Подход к болезни болеющей личности

1. Болезнь как регулятор в системе «человек-общество»

Понимание смысла как феномена, находящегося в пограничной зоне между субъектом и миром, в смысловой реальности, невозможно без раскрытия смыслогенеза болезни на уровне филогенеза как процесса становления и осмысления ее в качестве универсального явления социума в контексте конкретной культуры.

Практически вся история медицины вплоть до XIX в. характеризуется тем, что врачи даже не задумывались, как представлена болезнь для конкретного человека, вынося тем самым смысл болезни за пределы индивидуального сознания. Больной выступал лишь объектом врачевания.

Несомненно, что в разные исторические эпохи смысл, приписываемый обществом болезни, менялся. В этом отношении интересны наблюдения К. Леви-Строса за шаманистским опытом в архаических культурах. В научной литературе идеи К. Леви-Строса часто сравнивают с взглядами Л.С. Выготского, который обнаруживал в повседневном поведении современного человека такие явления, которые восходят к глубокой древности. К. Леви-Строс в свою очередь подчеркивал, что «логика мифологического мышления также неумолима, как логика позитивная, и в сущности, мало чем от нее отличается. Разница здесь не столько в качестве логических операций, сколько в природе явлений, подвергаемых логическому анализу…Прогресс произошел не в мышлении, а в том мире, в котором жило человечество».

Он так описывает отношение к болезни в подобном обществе: «Каждая болезнь – это человек: фурункулы и опухоли, зуд и короста, прыщи и кашель, истощение и золотуха, а также сжатие мочевого пузыря и боли в желудке… Как только нам удается поймать душу болезни, которая есть человек, болезнь, которая есть человек, умирает, ее тело исчезает в наших внутренностях».

Общество дает каждому своему члену социальное тело, которое индивид, пережив мучительные испытания, получает вместо физического. Социальное тело это особый вид тела, тело-для-другого, своеобразная «карта магической географии», на которой шаман «запишет» маршрут следования в социуме. Процесс социального удвоения тела человека К. Леви-Строс обнаруживает в практике татуировки. Он приводит пример искусства тату художниц племени кадувео, которые «не знают» человеческого лица. «Художница задавалась целью передать не лицо, а рисунок на лице. Даже.условно намеченные изображения глаз являются лишь исходными точками перевернутых больших спиралей, в общем начертании которых они сливаются… Она расписала лист бумаги точно так, как она привыкла расписывать лицо. Это произошло потому,» – делает вывод К. Леви-Строс, – «что бумага для нее является тем же лицом».

Социальное тело многосоставно, комплексно, а главное – не выделяется из множества других тел животных, богов, духов и пр., это «поверхность-экран, открытый для непрерывной записи», носитель множества необходимых значений. Болезнь здесь является еще одним художником, вносящим свою лепту в историю переработки органического индивида в социальную личность.

Рассматривая психологические механизмы лечения и преодоления болезни, К. Леви-Строс обращается к анализу больного и здорового мышления; которые не противостоят, а дополняют друг друга в картине мира архаичного человека. «Здоровое мышление жадно стремится познать вселенную, механизмы которой ему не удается себе подчинить, а потому оно пытается постигнуть смысл непостижимых вещей; так называемое патологическое мышление, напротив того, имеет всегда наготове массу толкований и эмоциональных откликов, которыми оно всегда готово с излишком снабдить порой недостаточно богатую действительность. Для одного типа мышления всегда есть явления, не верифицируемые экспериментом, то есть оставшиеся в области требуемого; для мышления патологического, которое характеризуется опытом без соответствующих объектов, всегда есть избыток наличного». То есть возникает некое равновесие, система оппозиций и корреляций, которая включает в себя все элементы ситуации болезни, расставляя по соответствующим местам лекаря, процедуры, больного и зрителей. Шаман и больной образуют специфическую пару, где пациент представляет пассивную сторону, недостаток собственного «Я», а колдун – активную сторону, избыток собственного «Я», который он и старается «передать» своему клиенту. Тем самым в процессе врачевания устанавливается равновесие между этими полюсами и обеспечивается переход от одного к другому. Общий опыт выявляет единство духовного мира, «который сам по себе является проекцией мира социального». К. Леви-Стос подчеркивает: «То, что мифология шамана не соответствует реальной действительности, не имеет значения, больной верит в нее и является членом общества, которое' в нее верит».

Болезнь в подобном обществе выступает как катастрофа для личности, так как, «став событием, разрушает психоиндивидуальное и психосоциальное символическое единство, благодаря которому любой член сообщества ощущает себя в границах мифологического универсума». Для любого члена такого сообщества окружающий мир наделен множеством значений и смыслов. Начиная болеть, человек как бы выпадает из символической ткани архаического социума, перестает быть таким, как все, то есть здоровым. Следовательно, болезнь это не факт, который можно свести к материальной причине, например, к нарушению жизнедеятельности органа. «С нашими больными не происходит ничего подобного, когда им объясняют причину их недомоганий, рассказывая про выделения, микробы и вирусы…причиной тому как раз то, что микробы существуют, а чудовища – нет. Отношение между микробом и болезнью для сознания пациента есть отношение чисто внешнее – это отношение причины к следствию, в то время как отношение между чудовищем и болезнью для того же сознания есть отношение внутреннее – это отношение символа к символизируемому объекту». Символ есть ни что иное, как миф, полученный больным извне и являющийся плодом коллективного творчества. Поэтому болезнь есть символ магических сил, которые собираются разорвать связь болеющего человека с его окружением. Болеющее «человеческое тело, вырванное из своих дополнительных символических измерений и качеств, есть тело, которое не существует и не может существовать. Победить боль – это, в сущности, «заштопать дыру», которую оставило после себя тело, когда попыталось с помощью боли выйти за пределы мифологического континуума и отказаться от сил жизни, питающих внетелесные измерения тела».

«Примитивным народностям сверхъестественные силы не представляются чем-то неизмеримо высшим по отношению к человеку; ведь человек может нагнать на них страху и заставить исполнять свою волю. На этой стадии развития мышления мир рисуется одной великой демократией, в рамках которой естественные и сверхъестественные существа стоят приблизительно на равной ноге». Болезнь здесь выступает как регулятор отношений в социуме, сигналя как индивидууму, так и остальным членам общества о нарушениях, способных привести к смерти. Именно поэтому так велико значение шамана, который играет роль наладчика, настройщика этих отношений.

К. Леви-Строс анализирует путь, по которому может пройти человек, претендующий на роль колдуна в архаическом обществе. Причем на первых порах такой человек может достаточно скептически относиться к колдовским манипуляциям и ритуалам. Он, описывая «карьеру» одного из могущественных шаманов, пишет: «Квесалид не верил в могущество колдунов. Побуждаемый любопытством, желанием раскрыть и разоблачить их обман, он начал бывать у них; это продолжалось до тех пор, пока один из шаманов не предложил ему войти в состав их группы, где он был бы посвящен в тайну…Особенно важно было научиться пользоваться пучком пушинок, которые шаман прячет в углу рта; в нужный момент он, надкусив язык или вызвав кровотечение из десен, выплевывает окровавленный комочек и преподносит его больному как болезнетворное тело, извлеченное во время совершенных шаманом манипуляций…

Утвердившись в своих наихудших подозрениях, Квесалид присутствует при исцелении, совершаемом его знаменитыми иноплеменными коллегами. К большому своему изумлению, он обнаруживает разницу в приемах… Для того, чтобы выяснить, действительно ли есть сила у этих шаманов и в чем она заключена или они только притворяются,… Квесалид предлагает и получает разрешение применить свой метод, поскольку предшествовавшее лечение оказалось неэффективным; в результате больная объявляет себя выздоровевшей…

В конце рассказа ясно, что он сознательно занимается своим ремеслом, что он гордится своими успехами, и что он вступает в единоборство с остальными школами, защищая свой прием извлечения окровавленного комочка пуха, совсем видимо забыв о том, что это всего лишь трюк, над которым он сам вначале насмехался».

Болезнь в архаическом мире находится как бы на пересечении различных, как явных, так и неявных потоков значения. Тем самым она приобретает в первую очередь определенную психическую силу, в которую обязан верить больной и которую шаман пытается активизировать. Магическая мощь шаманского искусства как раз и заключается в том, чтобы эффективно манипулировать не столько реальными объектами, сколько их дополнительными измерениями, психическими силами.

Другой структуралист, всячески протестовавший против причисления его к этому направлению, М. Фуко, анализирует динамику трансформаций, связанных со структурализацией медицинских знаний о больном человеке и его болезни, а также пытается разобраться, что представляет собой болезнь с позиций смысла для личности в истории человечества. Разбирая «Наставления о здоровье» Плутарха, М. Фуко подчеркивает, что античная «медицина призвана была в виде корпуса знаний и правил определять образ жизни, способ осмысленного отношения к себе, к своему телу, питанию, к различным формам деятельности и вообще ко всему, что окружает человека. Предлагая режимы, медицина предлагала добровольно избираемую структуру поведения», то есть медицина сама конституирует своего пациента – больного. Поэтому здесь смысл болезни вкладывается в индивидуальное сознание представителями медицины.

Достаточно подробно М. Фуко рассматривает эволюцию представлений о патологии и способах лечения различных заболеваний. В работе «Психическая болезнь и личность» М. Фуко отмечает, что на протяжении веков психическая болезнь трактуется обществом как следствие социального отчуждения, как защитная реакция организма, неспособного нормально регулировать свои отношения с социальной средой. Трактовка эта как бы следует за двузначностью французского слова alienation, которое одновременно означает и «отчуждение» и «помешательство».

В более поздней работе «История безумия в классическую эпоху» М. Фуко показывает на основании обширного исторического материала, что антитеза «норма-патология» выступает критерием различных эпох в истории медицины. Так, в период Средневековья и Возрождения «разумное» и «безумное» жестко не разделены. Существовало общее представление о неразумии, объединяющее все виды как отклоняющегося поведения, так и заразных заболеваний: проказы, венерических болезней, бродяжничества, попрошайничества, колдовства, занятия алхимией и пр. Даже корабли Дураков, посредством которых общество отторгало от себя анормальное, имели» в высшей степени символический смысл: умалишенные отправлялись на поиски своего разума… в землю обетованную, где человека ждет избавление от безумия, но где над ним, в соответствии с древними представлениями, совершается нечто вроде ритуала исключения из сообщества».

Так больной с точки зрения общества человек превращается в «узника перехода», то есть находится в пограничном положении, «пребывает на той линии горизонта, какая очерчивает круг интересов средневекового человека, и это положение и символично, и в то же время вполне реально…Для внешнего мира он – внутри, для внутреннего – вовне». Маргинальность положения безумца дает ему право нести в себе угрозу миру и насмешку над ним, подчеркивая бессмысленность нормального мира и смехотворное ничтожество человека. Его болезнь возводится» к великому мировому неразумию, в котором, строго говоря, никто не повинен, но которое втайне влечет к себе всех и увлекает за собой. Если Глупость ввергает каждого в какое-то ослепление, когда человек теряет себя, то Дурак, напротив, возвращает его к правде о себе самом».

Следовательно, становясь безумным, то есть отчужденным от норм и правил поведения в конкретном обществе, другими словами, от своей человеческой сущности в конкретно-историческом аспекте, человек тем самым парадоксальным образом указывает на подлинную человеческую сущность, на проявление «дна» его души, существующего у каждого человека. «Человек как будто открывает для себя в фантастических образах одну из тайн, одно из предназначений своего естества. Средневековая мысль превращала легионы зверей, раз и навсегда поименованных Адамом, в символы человеческих ценностей. Но с началом Возрождения человеческое и животное начала меняются местами; зверь вырывается на свободу; сбросив с себя бремя легенды, перестав служить иллюстрацией моральных категорий, он переходит в мир присущей ему фантастичности. Происходит удивительный обмен ролями: отныне именно животное будет подстерегать человека, подчинять его своей власти и открывать ему правду о нем самом. Невероятные, рожденные обезумевшим воображением животные стали скрытым естеством человека;… животное начало перестало быть домашним, прирученным человеческими ценностями и символами; отныне именно оно неодолимо притягивает человека своей необузданной дикостью, неисчерпаемой невозможной чудовищностью – и именно оно обнажает ту мрачную ярость, то бесплодное безумие, что царит в человеческом сердце». Поэтому с представлением о безумии неразрывно связана тема виновности человека, а отсюда идея о наказании.

