отдельными временными промежутками, и, закрытое для прошлого и будущего, оно кружится вихрем — иногда скачками, иногда повторениями. Именно на основании нарушенной таким образом темпоральности должна появиться «бессвязность мышления» с характерным чередованием тематических повторений и скачущих, непоследовательных ассоциаций. Время шизофреника тоже скачкообразно, но его составляет неотвратимость Внезапного (Soudain) и Жуткого (Terrifiant), от которых больной ускользает лишь в миф пустой вечности; время шизофреника разворачивается, таким обра-

зом, между раздробленным тревогой временем и бесформенной, заполненной бредом вечностью<sup>84</sup>.

2) Пространство как структура проживаемого мира может анализироваться сходным образом.

Иногда утрачиваются дистанции — как у бредовых больных, в лицах людей узнающих тех, кого они видели в другом месте, или у галлюцинирующих, слышащих свои голоса не в объективном пространстве, где располагаются источники звука, а в мифическом, некоем квазипространстве, где оси координат нечетки и подвижны: они слышат голоса преследователей здесь, рядом, вокруг, внутри, и одновременно располагают их за стенами, пределами города и границами. Прозрачное пространство, где каждый объект имеет свое географическое место и где сходятся перспективы, заменяет пространство непроницаемое, где объекты смешиваются, приближаются и отдаляются в непосредственной подвижности, перемещаются без движения и в конечном счете сливаются в горизонте без перспективы; как говорит г-н Минковски, «ясное пространство» заволакивается «темным пространством», пространством страха и ночи, или, скорее, вместо того, чтобы четко разделяться, в болезненном мире они накладываются друг на друга.

В других случаях пространство становится жестким и распадается на отдельные фрагменты. Объекты утрачивают свое свойство включенности, позволяющее использовать их; они являют себя в странной полноте, отрывающей их от контекста, и предстают изолированно, вне реальной или виртуальной связи с другими объектами; инструментальные отношения исчезают. Г-н Роланд Кун<sup>85</sup> изучал в этом контексте «бред фаниц» у некоторых шизофреников: важность границ, пределов, стен связана с тем, что в случае отсутствия внутреннего единства вещей они должны ограждать, закрывать и защищать, т. е. поскольку эти вещи «не держатся» вместе, их необходимо защищать извне и поддерживать единство, которое им не присуще. Объекты утрачивают свои связи, а пространст-

во — свою связность, как у больного, постоянно рисовавшего план фантастического города, бесконечные укрепления которого защищали лишь агломерат безликих зданий. Смысл «инструментальности» исчезает из пространства, мир *Zuhandenen*<sup>86</sup>, как сказал бы Хайдеггер, для больного является не более чем миром *Vorhandenen*<sup>87</sup>.

3) Существует не только пространственно-временная среда — *Umwelt*<sup>88</sup>, которая несколько изменяет свою экзистенциальную структуру в процессе болезни, но и *Mitwelt*<sup>89</sup> — социальный и культурный мир. Другой больше не выступает для больного партнером в диалоге, соучастником в деятельности, и больше не явлен ему на фоне социальных импликаций, но утрачивает свою «социальную» реальность и становится в этом опустошенном мире Чужим (*Etranger*). Это радикальное изменение связано со столь же частым синдромом «символической дереализации другого» — чувством чуждости языка, системы экспрессии, тела другого: больному сложно достигнуть уверенности в существовании другого. Негибкий, отдаленный межличностный мир, в котором явленные вещи застывают, значение приобретает тотальное равнодушие вещей, а символы запутаны, словно головоломки, — это ригидный мир психастеников и большинства шизофреников. Больная г-жи Сешехэ описывает одно из первых ощущений ирреальности следующим образом: «Я находилась в патронате и вдруг заметила, что зал огромен и освещен ужасным светом... Ученики и наставницы казались марионетками, которые беспричинно и бесцельно передвигались... Я слышала разговоры, но не понимала слов. Голоса казались мне металлическими, лишенными тембра и выразительности. Иногда слово отрывалось от этого ансамбля. Оно резко и абсурдно повторялось в моем мозге». Ребенок испугался, и наставница пытается успокоить его: «Она мне мило улыбается... Но эта улыбка, вместо того, чтобы успокоить меня, лишь усиливает мой страх и мое смятение — я заметила ее белые и ровные зубы. Эти зубы блестели в лучах света, и вскоре, все еще оставаясь сами-

ми собой, они заняли все пространство, словно зал был лишь зубами в лучах безжалостного света»<sup>90</sup>.

Постоянно изменяющийся мир галлюцинаторного бреда существует и на другом полюсе патологии: смятение всегда возобновляется псевдопризнанием, где любой другой является не другим, но большим Другим<sup>91</sup>, постоянно встречаемым, постоянно преследующим и постоянно возникающим: единосущное присутствие в тысячах лиц ненавистного человека, обманывающего и убивающего, мучающей женщины, замышляющей великий заговор смерти. Любое лицо, будь оно чужим или родным, лишь маска; любая речь, ясная или непонятная, лишь укрывает смысл — маска преследователя и смысл преследования.

Маски психастении, маски галлюцинаторного бреда: в однообразии первых исчезает разнообразие человеческих лиц, и именно за бесчисленными образами вторых обнаруживается единство, устойчивость и тяжесть неумолимого смысла, бредовый опыт галлюцинирующего.

4) Наконец, болезнь может затронуть человека в его индивидуальной сфере, где разворачивается опыт собственного тела. Тело в этом случае перестает быть центром референции, вокруг которого пути мира раскрывают свои возможности. Одновременно искажается присутствие тела в горизонте сознания. Иногда оно уплотняется до такой степени, что оборачивается тяжеловесностью и неподвижностью вещи, оно изменяется в своей объективности, в рамках которой сознание больше не может признавать тело: тело переживается не иначе как живой труп (*cadavre*) или инертная машина, и все его импульсы приобретают загадочный характер. Вот что говорила больная, наблюдаемая г-ном Минковски: «Раз в два дня мое тело твердое как дерево. Сегодня оно плотное, как эта стена, а вчера у меня все время было впечатление, будто оно — словно черная вода, чернее этой трубы... Совершенно черная, пенисто черная, как грязь... Мои зубы толщиной с перегородки выдвигного ящика... Кажется, что мое тело плотное, скользкое и склеенное, как этот паркет»<sup>92</sup>.