Начиная с середины ХУ11 века, общество уже не выгоняет безумных за стены городов, а изолирует их, дабы не узнать о себе правды. «На смену погружению на корабль приходит помещение под замок». Однако болезни придается тот же самый смысл – это констатация того, что поведение данного человека не соответствует общепринятым нормам. Но, если в средневековье, а особенно в эпоху Возрождения с безумием часто связывали источники вдохновения, области поэзии и фантазии как высших проявлений разума, то в следующую эпоху возникают особые учреждения, «общие больницы», главное назначение которых – наказание.

Для осуществления этой функции требуются новые формы и механизмы. Развивается целая система дисциплинарных институтов – школы, колледжи, казармы, мастерские, в том числе и медицинские учреждения, внутри которых формируется система знаний о человеке, которую Фуко называет «политической анатомией человеческого тела». «Тело зажато в тиски власти, налагающей на него принуждение, запреты или обязательства…Человеческое тело вступает в механизмы власти, которые тщательно обрабатывают его, разрушают его порядок и собирают заново». Сама организация медицинского учреждения становится похожа на «экзаменующий» аппарат, так как «в центре дисциплинарных процедур экзамен демонстрирует подчинение тех, кто воспринимается как объекты, и объективизацию тех, кто подчиняется». М. Фуко пишет о ритуале врачебного обхода, который являлся самой очевидной формой такого экзамена. В результате, «во внутренней иерархии врач, бывший ранее внешним элементом, начинает брать верх над религиозным персоналом и отводить ему четко определенную, но подчиненную роль в технике экзамена; между тем сама больница, бывшая некогда едва ли не богадельней, становится местом формирования и коррекции знания… Хорошо» дисциплинированная» больница отказывается теперь от своего текстового характера и опирается не столько на традицию авторитетных текстов, сколько на область объектов, вечно предлагавшихся для экзамена», то есть пациентов.

Однако, обращает внимание М. Фуко, экзамен – это «детальный архив, повествующий о телах». В больнице требуется устанавливать личность больного, прослеживать эволюцию болезни, проверять эффективность лечения, вести учет аналогичных случаев, фиксировать течение эпидемий. Отсюда – возникновение кодов для «клеймения исключения», которые позволяют привести к однородной форме индивидуальные особенности каждого человека, тем самым «отношение индивида к собственной болезни проходит через представителей власти, проводимую ими регистрацию, выносимые ими решения». Именно порядок отводит каждому его место, тело, болезнь и ее смысл.

Идеальной для медицины становится болезнь, которая «обладает своей территорией, определенным отечеством, скрытым, но надежным местом, где связываются ее сродство и ее последствия; местные значения определяют свои формы». Болезнь впервые в истории связывается со смертью в своей онтологической сущности. «Без сомнения, произвести подобное превращение является для клинического взгляда трудной и парадоксальной задачей. Древняя склонность, столь же старая как человеческий страх, обращавший глаза врачей к исчезновению болезни, к выздоровлению, к жизни; речь могла идти лишь о восстановлении. Смерть оставалась на изнанке медицины мрачной угрозой, где стирается ее значение и умение».

XIX в. освободил медицину от страха смерти, интегрировав смерть в технический и концептуальный ансамбль, где она обрела свои специфические характеристики и фундаментальную ценность опыта. Смерть стала тем, что угрожает и подвергает опасности разрушения живую силу жизни. «В ХУШ веке болезнь одновременно была и природой и контрприродой, так как она располагала упорядоченной сущностью, но своей сущностью угрожала природной жизни». С XIX в. «болезнь начинает играть роль микста между жизнью и смертью». То есть именно с XIX в. болезнь может быть проанализирована на двух уровнях. С одной стороны, болезнь есть переход от жизни к смерти, и этот подход известен со времен античности. С другой стороны, «человек умирает не потому, что заболевает, а заболевает именно потому, что может умереть. И под хронологической связкой жизнь – болезнь – смерть проведено другое отношение, внутреннее и более глубинное, то, что связывает жизнь и смерть, чтобы в избытке освободить знаки болезни».

Другими словами, смерть – это ставшая возможной болезнь жизни. «Смерть открывает для дневного света черный ящик тела: неясная жизнь, ясная смерть, самые старые воображаемые ценности западного мира перекрещиваются здесь в странной бессмысленности, являющейся самим смыслом патологической анатомии… Медицина XIX в. неотступно сопровождалась этим абсолютным оком, которое превращало жизнь в труп и обнаруживало в трупе хрупкую поврежденную прожилку жизни». Поэтому труп становится идеальным пациентом, исчезает само существо болезни. Медики исследуют органические ткани, казуальную детерминацию, анатомические и физиологические феномены. «Болезнь теперь – лишь некоторое сложное движение тканей в реакции на раздражающую причину: именно в этом – сущность патологии». Появляется медицина страдающих органов, надолго исчезает болеющий и страдающий человек. «Отныне медицинский взгляд будет направлен только на пространство, заполненное формами сочетания органов. Пространство болезни, без остатка и смещения, есть то же самое, что пространство организма. Воспринимать болезнь – есть некоторый способ воспринимать тело». Поэтому распространенные «заклинания» – «лечить больного, а не болезнь» – не имели под собой объективной почвы даже в начале XX века, что логически обосновывает М. Фуко.

Раскрывая диалектику нормирования и индивидуализации, М. Фуко не страшится парадоксов. С одной стороны, процедуры власти в дисциплинарном обществе, описываемом автором, предполагают вычленение нормы и приведение к норме. Таким образом, не антитеза «дозволенное – запрещенное» и освещающий ее закон, но упорядочивающая и усредняющая власть нормы становится основой социальных практик.

С другой стороны, определенным условием социального порядка становится понижение порога индивидуализации власти, а ее носители, для лучшего контроля и подчинения все более индивидуализируются. Результатом данного процесса принудительной индивидуализации становится индивидуальное вышколенное тело, которое порождает вышколенную душу. Дисциплинированная душа, в свою очередь, изнутри сковывает тело дисциплиной. «Душа – результат и инструмент политической анатомии; душа – тюрьма тела».

Последние работы М. Фуко «История сексуальности», «Пользование наслаждениями», «Забота о себе» продолжают анализ эволюции закономерностей целительства. За привычным стилем исторического повествования мы с удивлением обнаруживаем новые концептуальные акценты, новые понятия, а главное – резкий поворот к исследованию человека как носителя страстей, влечений, желаний, побуждений и смыслов. Так, в работе «Пользование наслаждениями» он пишет:» Чего стоит упорство в познании, если оно направлено на приобретение знаний, а не на самообретение… познающего субъекта? В жизни бывают моменты, когда вопрос о том, можно ли мыслить иначе, не так, как ты воспринимаешь, становится настолько важен, что, не решив его, вообще невозможно продолжать видеть и мыслить».

В процессе накопления этического опыта, считает М. Фуко, складывается человеческая субъективность как власть над собой, как самоотнесенность и взаимоотнесенность между мыслями и поступками. Тем самым знание, власть и самость выступают как три главные и взаимопересекающиеся онтологии, три разные формы бытия субъекта. Каждой из них соответствует свой вопрос: Что я могу знать? Что я должен делать? Что есть я сам и каким могу быть? Историчность связок между моментами этого триединого смысла каждый раз как бы заново порождает мысль, устремляющуюся на структурирование необъятного жизненного материала. Следовательно, «смерть» человека не состоялась, а его жизнь гораздо ярче предстала как поле собственных решений, выборов, ответственности и смысла. На передний план вышло индивидуальное «право на жизнь, на тело, на здоровье, на счастье, на удовлетворение потребностей, право, – по ту сторону всех и всяческих притеснений и «отчуждений» – обнаружить то, что мы есть, и то, чехМ мы можем быть».

Так М. Фуко приходит к идее исследования «техник для себя», главным вопросом которой становится вопрос о способах, которыми субъект конституирует себя в качестве объекта возможного знания о себе. «Можно было бы сказать, что история «заботы о себе» и «техник себя» это только способ писать историю субъективности, – отмечает М. Фуко, – писать, однако, не через разделы между сумасшедшими и не-сумасшедшими, больными и небольными,… но через установление и трансформации в нашей культуре некоторых «отношений к себе», с их технической оснасткой и эффектами знания». Другими словами, М. Фуко пытается проанализировать, как преодолевается пропасть между социумом в форме знаний, техник, практик, институтов и личностью, подчеркивая, что настоящее время привнесло другое отношение между ними. Теперь это не отношение подчинения или «выделывания» человека определенными механизмами и под определенные цели социума, а такие формы, с помощью которых человек сам делает себя субъектом того или иного опыта. Отсюда призыв к тому, чтобы рассматривать жизнь как «произведение искусства», как формирование установки,…«относиться к себе и своему опыту как исследованию себя и тех форм, которые обладают властью над нами в силу того, что они нам вменены, которые нас «определяют», или, позволяя себе игру слов, «о-пределивают», от которых, стало быть, мы зависим и которые задают нам поле нашего возможного опыта».

Болезнь как конфликт между сознанием и подсознанием

К началу XIX в. окончательно утвердилось представление о том, что человеческое тело и его функции можно полностью описать в терминах физики и химии, а идеал медицины – превращение в инженерную науку по обслуживанию тела, о чем речь шла выше при анализе взглядов М. Фуко. - Подобный физико-химический подход к проблеме здоровья и болезни отделяет, как и традиционный дуализм, «дух» от «тела» и позволяет точно диагностировать только заболевания, имеющие органические отклонения или анатомические изменения. Позиции этой механистической ло своей сути парадигмы сказались на отвлечении внимания от психологических факторов, от смысловой составляющей болезни и сосредоточении на физических, органических процессах, происходящих при заболевании. Однако уже в этот период звучат призывы обратить внимание на то, что важна не сама по себе болезнь, а то, что при этом происходит с человеком, • как он понимает свою болезнь и что ему удается по этому поводу сделать. «Важно не то, какой болезнью болен человек, но – кто болен, кто безумен, кто поражен эпилепсией или разбит параличом».

В научной психологии впервые проблемой формирования болезни в аспекте ее смысла для самого больного заинтересовались психоаналитики.

Открытие З. Фрейдом нового структурного компонента психики – бессознательного, внесло существенный вклад в изучение природы заболеваний. Его теория сделала возможным серьезное рассмотрение психологически продуцируемой болезни. З. Фрейд фиксирует огромное количество случайных, на первый взгляд, действий, результатом которых являются телесные повреждения. «Они выражают нечто, чего в них не подозревает действующий субъект и что он обычно не собирается сообщать, а оставить при себе. Таким образом, они играют роль симптомов», часто служа ценными указаниями для диагностики заболевания, а главное – отыскания смысла этого заболевания. Поэтому все феномены, отнесенные З. Фрейдом к ошибочным и случайным действиям, могут быть сведены к «действию вполне подавленного психического материала, который, будучи вытеснен из сознания, все же не лишен окончательно способности проявлять себя». Так, применение метода свободных ассоциаций позволило реконструировать неосознаваемые индивидом процессы, которые можно вывести на уровень осознания и связать с возникновением соматического заболевания. З. Фрейд подробно описывает этот метод. Больному предлагают сосредоточиться на своей болезни и попытаться сообщать врачу все без исключения мысли, которые приходят ему в голову. Обычно пациент после некоторого сопротивления начинает рассказывать о своих идеях, обычно характеризуя их как бессмысленные или неважные. Главное на этом этапе – заставить пациента отказаться от критики по поводу приходящих мыслей. Тогда «можно получить психический материал, который явно примыкает к взятой в качестве задачи болезненной идее,… дает возможность заместить болезненную идею какой-либо новой, вполне гармонирующей с остальным содержанием психики».

Еще один аспект фрейдовской теории освещает механизм исчезновения истерических физиологических симптомов после того, как под гипнозом пациенты выражают вытесненные эмоции. Эти истерические симптомы, предположил З. Фрейд, были необычной физиологической реакцией на эмоциональное напряжение, которые по той или иной причине оказывались неприемлемыми или невыносимыми и оттого исключались из сознательной сферы. «Смысл симптома кроется в его связи с переживанием больного. Чем индивидуальнее выражен симптом, тем скорее мы можем ожидать восстановления этой связи. Затем возникает прямая задача найти для бессмысленной идеи и бесцельного действия такую ситуацию в прошлом, в которой эта идея была оправданна, а действие целесообразно», – так описывает З. Фрейд смысловую нагрузку симптома.

З. Фрейд первым обратил внимание на феномен «Krankheitsgewinn», то есть на то, что заболевание может давать ряд преимуществ болеющему человеку. В так называемом первичном преимуществе заболевания находит отражение стремление избежать конфликта. Некоторые больные реагируют на непереносимые переживания потерей сознания. Вторичное же преимущество связано с определенными «льготами», получаемыми извне, например, со стремлением избежать необходимости поиска выхода из трудного положения.

Развитие знания относительно влияния эмоций на органические процессы в тех органах, которые не управляются сознательно, тесно связано с именем американского физиолога У. Кэннона. Его идеи родились на основе изучения физиологических эффектов гнева и страха. У. Кэннон определил, что организм отвечает на чрезвычайные ситуации определенными адаптационными изменениями в общей физиологической структуре, продемонстрировав, что эмоциональные состояния активизируют физиологические функции, призванные подготовить организм к той ситуации, о которой сигнализируют эмоции. «Страх или гнев стимулируют кору надпочечников, вследствие чего адреналин активизирует углеводный обмен таким образом, что начинает усиленно выделяться сахар для поддержания энергии. Кровяное давление и циркуляция крови изменяются так, чтобы кровь поступала к тем органам, которым, возможно, предстоит борьба. Одновременно ассимиляционные и резервные функции, такие, как пищеварение или усвоение, подавляются, организм не может позволить себе подобной роскоши». Следовательно, и У. Кэннон вслед за З. Фрейдом видит смысл заболевания в противоречии, разворачивающемся на соматическом уровне.

Первым аналитиком, обратившим внимание на психологические аспекты органического заболевания, был Георг Гроддек. В своих работах «Книга об Оно», «Мир человека» и «Неизвестная Самость» он предлагает теорию, основанную на его опыте анализа заболеваний сердца, рака и других серьезных нозологии. Согласно предложенной Г. Гроддеком теории психосоматических отношений, человек не живет своей собственной жизнью и имеет мало общего со своей судьбой. Фактически проживается Оно, которое, с точки зрения Г. Гроддека, есть соединение фрейдовского Ид с мудростью юнгианского коллективного бессознательного. Это Оно решает, когда будет рожден человек, когда ему предстоит умереть, чем он будет болеть. «Болезнь часто является лишь средством избежать чего-то неприятного и защитой от чего-то невыносимого… Любая болезнь имеет определенный смысл для страдающего, она осознанно или неосознанно преднамеренна и она может быть исцелена путем обнаружения этого намерения, этого смысла». Расширяя таким образом концепцию истерической конверсии, Г. Гроддек признает, что наличие болезни позволяет больному защититься от непереносимых раздражителей среды, то есть смысл болезни есть конфликт между недифференцированной психосоматической инстанцией и окружающим миром.

Вильгельм Райх в своей ранней работе «Анализ характера» выдвинул предположение, что телесные напряжения часто представляют собой способ выражения привычных эмоциональных состояний и проявляются в виде мышечной «брони», с помощью которой человек защищается от собственных неодобряемых обществом инстинктов или от противостоящего окружения. Такие черты характера, как амбициозное поведение, прикрывающее неадекватность, высокомерие, скрывающее проблемы Я, действительно защищают личность, но имеют серьезный недостаток – они сохраняются без различий независимо от irx уместности в данной ситуации. Кроме того, они изолируют индивида от внешних стимулов, он становится менее восприимчивым к повторному образованию адекватной защиты. Будучи амбивалентными, такие характеристики формируются в основном в раннем детстве. В другой работе «Функция оргазма» В. Райх указал на два важных момента. Во-первых, расстройства характера представляют собой специфическую форму невроза, несмотря на то, что они могут не сопровождаться «симптомами» в формальном смысле и часто причиняют больше беспокойства окружающим, чем самому человеку. Во-вторых, все неврозы имеют свой корень в характере, то есть в осуществленных Эго приспособлениях к инстинктам, а также к окружающему миру.

Однако результаты научных экспериментов З. Фрейда, его учеников и последователей не были восприняты медиками. С одной стороны, предложенные объяснения патогенеза заболеваний не укладывались в дуалистическую и в основном механистическую парадигму медицины. С другой стороны, специфическая терминология психоанализа, в частности постоянное использование сексуальной тематики, также не способствовали развитию психосоматического направления, по крайней мере в Европе.

Франц Александер подвергает критике Г. Гроддека и других пионеров психосоматической медицины, выделяя истерические конверсивные реакции и адаптивные изменения вегетативных функций, вызываемые одной причиной – эмоциональными напряжениями. Он и его коллега из чикагского Института психоанализа определили и описали конфликтные модели, характерные для определенных болезней, проявляющихся у различных типов личностей. Результаты были сфорхгулированы в виде векторной теории, основаш'ой на представлениях об общих направлениях конфликтных импульсов, заложенных в самих заболеваниях. Ф. Александер определил эти векторы, во-первых, как желание объединить, получить, принять; во-вторых, как желание исключить, удалить, отдать, расходовать энергию для нападения или совершения чего-то или для нанесения вреда; в-третьих, как желание сохранить, накопить. Так, при эссенциальной гипертонии «чаще встречающийся психологический паттерн поведения проявляется в подавлении свободного выражения неприязни, ощущаемой по отношению к другим людям, из-за желания быть любимым. Такие пациенты, пишет Ф. Александер, похожи на «бурлящий, но запертый вулкан, заполненный не имеющими выхода враждебными и неприязненными эмоциями. В юности такие люди могли быть забияками. Однако с возрастом они замечают, что отталкивают от себя людей своей мстительностью, и, как следствие, подавляют свои неприязненные эмоции».

Многие пациенты Ф. Александера демонстрировали психологические особенности, характерные для их болезни, но не у всех, кто имел одинаковые характерологические черты, развивались одинаковые органические симптомы. Поэтому Ф. Александер сделал вывод о том, что наличие одних только психологических особенностей не обусловливает развитие болезни. Следовательно, должны существовать какие-то другие, факторы. К ним были отнесены уязвимость органа и специфические психологические особенности, названные впоследствии икс-фактором. Однако так называемая двойная причинность, т.е. конституциональная или приобретенная уязвимость органа и характерный эмоционально-конфликтный паттерн поведения существуют задолго до болезни. Третьим условием, пусковым механизмом болезни выступает ситуация-ускоритель, влияющая на пациента, которая представляет собой случайный поворот событий в его жизни, мобилизующий центральный конфликт, приводя к разрушению психологической защиты организма.

Для того чтобы понять, как зарождается заболевание, Ф. Александер сравнивает жизнь организма с жизнью нации, в которой есть два экстремальных события: война и мир. Война представляет такое состояние

дел, при котором организм вынужден иметь дело с непредвиденной ситуацией, а мир – такое, при котором он находится в состоянии отдыха и расслабления. «Военная экономика означает приоритет военного производства и запрет некоторых производств мирного времени. Вместо легковых автомобилей производятся танки, вместо предметов роскоши – военное снаряжение. В организме эмоциональное состояние готовности соответствует военной экономике, а расслабление – мирной экономике, поскольку некоторые системы органов, необходимые в экстремальной ситуации, стимулируются, в то время как другие подавляются». Здоровый человек может подвергаться экстремальным обстоятельствам и реагировать на них соответствующим образом, например борьбой, бегством, вербальным выражением своей враждебности или конструктивными моделями поведения. Невротик же будет подавлять или сдерживать эмоции вместо высвобождения экстремальной реакции, следуя метафоре Ф. Александера, будет в условиях войны выпускать предметы роскоши или автомобили, либо прекратит производство вообще. Однако враг реален, поэтому такой человек находится в постоянной готовности перед лицом угрозы, которая может быть и потенциальной. В результате становится возможным превращение физиологических изменений из временных экстремальных реакций в постоянные и закрепленные. Таков смысл заболевания, считает Ф. Александер.

Всех людей с невротическими моделями поведения достаточно условно можно поделить на две группы. Первая группа состоит из людей, которым свойственно перед лицом опасности уклоняться от действия и переходить в зависимое состояние, при котором его органы возвращаются к положению мирного времени. Такие люди, вместо того, чтобы открыто встретить опасность, склонны обращаться за помощью, как беззащитные дети.

Во вторую группу входят индивиды, склонные на опасности отвечать действием. При столкновении с реальной опасностью здоровый человек пользуется симпатической стимуляцией и, имея весь набор реакций организма, в том числе повышенное кровяное давление, учащенное сердцебиение, расширенные зрачки и пр., выходит из ситуации адекватно. Невротик, напуганный или разозленный возможными событиями, старается подавить свою агрессивность, превращая тем самым временное состояние организма в хроническое, что чаще приводит к развитию психосоматического заболевания. «При существенной гипертонии повышенное кровяное давление хронически поддерживается под влиянием сдерживаемых и никогда не высвобождаемых полностью эмоций, подобно временному состоянию у нормальных людей, вызванному влиянием свободно выражаемой ярости».

Следовательно, делает вывод Ф. Александер, многие болезни не являются, как принято считать, постигшими невинного человека несчастьями, поскольку в действительности он порождает их сам – он является активным агентом их возникновения, а они выражают черты его личности точно так же, как невротические симптомы.

Коллеги Ф. Александера, в частности Т. Френч, провели вслепую диагностическую проверку большого числа пациентов, страдающих одним из заболеваний, названных еще З. Фрейдом «священной психосоматической семеркой». Были сделаны записи психологических бесед, которые подверглись тщательному разбору для исключения любых медицинских сведений. Кроме того, были осуществлены предосторожности, чтобы пациент не мог прояснить диагноз своей болезни. Группа терапевтов определила болезнь по этим записям в 25% случаев. Группа психотерапевтов узнавала болезнь почти вдвое чаще – в 45% случаев.

Дж.Л. Холлидей впервые проанализировал статистические данные, приводящиеся в документах британского здравоохранения с точки зрения соотношения физических и психологических заболеваний, указывая на рост индексов последних. На индивидуальном и семейном уровнях его особенно интересуют перемены в структурах воспитания детей, произошедшие между семидесятыми годами XIX в. и тридцатыми годами XX в. В прошлом веке к детям проявляли большую степень терпимости в течение первых трех лет, семьи были большими, что означало для детей меньшую вероятность излишней опеки и избалованности, а первые социальные импульсы ребенок получал в свободной игре. «С физиологической точки зрения окружение ребенка было ужасающе плохим. Грязь, отсутствие чистого водоснабжения и надлежащих санитарных условий, перенаселенность домов, неудовлетворительное жилищное строительство, нищета, недоедание и длинный рабочий день – все это способствовало трагически высоким показателям телесных повреждений и смертности. Однако, с психологической точки зрения, окружение ребенка не было столь ужасающим благодаря тому, что в первые годы жизни ребенку предоставлялись широкие возможности для эмоционального развития своим собственным путем и в свое время».

Если обратиться к тридцатым годам XX в., картина полностью изменяется. Грудное вскармливание почти исчезло, а кормление по часам стало общим правилом, следование санитарным нормам начинается зачастую с первых месяцев жизни. Привнесение в быт различных бытовых приборов ограничило масштаб исследования окружающего мира ребенком. Семьи невелики, в возрасте 3–4 лет ребенка отдают в детский сад. Эта сравнительно высокая степень фрустрации в первые два года жизни, по убеждению Дж. Холлидея, может быть причиной роста случаев психосоматических расстройств, предрасположенность к которым по-видимому закладывается в раннем детстве. «Вместо того, чтобы позволить жизни разворачиваться по естественным законам с сопутствующим созреванием физических характеристик, она была подвергнута навязанной системе формирования, которая преждевременно провоцировала или предрасполагала к физическим расстройствам, порождая напряженные состояния или неправильное функционирование… сердечнососудистой системы и так далее».

Ф. Данбар обратила внимание на индивидуально-личностные особенности людей, страдающих определенными болезнями. Так, по ее мнению, коронарный тромбоз и грудная жаба чаще являются причинами смерти для тех одержимых навязчивыми состояниями и обостренными угрызениями совести людей, на которых возложена большая ответственность.

Общий итог этих исследований привел к разделению всех экспериментаторов на два лагеря. Первая группа разочаровалась во множестве порой нестыкующихся подходов к проблеме и выделении огромного числа как индивидуально-личностных, так и клинических и социальных переменных, привлекаемых к разработке понятия психосоматического заболевания. Они перешли к клиническим экспериментам, ориентируясь только на объективную картину болезни, отказав тем самым пациенту в поисках смысла своей болезни. Вторая группа продолжила изыскания, связанные с изучением смыслообразующей функции личности применительно к психосоматическому заболеванию.

Во второй группе оказался Жак Лакан – крупный клиницист и теоретик психоанализа, лекции которого в свое время слушал М. Фуко. Он провозгласил своей главной задачей «возврат к Фрейду». Главный объект исследования, который выделяется Ж. Лаканом, это образный слой сознания, несводимый к биологическим проявлениям. Ж. Лакан критикует укоренившийся среди современных ему психоаналитиков старый локковский принцип»: в разуме нет ничего такого, чего ранее не было бы в чувствах», считая, что данный подход значительно обедняет психическую реальность человека. Подобный подход в конечном итоге сводит такое сложнейшее по своим функциям и богатое по содержанию психическое явление к информации, растворяя чувства, верования, интуицию, сны в «материальности» физиологических или биологических реакций.

Защищая психическую реальность, Ж. Лакан пишет: «Истина со всей ее ценностью лежит вне науки: наука может гордиться своим «союзом с истиной, она может исследовать ее проявления и значения, но она ни в коем случае не должна считать достижение истины своей собственной целью». То есть, по мысли Ж. Лакана, именно ненаучное, участливое, другими словами, включенное внимание к человеческим страданиям, подход к психике через патологию позволил З. Фрейду признать реальность того психического материала, который необходимо прояснить и преобразовать, чтобы вылечить больного. То, что говорит и чувствует пациент, представляется не имеющим смысла только с позиции так называемой абстрактной истины официальной медицины, которая сортирует получаемые данные на значимые или незначимые, выбирает одни показания и опускает другие, ориентируясь лишь на собственные представления и открытые ею же закономерности. Каков же на самом деле реальный целостный смысл происходящего, для пациента не играет никакой роли в процессе его лечения этими методами.

Где же находится истина? С позиций классического психоанализа «истина может быть найдена… в чистой воды experimentum mentis, чтобы дать акту субъекта, получающего заключенное' в нем сообщение, смысл, делающий этот акт актом из его истории и сообщающий этому акту его истинность».

Другими словами, истина связывается Ж. Лаканом, с одной стороны с индивидуальной психикой человека, точнее – с определенным слоем этой психики – с бессознательным; с другой стороны – с индивидуальным смыслом. Исходя из этих посылок Ж. Лакан предлагает программу изучения индивидуального смысла. Во-первых, стоит здесь обратить внимание на тело, «где исторический симптом обнаруживает структуру языка и расшифровывается как надпись, которая, однажды будучи прочитана, может затем быть уничтожена без особого сожаления». Это тело Ж. Лакан называет памятником, имея в виду возможность латентных патологических процессов, которые могут долгое время храниться в теле, не проявляясь в симптоматике и синдроматике. Во-вторых, смысл необходимо искать в «архивных документах», которые представляют собой воспоминания детства. В-третьих, Ж. Лакан обращает внимание на словарный запас человека, а главное – на особенности его применения, а также стиль жизни и характер личности. Несомненно, с точки зрения Ж. Лакана, смысл может быть найден посредством изучения речи человека, поскольку именно она «сообщает действиям индивида смысл; область его – это область конкретного дискурса как поля трансиндивидуальной реальности субъекта; в ней происходит возникновение истины в реальном».

Далее Ж. Лакан указывает на необходимость исследования традиций и даже легенд, где индивидуальная история человека облекается в героизированные формы. В качестве последнего фактора Ж. Лакан называет «следы искажений, которые возникают при согласовании с соседними главами фальсифицированной главы, чей смысл должен быть восстановлен нашим собственным истолкованием».

Терапевтический процесс, который должен быть основан на так называемой «презумпции осмысленности», можно осуществить, опираясь на два принципа. Во-первых, признание права психической реальности на самостоятельность, безотборность и несистематизированность, обратные действия которым мы постоянно наблюдаем у официальной медицины. Во-вторых, процесс излечения сосредоточивается вокруг перестройки в сознании больного образа его собственной истории, содержащей скрытую психическую травму, то есть изменений осознания смысла болезни.

Врач уже не воплощает, с точки зрения Ж. Лакана, в своем мире карающую инстанцию, обладающую истинными знаниями о пациенте. Перед врачом – запутанный клубок хитросплетений неповторимой индивидуальной человеческой жизни, несводимой к трансцендентным ей критериям социальной истории. В результате, вместо монологического декретирования врача в отношении больного между ними устанавливается диалог. Следовательно, процесс лечения – это диалог врача и пациента, а «вся проблема состоит в отношениях речи и языка внутри пациента».

Разведение языка и речи имеют для Ж. Лакана принципиальное значение. Речь фиксирует общую направленность психического состояния больного и выполняет социальную функцию выражения, то есть «обнаруживает одновременно и единство значения в намерении, и сущностную двусмысленность, превращающую его в субъективное выражение, в грех против мысли, в ложь ей». Главная опасность здесь, по Ж. Лакану, в уступчивом отождествлении пациента с каким-то одним предложенным культурой образом. Поэтому необходим качественно иной подход, связанный с индивидуальными проявлениями речи пациента, выраженными в символическом, то есть в языке. Субъекты языка и речи различны. Субъект речи – «Я» как основа всех центраций, всех иллюзорных идентификаций, обладающая лишь видимостью подлинного синтеза всех проявлений психики индивида. Субъект языка – сам принцип дискретности психической структуры в действии. Речь несмотря на ее кажущуюся полноту – «пустая», лишенная подлинной, внутренней связности, а язык символического – «наполненный», осмысленный, превращенный из хаоса разрозненных архивных документов индивидуальной истории больного в упорядоченную и последовательную историю. «Чтобы освободить речь субъекта, мы вводим его в язык его желания, т.е. в первичный язык, на котором, помимо всего того, что он нам о себе рассказывает, он говорит нам что-то уже безотчетно, и говорит в первую очередь символами симптома». Таким образом, языковая практика пациента – это расшифровка воображаемого и воссоздание символического.

Симптомы болезни сосредоточиваются в местах особой напряженности, вскрываемых «полной» речью. Диалогичность не представляет непрестанного «говорения». Суть ее в том, что «материализуя отсутствие», она включает тем самым в сферу осмысления прерывности, молчание, паузы. Эти разрывы или наоборот, сгустки в языковой цепи: «метафорические сгущения, нагромождения, иерархические напластования элементов или их же метонимические смещения. Таким образом, и метафора, и метонимия, эти традиционные приемы риторики и стилистики, служат для врача и для больного средством перехода с воображаемого уровня на символический, мостом между бессмыслицей и смыслом».

Специально исследуя важнейшую, по его мнению, характеристику речи – означающее, как сознательную сторону языка, Ж. Лакан подчеркивает, что понятие «означающее» может служить детерминантой поведения человека. Раскрывается этот тезис на примере «Похищенного письма» Э. По, в котором письмо с неизвестным для действующих лиц содержанием выступает как причина поведения, раскрывая смысл их поступков.

Ж. Лакан специально указывает на то, что отношения врача и больного строятся на внимающем присутствии врача. Именно это присутствие не дает речи больного рассеяться в пространстве, а возвращает ее к «исходному пункту», и тем самым в сознание больного «входят» его собственные, но уже преломленные, преобразованные самим ходом своего развертывания содержания.

Ж. Лакан подчеркивает, что симптомы, о которых говорит пациент, нельзя назвать его заблуждениями, а результат лечения – истиной в смысле классической теории познания, поскольку врачу, с одной стороны, первое время недоступен субъективный мир его пациента, с другой – исследование этого мира не входит в его компетенцию, а сам больной бессознательно пытается скрыть свое субъективное осознание. Реальный симптом, как истинный в психоаналитическом смысле симптом, зафиксирован в языке, причем эта реальность достигается через прояснение его связи с другими симптомами и психическими проявлениями, среди которых патологический симптом «разрешается», то есть обретает свою смысловую наполненность. «Истина терапевтической практики, та межсубъективная истина, которая достижима лишь в диалогическом общении индивидов, не есть те или иные конкретные содержания, но скорее совокупность некоторых условий, делающих само обозначение, смысл возможным».

Поставив задачу поисков в индивидуальной структуре психики тех общих механизмов, которые позволяют конкретному индивиду несмотря на неповторимые жизненные условия реализовать более или менее одинаковые формы общественной жизни, Ж. Лакан считает, что современная культура и цивилизация привели к тому, что человек утратил возможность разглядеть в «хаосе мира причины собственного своего бытия». Он с иронией пишет: «Внутри колоссальной объективизации… общение позволит ему забыть о своей субъективности. Человек примет деятельное участие в этом общем деле своим повседневным трудом и заполнит свой досуг всеми щедрыми благами культуры, которые – от детектива до исторических мемуаров, от общеобразовательных лекций до ортопедии группового общения – дадут ему все необходимое, чтобы забыть о своем существовании и смерти и в мнимом общении пренебречь смыслом своей собственной жизни».

Так язык становится для Ж. Лакана стержнем лечения, однако непонятно, каким образом в лакановском языке можно обнаружить смысл. Он практически не принимает в расчет эмоциональные и невербальные аспекты языка, например интонации, аффективную окрашенность, замедление – ускорение речи, тембр голоса и пр. «Не ясно», – замечает Л. Шерток, – «каким образом язык, сведенный с его означающей функции, чуть ли не лишенный плоти, может породить и стимулировать процесс лечения. Ведь такой язык напоминает повозку, которая едет порожняком».

Один из крупнейших психологов XX столетия, Людвиг Бинсвангер, развивает традицию экзистенциализма, рассматривая болезнь как присущий больному способ «быть-человеком» в гуссерелевском и хайдеггеровском понимании. Его подход, названный Daseinanalyse, есть попытка дополнить и по возможности исправить взгляд на человека и человеческий опыт, разрабатываемый психоанализом. Так, в одном из писем С. Франку Л. Бинсвангер писал, что сейчас он занят подготовкой второго издания своей книги «Введение в проблемы общей психологии», главным отличием которой от первоначального варианта» будет осуществление в ней шага от «Я» к «Мы»».

Средство, позволяющее проникнуть на уровень субъективных смыслов, верований, ценностей больного – психоанализ. В этой связи Л. Бинсвангер приветствует отказ З. Фрейда от физиологической интерпретации психических явлений. Однако тут же он подчеркивает: «Фрейд сделал большой вклад в понимание внутренней истории жизни, чем любой отдельный человек до него. Мы же отделяем нашу позицию от его в том отношении, что мы считаем жизненно-исторический элемент фундаментом «антропологии», тогда как Фрейд видит в этом только «образный язык» для биологических явлений». При использовании классического, в духе З. Фрейда, психоанализа болезнь предстает как результат сохранившихся и вытесненных в бессознательное детских желаний и влечений. Мотивы поведения оказываются за пределами свободного выбора человека, а сам человек – не творцом своего будущего, а заложником прошлого. Отсюда требование Л. Бинсвангера разработать новый – экзистенциальный психоанализ, где болезнь «изымается из контекста либо чисто «природного», либо «психического» и понимается и описывается в контексте основных человеческих потенциальных возможностей… Здесь болезнь не объясняется относительно либо нарушений мозговой деятельности, либо биологической деятельности организма и не понимается относительно истории жизни.

Скорее она описывается относительно способа и манеры отдельного бытия – в-мире».

Это «бытие – в-мире» есть позиция человека, существующая в смысловом контексте, открывающем для данного человека мир объектов, мир Vorbanden, позволяющая объективно познавать мир. «То, что «там» есть объект, который должен стать частью опыта, это уже позиция, система отсчета, дарование смысловой матрицы в рамках бытия – в мире Dasein, бытие – в мире которого предшествует различению субъекта и объекта». Таким образом, Л. Бинсвангер не отвергает субъективный опыт, он его трансформирует в определенную систему отсчета, которая конституирует мир, вкладывая в него смысл. «Несомненно, можно спросить, видение Святой Девы у душевнобольного, это не такой же подлинный опыт, как опыт нормального человека, скажем, наблюдения частичного затмения Солнца?» – задается вопросом Бинсвангер и тут же отвечает – «Это подлинный опыт – если только мы уверены, что понимаем, что на самом деле испытывает душевнобольной… Вопрос, однако, заключается в том, что Святая Дева значит для него?». Понять мир душевнобольного, это не значит объяснить его видения Святой Девы, ссылаясь на картину мира «нормальных» людей. Понять его мир, значит «показать ту особую априорную экзистенциальную структуру, которая делает возможными эти феномены», клинически диагностируемые как симптомы психоза.

То есть необходимо научиться рассматривать человека и его существование по-новому, в их целостности. Если такая целостность нарушена, появляются такие невротические симптомы, как «признак заброшенности экзистенции и признак ее потенциальной возможности падения, – короче, признак ее конечности, ее трансцендентальной ограниченности или несвободы». Неврозы и психозы являются специфическими способами трансцендирования, конституирования мира и самих себя. Отклонение от нормы означает создание новой «нормы». Например, маниакальная форма выступает общей для всех «миров», конституируемых маниакальным сознанием, психотик живет в своем собственном, им осмысленном мире. Поэтому симптом – есть выражение изменения тотальной формы бытия человека, всего стиля его жизни.

Анализируя историю болезни Лолы Фосс, Л. Бинсвангер размышляет о том, почему только предметы одежды – платья, нижнее белье, обувь, шляпы – играют такую важную роль в болезни Лолы? «Лола воспринимает свои фобические симптомы не как «необходимость», чуждую ее личности, но как нечто вполне осмысленное, то есть «пророческое»… Поскольку воля судьбы выражается в материальной форме предметов одежды и других утилитарных объектов, вытекающие защитные меры тоже чисто «материальные». Они заключаются в устранении «зараженного» материала. Это удаление «роковых или обремененных табу» одежд решительно выражает основной паттерн борьбы Лолы против судьбы: выбрасывая, удаляя, раздавая, продавая, разрезая эти предметы одежды, она отвращает свою судьбу до тех пор, пока это возможно». Этот феномен Л. Бинсвангер называет «омирением», то есть «определенной формой экзистенциального обессиливания». Суть его в том, что «процесс, в котором Dasein отказывается от самого себя в своей актуальной, свободной потенциальной возможности быть – самим – собой и предает себя особому проекту мира. Во всех этих случаях Dasein больше не может свободно позволять миру быть, но, скорее, оно все больше предается одному определенному проекту мира, захватывается им, подавляется им».

Таким образом, описанный Л. Бинсвангером случай получает новое измерение. Он считает, что не какие-то прошлые события, детские фиксации и идентификации обусловливают болезнь. Сами фиксации и идентификации происходят из-за того, что бытие – в мире данного пациента обладает особой «конфигурацией», то есть смыслом. Первопричина заболевания – конфигурирование, конституирование мира лишь через один модус экзистенции. Поскольку экзистенция ограничена, этот модус существования становится доминантным и суживает горизонт мировосприятия. В результате либо происходит резкое противоречие между различными сторонами человеческого существования, либо сведение всех модусов к одному-единственному. Таким образом «смысловая матрица», другими словами, «видение мира», модус бытия ограничивается, а другие модусы начинают действовать «из-за горизонта видения», то есть перестают рассматриваться как возможности экзистенции.

Лола в своей болезни пытается реализовать неосознаваемый ею идеал своей жизни – быть одной и оставленной миром в покое. Из истории ее болезни мы знаем, что она с детства предпочитала быть в одиночестве, любила запираться в своей комнате и одно время подумывала о том, чтобы постричься в монахини. Ее «проект мира» требует, чтобы «сущие вообще и, в особенности сосуществующие были доступны только посредством заранее созданного проекта чуждого, Жуткого, или – в качестве альтернативы – ожидания Угрожающего». Поэтому она ищет укрытие от мира, который нарушает ее безопасность и душевный покой. Это «укрытие» и есть ее болезнь.

Казалось бы, Л. Бинсвангер описывает ситуацию психически больной личности, закономерности развертывания болезни которой нельзя применить к здоровому либо соматически больному человеку. Однако Л. Бинсвангер предлагает нам психологические механизмы суеверий, так распространенных среди «цивилизованных жителей Запада». Он пишет»: Суеверие – всегда выражение боязни демонической силы рока. «Цивилизованный житель Запада», который публично стучит по столу или стене, или просто восклицает «постучи по дереву», когда кто-нибудь упоминает его хорошее здоровье или успех в бизнесе, таким образом, надеется умолить судьбу остаться благосклонной к нему. Такое заклинание судьбы продиктовано страхом бросить вызов судьбе… Следовательно, это действие в то же время представляет собой извинение. Акт заклинания, или формула «постучи по дереву», содержит обращение к судьбе с просьбой не счесть это подтверждение высокомерием, чересчур самоуверенной заносчивостью… Такая вера в свою зависимость от судьбы… выдает «первобытность» «цивилизованного» современного человека, или на языке Daseinsanalyse, «брешь» в его структуре, его экзистенциальную слабость». То есть даже здоровый человек не занимает автономную позицию в своем мире, отрезая самого себя от основания своего существования, он не несет ответственности за свое существование, но вверяет себя чуждым силам, которые «ответственны» за его судьбу вместо его самого. Поэтому история Лолы, как и других больных, описанных Л. Бинсвангером, в сущности, не отличается от соматической болезни психически здорового человека. Смысл болезни – в незащищенности существования перед миром, неуверенности в себе и в мире, необходимость помощи или «опорах» извне. Человек как бы дезертирует от самого себя и уступает чуждой силе. Он больше не выдерживает самое себя в «проектировании своих собственных подлинных потенциальных возможностей бытия, его непрерывно засасывает в водоворот неподлинных возможностей бытия, то есть таких, которые не выбраны им, но навязаны ему силой, чуждой для «Я».

Особое место в рамках экзистенциального психоанализа занимает доктрина антипсихиатрии, наиболее полно представленная в трудах английского психоаналитика Р. Лейнга. Р. Лейнг задается вопросом: «Как вообще можно показать значение состояния пациента и его общечеловеческий смысл, если слова, которые мы можем при этом использовать, специально предназначены для того, чтобы изолировать пациента и ограничить смысл его жизни особым клиническим бытием?». Для него понятийный аппарат клинической психиатрии совершенно неприемлем для понимания перехода от здорового способа бытия-в-мире к психотическому, в первую очередь, шизофреническому бытию-в-мире, – так как он разбивает целостность человеческого существования на дихотомии физического и психического, души и тела и пр., давая тем самым искаженное представление о внутреннем мире больного.

Единственный способ постижения мира больного человека – это погружение в его мир. «Все мы знаем, – пишет Р. Лейнг, – что мы можем быть самими собой лишь в нашем мире и посредством его, и поэтому имеют смысл слова, что «наш» мир умрет вместе с нами, тогда как этот мир останется и после нас». Причем Р. Лейнгу не важно, чей мир исследуется, мир ли сумасшедшего, либо здорового человека, потому что «существуют люди, считающиеся совершенно здоровыми, однако их разум настолько безумен, что это небезопасно для них самих и для других». Потому какие-то «научные» определения и критерии представителями антипсихиатрии объявляются несостоятельными, ибо главное здесь – личность, принципиально не сводимая к тем или иным физическим, химическим или физиологическим параметрам.

На передний план выходит экзистенциально-феноменологическое толкование способов чувствования и действий больного человека как антитеза формальному анализу речи и поведения пациента, требующее соотнесения действий пациента с его способом осознания ситуации, в которой он находится совместно с врачом. Только так появляется возможность понять, что на самом деле происходит с больным человеком в контексте его жизненного опыта, то есть его экзистенциальную позицию. А «то, что «экзистенциально» истинно, пережито как «реально» истинное». Р. Лейнг поясняет свою позицию, подчеркивая, что большинство так называемых здоровых людей воспринимают как «реально» истинное только то, что существует «на самом деле». Однако, если человек утверждает, что он мертв, будучи живым, «он имеет в виду, что он «действительно» и абсолютно «буквально» мертв, а не только символически, или» в смысле», или «как будто бы», и серьезно стремится сообщить нам эту истину. Однако цена, которую необходимо заплатить за переоценку общепринятой истины подобным образом, – это «быть» сумасшедшим, поскольку единственно реальной смертью, которую мы признаем, является биологическая смерть».

Раскрывая механизмы формирования отношения к болезни, Р. Лейнг вводит понятие «онтологически защищенная личность», причем указывает, что использует категорию «онтологическая» в эмпирическом смысле, как лучшее причастное и деепричастное производное «бытия». Такая личность, по мнению Р. Лейнга, «будет встречать все социальные, этические, духовные, биологические превратности жизни с чувством, в основе которого – непоколебимая уверенность в своей собственной реальности и идентичности, а также в реальности и идентичности других людей». Противоположностью защищенной личности является «онтологически небезопасная личность», главная задача которой – постоянная забота о сохранении самой себя, так как «обычные обстоятельства жизни угрожают его и без того низкому порогу безопасности». Это непрерывное наличие угрозы собственному существованию переживается личностью как состояния беспокойства, проявляющиеся как поглощение, взрыв или оцепенение.

Поглощение представляет собой способ, при котором любая связь с другим человеком выглядит угрожающе, как «риск быть понятым, любимым или даже просто увиденным», другими словами, над человеком довлеет страх, что его «поглотит» другая индивидуальность. Основным маневром, используемым человеком при такой форме беспокойства, выступает изоляция как антитезис между полной утратой бытия вследствие погружения в другого человека и совершенным одиночеством. Такая личность не уверена в своем собственном основании и поэтому боится «потерять» себя в другом человеке.

Взрыв или столкновение с реальностью это переживание ужаса, который возникает по отношению к миру, готовому в любой момент «обрушиться и уничтожить идентичность, подобно газу, который устремляется внутрь и вытесняет вакуум». Так как «онтологически небезопасная личность» чувствует себя совершенно опустошенной, она боится заполнения этого вакуума, боится, что с этим заполнением может полностью потерять себя. Контакт с реальностью – это угроза прорыва внешнего мира во внутренний и тем самым потеря собственной субъективности.

Оцепенение и деперсонализация представляет собой особую форму страха, психологический смысл которой в том, что «кто-то отрицает личностную автономию другого индивидуума, игнорирует его чувства, рассматривает его как вещь, убивает в нем жизнь». Р. Лейнг поясняет это таким примером: «если кто-то воспринимает другого как человека, свободного в своих действиях, он открыт возможности воспринимать себя как объект его опыта и, следовательно, может почувствовать, что его собственная субъективность постепенно иссякает. Ему угрожает возможность стать не более, чем вещью в мире другого, без всякой собственной жизни, без всякого собственного существования. В понятиях данного беспокойства уже сам акт переживания другого как личности воспринимается фактическим самоубийством».

Следовательно, «онтологически незащищенная личность» это человек, не чувствующий себя автономным, то есть не способным переживать обычным образом ни свою отделенность от других, ни свою отнесенность от других. «Отсутствие чувства автономии предполагает ощущение, что его бытие переплетено с бытием другого, а бытие другого – с его бытием, в смысле нарушения границ реальных возможностей в структуре человеческих связей. Это означает, что чувство нахождения индивидуума в состоянии онтологической зависимости от другого замещает чувство отнесенности и прикрепления к другому, основанное на истинной взаимности».

Трансцендентная болезнь

С конца 20-х гг. параллельно с психоанализом развивается специфическое направление психосоматической медицины, называемое «антропологическим» или «персоналистической медициной». Сторонниками данного подхода, методологическим основанием которого стали концепции М. Хайдеггера и Ж.ПСартра, выступили В. фон Вайцзеккер, П. Кристиан, А. Жорес, Р. Зибек, А. Митчерлих и другие.

Эти исследователи прямо заявляли, что решающим фактором болезни является «персональный дух» человека, то исключительное и неповторимое в индивидуальной психике, которое считается сущностным признаком ситуации болезни. Смысл и предназначение болезни видится им в том, что именно в болезни выражается судьба человека, которая предопределена свыше. А это обязывает индивида к терпению и послушанию, постоянно напоминая ему о его ничтожности и зависимости. Под тяжестью страданий, связанных с болезнью, некоторые люди доходят до осознания ее глубинного смысла, снова обретая самих себя и достигая более высокого уровня моральных и духовных качеств.

Мистическая исключительность персоналистской медицины выражается также в тезисе об аутопатиях, или собственном обосновании болезни человеком. Под аутопатией понималось соучастие субъекта в развитии определенных нозологии через разные виды спонтанной активности, аналогично тому виду активности, который например, имеет место при создании художественного произведения. Эта активность возникает из глубин человеческого Духа и манифестирует в форме телесных симптомов заболевания. Причем болезнь должна иметь прямое отношение к внутреннему миру пациента, миру его бессознательных переживаний, а симптомы должны получить свое символическое выражение.

В. Вайцзеккер, анализируя перспективы исследований психосоматических отношений, создал «медицинскую антропологию», в рамках которой болезнь человека сначала должна приобрести для него смысл, а потом оцениваться врачом. Подвергнув критике царившую в то время теорию физиологии чувств, главным положением которой была ошибочная, с точки зрения В. Вайцзеккера, попытка расширить в направлении объективности единство субъективной сферы и объективных условий настолько, что субъект превращался лишь в функцию мозговых процессов, он выдвигает противоположный тезис. «Субъективность всегда стоит в начале любого восприятия и движения именно в обусловленности того, что выбирается, устанавливается и охватывается посредством восприятия и движения… Чувственное восприятие – это не пассивное отражение объективно существующего мира, не мозаика раздражителей, а всегда выбор из различных возможностей, некое осмысление, которое осуществляется вследствие субъективной настроенности, ситуационной обусловленности, селективной направленности в будущее, восприятия определенных фрагментов из прошлого. Так, пытаясь избежать как субъективизма, так и объективизма в подходе к болезни, В. Вайцзеккер приходит к субъект-объектным отношениям, где на передний план выдвинут вопрос осмысленности патологических процессов больным человеком и подчеркивает, что в данной парадигме «центральным пунктом было бы то что я не только приобретаю и имею свою болезнь, но и сам ее создаю и формирую; что я свое страдание не только терплю и стремлюсь устранить, но я в нем нуждаюсь и желаю его». То есть душевное и телесное могут заменять друг друга. Тело может объяснить душу, а душа – тело, субъект-объектные отношения, следовательно, заключаются в том, что тело и душа взаимно представляют и объясняют друг друга субъекту. В ситуации болезни, патологических изменений, человек как бы находит такое применение своим органам, которое не предусмотрено объективными физиологическими процессами.

«Теоретическую основу оценки и понимания места болезни в истории жизни обеспечивает не подключение таких душевных факторов, как эмоции или аффекты, не число отдельных трудностей, жизненных событий, стрессов или чего-то подобного, не введение двусмысленных, психосоматических понятий, когда, например, жизнь больного с высоким артериальным давлением определяется как «находящееся под давлением существование». Переживаемая субъектом ситуация придает тому или иному событию различное значение – непреодолимого напряжения или ни о чем не говорящего изменения, криза или банального отклонения, стресса или не-стресса». Поэтому роль врача, с точки зрения В. Вайцзеккера и его последователей, заключается в наблюдениях и беседах с пациентом, цель которых в совместных поисках смысла телесных страданий. Пациент в своем осмыслении своего заболевания переживает себя как некое лицо, которое может изменяться в своем движении к исцелению. То общее понимание истории каждого пациента, которое рождается только в системе «врач – больной», придает новое значение патологическому процессу.

Особенно выпукло эта ситуация может быть представлена сознанию больного в периоды «кризов» как поворотных пунктов истории жизни пациента. Подобные критические пики могут возникнуть в ситуации разлуки, при нарушениях привычного ритма жизни и пр. Главное – взаимоотношения переживаний и событий, психического и физического перемежаются друг с другом в определенный момент в виде криза и при этом влияют друг на друга. То, что мы вытесняем из сознания, продолжает действовать в теле, а то, что мы внедряем в сознание, теряет свою телесную силу».

Осмысление своей болезни достаточно часто влечет за собой чувство вины. А «переживание вины приковывает внимание человека к источнику вины, оно не отпустит без покаяния или оправдания… Ответственность, внушенную чувством вины, можно рассматривать как свидетельство зрелой совести и нравственного поведения. Чувство ответственности является ядром структуры совести, оно ориентировано на осознавание вины и в то же время способствует выбору такого стиля поведения, которое снизит вероятность интенсивного переживания вины».

Именно в парадигме антропоцентрической медицины выявилась проблема, поставленная еще Ж.П. Сартром. Это проблема экзистенциальной вины как осознавание обязательств перед собственным бытием, важности реализации своего потенциала, определенного от рождения. Человек испытывает экзистенциальную вину в процессе осмысления противоречия между принятыми им стандартами поведения и исповедуемыми этим же человеком ценностями, то есть выявления рассогласования между «Я – реальным» и «Я – идеальным», что нередко сопровождается ощущением собственной неправоты и изменением физиологических проявлений. Страдания, связанные с виной, есть сигнал человеку о вреде, который он приносит себе. Поэтому страдание можно рассматривать как благо, возможность «очиститься» посредством осмысления.

Например, А. Митчерлих так описывает свою концепцию «оформления» телесных процессов: «Творческое, т.е. преобразующее, вторжение человека в материю мира является одной из особенностей, определяющих его натуру. В этом проявляются спонтанные силы активности его души… Оформить – значит реализовать желание выразить себя. Все мы придаем форму нашим движениям, если хотим что-нибудь сообщить. Чем полнее внутренняя картина и чем больше одаренность в умении выразить душевные переживания, тем свободнее выражение в зримой форме: так происходит, когда автора охватывает вдохновение при создании песни, танца, живописного полотна… Если мы возьмем в качестве упрощенной модели процесс конверсии, то он укажет нам на следующий фундаментальный факт: человек может не только деятельно преобразовывать материю мира в выразительной форме, но и совершить такие же преобразования со своим телом, в своем теле».

Как человеку отыскать такой путь, в котором творческий результат любого действия будет дополнять внутреннюю картину и выражаться в свободном формообразовании? Единственно возможным вариантом А. Митчерлих признает уход в себя, когда «удача рассматривается как отказ, а неудача – как затор физической и пагхической энергии, требуемой для высказывания, которая, как видно, блокируется, что ведет к перегрузке функционирующего органа вплоть до его отказа от работы… Для нашего сознания, – подчеркивает Митчерлих, – недостаточно того, что желание выразить себя не может реализоваться, поэтому оно нуждается в коррекции. Это является необходимым условием процесса».

Следуя логике А. Митчерлиха, можно придти к выводу, что болезнь не является результатом поломки «органической машины». Напротив, «мы считаем, – пишет А. Митчерлих, – что в наших силах изменить форму болезни. Правда, не по своему собственному желанию, от которого мало что зависит. Мы должны ориентироваться на свой внутренний мир и те переживания, которые редко могут остановиться в свободном парении, но повсюду, где они являются сильными, они вливаются в нашу телесность и занимаются обеспечением жизнедеятельности тела… Если выразиться предельно кратко, то для медицины это означает, что возникновение болезни обязательно что-либо выражает». Тем самым А. Митчерлих, по его утверждению, пытается преодолеть односторонний и устаревший естественно-научный метод мышления в медицине. Суть предлагаемого им нового подхода заключается в следующем: если человек заболел, следовательно, он сам этого хотел, пусть бессознательно, и сам выбрал «форму» своего заболевания. Поэтому только человек несет ответственность за все, происходящее с ним. Болезнь является его личной проблемой. Тем самым с других людей, социума полностью снимается всякая ответственность за эту болезнь. Болеющий человек просто обязан найти причину и смысл своей болезни и излечиться.

Антропологическая медицина пыталась посредством выделения субъективности преодолеть объективистский подход к болезни и ее носителю – больному человеку. Но последний тезис авторов такого подхода – человек сам должен взять большую часть «своей ноши», и никто ему в этом не может помочь, вряд ли может способствовать продвижению современной медицины к прогрессу.

Станислав Гроф дает свою интерпретацию места и роли трансцендентного опыта в патогенезе заболеваний. Он утверждает: «Более глубокое понимание психотических процессов фактически невозможно без признания трансперсональных измерений души. А существующие объяснения либо предлагают поверхностные и неубедительные психодинамические интерпретации, которые сводят данные проблемы к биографическим факторам раннего детства, либо постулируют неизвестные биохимические факторы, якобы объясняющие искажения «объективной реальности» и другие странные и непостижимые явления». Как известно, он придает особую значимость динамике базовых перинатальных матриц, проявления которых обычно рассматриваются как признаки серьезных заболеваний, которые традиционная медицина пытается подавлять всеми возможными способами.

Точка зрения С. Грофа на эмпирический опыт рождения противоположна. С. Гроф упоминает бесконечные споры классической медицины о том, какие факторы – биологические или психологические – играют главную роль в нарушениях функционирования организма. «Введение перинатального уровня бессознательного, – полагает С. Гроф, – в значительной степени перекрывает зазор, разделявший эти две крайние точки зрения… Эмоциональные и биологические явления представляют две стороны одной медали и могут быть сведены к одному общему знаменателю – процессу рождения». Он считает, что с перинатальным опытом связано метафизическое измерение бессознательного, а тщательный анализ наблюдений, полученный в ходе глубинной психотерапии, дает возможность вывести большинство симптомов из специфических характеристик процесса биологического рождения. Причем под симптомами здесь понимаются «эмоциональные и психосоматические проявления, представляющие основные единицы, составные части или строительные блоки патологии». Таким образом, опыт рождения функционирует как прототип всех будущих ситуаций, в том числе и болезней.

Индивид, вспоминая с помощью различных психологических технологий акт своего рождения, имеет две возможности интепретации своей ситуации.

Первая связана с принятием факта, что мир, в который мы попали, не может контролироваться нами. Поэтому следует смириться и принимать все от судьбы как должное. Вторая, альтернативная, предлагает рассматривать мир как систему, управляемую фундаментальным моральным законом и порядком. С. Гроф замечает по этому поводу, что «люди, обнаруживающие у себя рак или какую-то другую неизлечимую и мучительную болезнь, склонны относиться к ней с чувством вины: «Что я сделал плохого? Чем я это заслужил? Почему «они» это сделали со мной?» Логику, стоящую за этим отношением, можно выразить так: «Такая ужасная вещь не произошла бы со мной, если бы я не сделал чего-то, настолько же плохого, чтобы заслужить это». Другими словами, в первом случае человек даже не пытается обнаружить смысл своей болезни, во втором же – смысл лежит на поверхности.

Второй вариант интерпретации предполагает глубокое эмпирическое само исследование, при котором, как утверждает С. Гроф, становится очевидным, что не только психологические, но и телесные травмы, физическая угроза жизни, серьезно влияют на развитие эмоциональных и психосоматических расстройств. Феномен рождения – это как раз переживание смерти и возрождения, связанные с телесными ощущениями. Проживание таких ощущений и переживаний в эмпирическом эксперименте приводит пациента к нахождению смысла как фундаментальной причины своего заболевания. Так, «негативные аспекты первой базовой перинатальной матрицы имеют специфическую связь с тошнотой и дисфункцией кишечника, сопровождающейся поносом». При переходе на вторую БПМ, когда эмпирический паттерн относится к самому началу биологических родов, активизируются состояния неприятного напряжения и боль. «На оральном уровне это голод, жажда, тошнота и болезненные раздражения вокруг рта; на анальном уровне – боль в прямой кишке и задержка кала; на уретральном уровне – боль в мочевом пузыре и задержка мочи. Соответствующими ощущениями генитального уровня будут сексуальная фрустрация, чрезмерное напряжение, спазмы матки и влагалища, боль в яичниках». Прохождение третьей матрицы при неблагоприятных условиях формирует, по С. Грофу, различные прегенитальные конверсии – психогенную астму, различные тики, заикание. Так, «при психогенной астме трудности дыхания могут быть прослежены непосредственно до элементов агонии и удушья, переживающихся во время биологического рождения,… психогенное заикание имеет глубокие корни в динамике конфликтов, связанных с оральной и анальной агрессией». Четвертая базовая перинатальная матрица по смыслу связана с третьей клинической стадией родов, с непосредственным рождением ребенка и чревата психиатрическими расстройствами в последующей жизни.

С. Гроф детально исследует механизмы формирования, патогенез различных нозологии, например артериальной гипертонии, зависимостей от алкоголя, наркотических и психоактивных веществ. Так, артериальная гипертония связывается С. Грофом с историей глубинных эмоциональных нарушений. Механизм развития данной патологии, описываемый С. Грофом, следующий: «Основа этого нарушения – запись в организме длительного эмоционального и физического стресса биологического рождения. Различные стрессы позднейшей жизни добавляются к этому первичному запасу, облегчают доступ перинатальных элементов в сознание, связывают их со специфическими событиями биографии и обеспечивают их конечное развитие и артикуляцию. В итоге артериальная гипертония является психосоматической реакцией на все незавершенные гештальты стрессовых ситуаций в жизни индивида».

С. Гроф анализирует также алкоголизм и наркоманию. Для него Смысл этих патологий связан с «всепоглощающей жаждой пережить снова блаженное недифференцированное единство. Чувства такого рода связаны с периодами безмятежной внутриутробной жизни… Характерный для этих групп психологический механизм…отражает бессознательную потребность отменить сам процесс рождения и вернуться в утробу».

Вторичное переживание перинатального опыта, как правило, сопровождается экзистенциальным кризисом, во время которого человек задумывается о смысле своего существования вообще о своих жизненных стратегиях и фундаментальных ценностях. «Этот кризис, – как указывает С. Гроф, – может разрешиться только через подключение к глубоким, подлинно духовным измерениям психики и стихии коллективного бессознательного». Наша цивилизация в лучшем случае с подозрением относится к подобным практикам. «Любой человек, переживающий такие экстраординарные психические и физические явления, немедленно получит от большинства современных европейцев и американцев ярлык психически больного. И в то же время растет число людей, которые переживают явления, сходные с описанными выше, и вместо того, чтобы окончательно погрузиться в безумие, часто выходят из подобного состояния, не только чувствуя себя здоровыми, но и выполняя каждодневные обязанности на более высоком уровне. Во многих случаях после этого вылечиваются и застарелые эмоциональные, духовные и физические недомогания».

С. Гроф констатирует, что позиция современной западной науки непримирима с любыми представлениями о духовности, все виды религиозной или мистической активности считаются невежеством и предрассудками. Однако многие заболевания, в том числе и те нарушения, которые получили название психозов, представляются до сих пор» загадочными. Их этиология неясна, в них отсутствуют анатомические, физиологические или биохимические изменения. Но, с другой стороны, пациенты предъявляют экстраординарные эмоциональные и физические ощущения, например, дьявольские пытки, встречу с Богом, перенесение в священные ландшафты и пр. Отсюда следует вывод о принадлежности таких состояний к разряду патологий.

С. Гроф предполагает, что такие нозологии нужно вынести за пределы традиционно понимаемой медицинской патологии и событий личной жизни пациента. Здесь он обращается к работам К.Г. Юнга, указывая, что «согласно модели Юнга, многие психические явления, которые кажутся бессмысленными, если искать их источники в биографии пациента, могут рассматриваться как резервы, взятые из коллективного бессознательного». Такие явления как бы обнажают укромные уголки человеческой психики, что при определенных условиях может дать целительный эффект.

Достаточно часто спусковым механизмом кризиса становится болезнь. Стоит оговориться, что не сам факт болезни является триггером, а поиски причин, смысла своего заболевания приводят больного к такому состоянию. С. Гроф приводит перевод китайской пиктограммы слова «кризис», состоящий из двух знаков. Первый изображает опасность, второй – возможность. То есть европейская трактовка данного понятия примерно такая – «полная опасностей возможность», «поворотный, но опасный пункт». «Это своего рода коридор, проход по которому часто бывает трудным и пугающим, но состояния напряжения и страха заряжены потрясающе сильным эволюционным и целительным потенциалом», – дает свою интерпретацию СГроф. Если к человеку, переживающему «проход по коридору», применять традиционные методы лечения, включая контроль над симптомами с помощью медикаментов, то можно деформировать и подавить позитивный потенциал процесса.

В духовном опыте проживания кризиса С. Гроф выделяет индивидуальную и трансперсональную стороны. Глубокая позитивная переработка переживаний перинатального состояния, осмысление травматических воспоминаний дают импульс к выздоровлению. «Когда мы разрешаем материалу подобного рода перейти в сознание, где его можно полностью пережить и тщательно проверить, он теряет свою вызывающую нарушения силу, которая в противном случае могла бы давить на нас. И тогда хронические недомогания, происхождение которых было ранее не известно, часто бывают полностью излечены». Таким образом, нахождение глубоко спрятанного первичного смысла болезни и вторичное переживание такого опыта позволяет человеку избавиться от болезни.

Трансперсональная сторона анализируется С. Грофом относительно кармических заболеваний. «Когда процесс самоисследования достигает трансперсонального уровня, возникают новые возможности, о которых индивид не помышлял, будучи погружен в биографическую тематику или перинатальный процесс. Травматический аспект рождения может вдруг идентифицироваться как действие накопленной плохой кармы. Имеющееся страдание видится тогда не абсурдным и беспричинным, а отражающим индивидуальную кармическую ответственность за действия в предыдущих воплощениях». Содержание кармического переживания позволяет человеку обнаружить для себя смысл психосоматического симптома. Такую ситуацию С. Гроф называет «кармическим переносом» из прошлой жизни. В трансперсональном опыте за каждым симптомом стоит, по мнению С. Грофа, тенденция организма преодолеть чувство оторванности, исключительное отождествление с телесным эго и ограничениями материи, трехмерного пространства и линейного времени. В пределе организм стремится «подсоединиться к космическому полю сознания, к холономическому восприятию мира».

С. Гроф подвергает серьезной критике существующие модели медицины, где пациенту отводится пассивная роль, а врач лучше понимает психику пациента, чем он сам. Взгляд врача, его представления о том, что интенсивность симптомов является линейным и надежным показателем серьезности патологического процесса является преобладающей в современной медицине. «Сведения, полученные в исследовании сознания, – пишет С. Гроф, – заставляют думать, что рутинная медицинская и симптоматическая ориентация не только остается поверхностным компромиссом, но во многих случаях является прямо антитерапевтической, потому что мешает динамике спонтанных процессов, несущих в себе подлинно исцеляющий потенциал». Глубокое уважение к мудрости самоисцеления, к духовным целительным церемониям, к активности пациента приведет врача, по мнению С. Грофа, к новым стратегиям, сущность которых – в оказании помощи своему пациенту, «путешествующему в поисках себя» и смысла своих заболеваний.

Другой последователь К.Г. Юнга – Р. Ассаджоли также пытается ответить на вопрос, почему жизнь человека омрачена болезнями души и тела. Его основным тезисом, объясняющим болезнь, выступает принцип: «Нами властвует все то, с чем мы себя отождествляем. Мы можем властвовать над тем и контролировать все то, с чем мы себя разотождествили». Исследование своей личности, прояснение своих целей, осознавание задач, возникающих перед человеком – вот путь, предлагаемый Р. Ассаджоли и названный им психосинтезом. Психосинтез как динамическая концепция психической жизни может стать «методом лечения психосоматических расстройств, обусловленных либо острым запутанным конфликтом между различными группами сознательных и бессознательных сил, либо теми мучительными и глубинными кризисами, которые нередко предшествуют фазе Самопостижения, но значение которых сам пациент не вполне понимает и неспособен оценить должным образом». Здесь Р. Ассаджоли указывает, что поиски смысла как своего заболевания, так и смысла вообще чреваты различными расстройствами, сходными с симптоматикой психических заболеваний.

Поэтому проще и легче не столько жить, сколько «проживать» жизнь, не волнуясь по поводу целей, смыслов и ценностей жизни. Но однажды что-то меняется, и человек начинает задаваться вопросом, «почему столь многое он принимал раньше на веру, считал само собой разумеющимся: спрашивать, например, в чем смысл его страданий и страданий других людей, чем могут быть оправданы многочисленные превратности судьбы и т.д.». Многочисленные проявления кризиса очень напоминают симптомы, которые считаются признаками психоневрозов и пограничных состояний. «Вызванные кризисом стресс и переутомление вызывают в некоторых случаях и физические симптомы, такие как нервное напряжение, бессонница и многие другие расстройства пищеварения, кровообращения, желез внутренней секреции», – пишет Р. Ассаджоли. То есть смысл всех предъявляемых жалоб в ситуации ощущения неподлинности и пустоты повседневной жизни есть ни что иное, как кризис роста личности. Осознание и принятие этого смысла позволяет человеку решить многие проблемы и вселяет чувство безопасности. Но личностный рост – это не одномоментное событие в жизни человека, это длительный и противоречивый процесс со своими взлетами и падениями. Современный человек не имеет возможности обеспечить процессу преображения своей личности спокойные и уединенные условия. Проблема, стоящая перед таким человеком, сравнивается Р. Ассаджоли с проблемой реконструкции железнодорожной станции при условии непрерывности движения. «Не удивительно, что такая «двойная жизнь» вполне может вызвать множество расстройств – упадок сил, бессонницу, повышенную эмоциональную подавленность, повышенную тревожность и возбудимость».

Р. Ассаджоли обращает внимание на противоположные смыслы, которые имеет болезнь, в ситуации действительно психического расстройства и в ситуации личностного роста. Так, психические симптомы обычных пациентов имеют регрессивный характер, связаны с возвращением к более ранней стадии развития. Такие люди иногда «сознательно или несознательно ищут убежище в болезни или недомогании, не желая выполнять требования обычной жизни». Расстройства, вызванные Самопостижением, носят прогрессивный характер и связаны с выходом на новую стадию личностного развития. «Если жизнь утратила для человека интерес, если он не находит в повседневном существовании ничего достойного внимания, если он ищет утешения на ложных путях, блуждая по глухим переулкам, – то, раскрыв ему истинную причину возникших перед ним проблем и указав на скрытый от него ранее путь действительного irx разрешения и благополучного выхода из кризиса, можно значительно приблизить момент его духовного пробуждения, который, собственно, и является основной составляющей исцеления».

Если следовать логике аналитической психологии, представителями которой были К.Г. Юнг, С. Гроф, Р. Ассаджоли и др., то становятся понятными механизмы целительства, анализируемые нами в параграфе, посвященном структурализму. Болезнь предстает как нарушение контакта между человеком и высшими силами мира. Именно здесь возможны различные злоупотребления, когда «фигура волшебника с легкостью приобретает черты мнимого пророка». Речь идет даже не о шарлатанстве, а о скрытых, неосознаваемых тенденциях людей, призванных помогать человеку в осмыслении своего заболевания. Первое, на что указывают многие источники, это нежелание врачей и представителей среднего медицинского персонала признавать право человека на болезнь, другими словами, на собственный выбор. Так, И. Харди замечает: «Многие врачи смотрят на психологические явления как на музейную редкость, как на абстрактный продукт духовной жизни… Наиболее часто приходится встречаться с «психологической слепотой», когда психологические явления вообще не замечают…. Многие ведут себя подобно тому исследователю,» который, повстречавшись с невиданным до того животным, констатировал: «Такого животного не существует».

На втором месте стоят неосознаваемые и полусознательные проявления, «позволяющие подозревать наличие личных мотивов насильственного вмешательства в дела клиента», навязывая тем самым свое понимание болезни, свой смысл. Таков, например, доктор Кнок в пьесе Жюля Ромэна «Кнок, или торжество медицины», рассуждающий следующим образом: «Здоровые люди на деле – лишь больные, не осознающие этого». Заболевания непроясненной этиологии лечатся «докторами Кноками» с помощью таюгх методов, которые в лучшем случае вводят в заблуждение и пациента и врача, в худшем – только пациента. Более печальна ситуация, когда врач начинает манипулировать пациентом в своих целях, что приводит, с одной стороны, к обострению чувства собственной значимости у врача, с другой – снимает с больного любую ответственность.

Следствием таких проявлений может стать ложь «во благо пациента», когда врач полагает, что «делится с ним неким трансцендентным знанием… Любое сновидение, заболевание…, одним словом все, что происходит с пациентом, истолковывается как сигнал бессознательного, как сообщение, наполненное глубоким и загадочным смыслом, разобраться в котором может только всезнающий аналитик». Подобные практики существуют чаще всего в согласии с деструктивными тенденциями самого пациента, поэтому оба феномена дополняют и поддерживают друг друга, все дальше удаляясь от истинного смысла заболевания. Поэтому «врач – лишь карлик, бросающийся в гущу борьбы между жизнью и смертью, болезнью и здоровьем, который сможет плодотворно трудиться только в том случае, если ни на минуту не будет забывать, что несмотря на все свои знания и возможности современной техники, он призван к одному – пробудить в пациенте исцеляющий фактор, без которого он ничего не сможет добиться».

Активизация исцеляющего фактора в больном напрямую связана, с точки зрения аналитических психологов, с архетипом «целитель – пациент». А. Гуггенбюль-Крейг описывает механизм данного психологического явления следующим образом. Когда человек заболевает, проявляются черты архетипа врач-больной. Больной стремится получить помощь у «внешнего» целителя, в то же время у него активизируется «внутренний» целитель. Этот феномен и получил название исцеляющего фактора. «Последний олицетворяет «врача» в самом пациенте, помогающего ему ничуть не меньше врача «внешнего». Исцеляющий фактор – это врач, заключенный в человеческом сознании… Многие болезни и травмы требуют врачебного вмешательства, но ни один врач не сможет помочь, если отсутствует врач «внутренний». Именно «внутренний» врач способствует раскрытию подлинного смысла заболевания, что и приводит к выздоровлению.

Болезнь как последствие неудовлетворенности потребностей

А.Г. Маслоу, анализировавший трансцендентный опыт больного человека, рассматривал духовную жизнь как уходящую «своими корнями в биологическую, видовую природу человека». Он первым из психологов обратил внимание на тесную связь физического здоровья и деприваций в сфере потребностей. Потребности, согласно А. Маслоу, носят не только физиологический, но также и психологический характер. Они образуют подлинную внутреннюю природу каждого человека, но они слабы, легко искажаются и подавляются. Согласно А. Маслоу, базовой, или инстинктоподобной, потребностью может считаться некая характеристика, если она удовлетворяет следующим условиям.

1. Хроническая неудовлетворенность этой потребности вызывает патологию, особенно тяжелую, если неудовлетворенность имела место в раннем детстве. Если потребность депривирована в критический для личности период, то человек становится «недочеловечным», утрачивается одна из определяющих характеристик человечности, такая, как способность к самоактуализации и росту.

1. Удовлетворение потребности восстанавливает здоровье, если это произошло не слишком поздно для личности и если патология является обратимой. Тем самым достигается положительный эффект как для организма в целом, так и для личности.
2. Если потребности удовлетворяются постоянно, то человек способен управлять этим процессом. Он может отложить или обойтись без чего-то, он может терпеть неудовлетворение потребности дольше, чем другие люди, он не защищается от потребности. Такой человек называется Маслоу здоровым.

4. Здоровая личность в ситуации свободного, осознанного выбора предпочтет и выберет «истинный» удовлетворитель потребности.

Клинически выявлена сильная корреляция между психологическим здоровьем и вероятностью выбора «истинного», а не ложного удовлетворения потребности.

5. Удовлетворение потребности легко находит для себя необходимый поведенческий инструментарий, потребность легко направляется в русло принятого целеполагания. Потребность как таковая носит скорее потенциальный, нежели актуальный характер, она требует использования, репетиций, отработки, «извлечения» на суд сознания.

Стоит подчеркнуть предположение А. Маслоу о том, что «в будущем окажется полезным применить в качестве критерия отношение потребности к психоделическим препаратам, а возможно, и к другим растормаживающим средствам… Может оказаться, что растормаживание высших контролирующих центров… высвобождает врожденные, биологические, не связанные с культурой аспекты личности, то есть позволяет проявиться глубинному, сущностному «Я».

Следовательно, А. Маслоу напрямую связывает деформации человеческого развития в современном обществе с неудовлетворенностью его базальных потребностей, что ведет к нарушению жизнедеятельности человеческого организма. «Невозможность удовлетворить базовые потребности, такие, как потребность в безопасности, любви, уважении, самоуважении, идентичности и самоактуализации, приводит к болезням и разного рода расстройствам», – пишет А. Маслоу. Если же человек «всем сердцем любит то, что ему приходится делать, не желает для себя иной судьбы и отдает этому делу всего себя,… когда позыв совпадает с призывом, «я хочу» совпадает с «я должен»», то такого человека можно назвать самоактуализированным.

Другими словами, «если серьезно и глубоко заняться изучением «соматического» заболевания, то неизбежно всплывут его интрапсихические, интраперсональные и социальные детерминанты». Самоактуализированный, то есть здоровый человек перестает различать действующие изнутри потребности и идущую извне необходимость. Грань между «Я» и «не‑Я» стирается, между человеком и окружающим его миром остается все меньше различий и противоречий. «Можно сказать, что сам мир становится его «Я», возвеличившимся и расширившим границы», человек становится хранителем своего «Я», носителем высших ценностей. Наличие, либо отсутствие высших ценностей у человека, по А. Маслоу, и есть критерий полного определения человеческого существа, его «вочеловеченности».

Высшие ценности, таким образом, необходимы человеку, чтобы избежать болезни. Болезнь обозначается А. Маслоу как недочеловечность, то есть «расстройства духа, утрата человеком смысла существования, сомнения по поводу целей жизни, горе и злость по поводу неразделенной любви, переосмысление человеком своего жизненного пути, потеря мужества и надежд, неприятие самого себя, осознание того, что жизнь прожита напрасно, неспособность радоваться, любить и т.д.», ощущение неполноты жизни.

Неудовлетворенность базальных потребностей ведет к патологии, которая проявляется через затухание внутренних сигналов или через их полное исчезновение, что делает человека «пустым», зомби. Такой человек руководствуется в своем поведении не собственными потребностями, а социальными «подсказками», указаниями со стороны. Современное общество во многих случаях также препятствует подлинному удовлетворению базальных потребностей, в первую очередь потребности в любви. Деиндивидуализация и омассовление приводят к тому, что отношения между людьми превращаются в предметно-функциональные, в них нет места истинным отношениям. Даже врач «на полусознательном и бессознательном уровнях воспринимается людьми как хозяин, руководитель, как человек, который может у них что-то вырезать, причинить боль и т.п. Он несомненно начальник, авторитет, эксперт…, он изучает их, они подчинены его воле».

А. Маслоу приходит к выводу, что общепринятые медицинские представления о здоровье и болезни обветшали и затерлись, поэтому традиционные понятия о лечении и уходе должны быть отброшены. «Мы сможем понять, – пишет А. Маслоу, – что на самом деле имеем дело с неким континуумом, в рамках которого природа предоставляет нам возможность самостоятельного построения иерархии. Например, мы можем рассмотреть низшие потребности человека и обнаружить, что они выступают как препотентные метапотребностям в совершенно конкретном смысле. И мы сможем сделать вывод, что в совершенно узко специфичном смысле «материальные» условия жизни важнее высших идеалов… Но мы не станем говорить, что высшие идеалы и ценности являются эпифеноменами низших потребностей. Мы поймем, что они равноправны в биологической и психологической реальностях… Во всякой иерархии препотентности «высшее» и «низшее» одинаково «реальны», равно представлены человеческому сознанию».

Исследования в гуманистической психологии опровергают тезис о том, что манипулируемый или конформный человек хорошо адаптирован в обществе. В силу природных свойств человеческий организм требует развития своих индивидуальных потенций, и даже в случае «довольного сознания» человек оказывает пусть подсознательное, но сопротивление обработке и манипуляциям, которое часто выражается в форме соматических и психических расстройств.

Другой гуманистически ориентированный психиатр, Фриц Перлз, создавший Гештальт-терапию, обращает внимание на то, что «один из наиболее определенно наблюдаемых фактов относительно человека состоит в том, что он является целостным организмом». «И, тем не менее, – замечает Ф. Перлз, – этот факт полностью игнорируется традиционными школами психотерапии, которые, как бы они ни описывали свой подход, основываются на старом разделении психики и тела». Ф. Перлз сравнивает телесную деятельность с нагреванием и охлаждением воды. Если при нагревании вода превращается в пар, то точно также телесная деятельность переходит в латентную, умственную деятельность при уменьшении интенсивности. И, наоборот, если при охлаждении пар переходит в воду, то, по аналогии, скрытая деятельность превращается в телесную при усилении интенсивности. Таким образом, организм может реагировать на средовые воздействия с разной степенью интенсивности. «Если психическая и физическая деятельность принадлежат к одному порядку, мы можем наблюдать и ту, и другую как проявления одного и того же, человеческого бытия… То, что человек делает, дает ключи к тому, что он думает, и то, что он думает, дает ключи к тому, что он делает и что он хотел бы делать», – пишет Ф. Перлз.

Возникает вопрос – что такое система «организм – среда» с позиций Ф. Перлза? Гештальт-подход опирается на теорию психического поля К. Левина, выдвинувшего следующие положения:

1. «Жизненное пространство», т.е. человек и психологическая среда, как она существует для него. Мы обычно имеем это поле в виду, если говорим о потребностях, мотивации, целях и пр.
2. Множество процессов в физическом или социальном мире, которые не оказывают влияния на жизненное пространство индивида в это время.
3. «Пограничная зона» жизненного пространства: определенные части физического или социального мира все-таки оказывают влияние на состояние жизненного пространства в это время».

Поведение с этой точки зрения рассматривается как «результат сил,… который зависит от когнитивной структуры жизненного пространства». Изменения в когнитивной структуре прямо связываются К. Левиным с изменением смысла. «Можно сказать, что «смысл» события известен, если установлены его психологическая позиция и его психологическое направление… Изменилась психологическая связь «стимулов» с действиями, и, следовательно, изменился смысл», – пишет К. Левин. К. Левина не очень интересует вопрос о границах поля. Он замечает: «Чтобы избежать ненужных допущений, можно представлять психологическое поле научно с помощью взаимосвязи его частей на математическом языке, не спрашивая, «что стоит за» этим полем».

Теория поля К. Левина была трансформирована Ф. Перлзом в описание границы-контакт, представляющую собой границу между Я и миром. Конкретным примером и одновременно метафорой границы-контакт является, например, кожа. С одной стороны, она защищает организм и отделяет от окружающего мира, с другой, через нервные окончания и поры организм осуществляет обмен с окружающим миром. Поэтому в последнем случае кожа – это орган контакта. «Изучение функционирования человека в окружающей его среде – это изучение того, что происходит на границе-контакт между индивидуумом и окружающей его средой. Именно на этой границе-контакт происходят все психологические явления. Наши мысли, поступки, поведение, эмоции – наш способ взаимодействия и проживания этих пограничных событий». С позиций Гештальта, все явления, происходящие на границе Я и среды и есть психическое поле. Движущей силой, мотором человеческого поведения в таком психическом поле выступает потребность. Чтобы удовлетворить свои потребности, человек должен найти необходимые материалы в среде. Система ориентации обнаруживает то, что необходимо, это – выходящая на передний план фигура. Здоровый человек без труда определяет преобладающую в данный момент потребность, он способен сделать выбор с целью ее удовлетворения и следовательно открыться для новой потребности. Такой человек включен в непрерывный процесс образования и исчезновения «Гештальтов», в котором проявляется взаимодействие иерархии его потребностей с последовательно возникающими, выделяющимися на фоне его личности фигурами. Следовательно, состояние здоровья, по Ф. Перлзу, это стабильность процесса внутреннего гомеостаза как поддержания жизненного равновеаш и творческого приспособления к постоянно меняющимся условиям среды.

Стоит подчеркнуть, что теория Ф. Перлза и теория К. Левина несмотря на их кажущуюся тождественность имеют принципиальное отличие. Если К. Левин рассматривает границу как разделение фигуры и событий, происходящих на этой границе, то в концепции Ф. Перлза и современных гештальтистов граница рассматривается более узко – как контакт между Я и окружающей средой. Если исходить из положения К. Левина, то возникает вопрос, связанный с интроцептивными переживаниями и ощущениями. Например, когда человек чувствует боль, следовательно, именно боль в данный момент – фигура, то, где граница и с чем контакт?

Ф. Перлз предлагает другой вариант, в котором граница не всегда проходит по границе физического тела. Более того, то, что называется фигурой или фоном, гораздо сложнее, чем простое восприятие, о котором говорили ранние Гештальт-психологи. Вся жизнь человека может быть фоном для настоящего момента, и наоборот – многие, ранее важные события могут испариться в фоне, как дым. Восприятие человека соотносится с его потребностями, человек структурирует полученную информацию, а также подвергает ее цензуре. Так, если человек голоден, то даже неопределенные стимулы будут «читаться» им, как еда. Точно так же неудовлетворенный человек в своей повседневной деятельности отрабатывает прошлое незавершенное действие, неудовлетворенную потребность. Поэтому граница может проходить достаточно далеко от физических границ тела, например, где-то в прошлом.

Цикл контакта как нормальный, идеальный процесс удовлетворения потребности рассматривается Ф. Перлзом как цикл Гештальта. Здоровый человек включен в непрерывный процесс образования и исчезновения Гештальтов, в котором и проявляется иерархичность его потребностей. Первая фаза цикла называется преконтакт или фаза возникновения потребности или желания. Это фаза ощущений, в ходе которой само ощущение или зарождающееся в моем теле возбуждение становится той фигурой, которая возбуждает мой интерес. Другими словами, здоровая личность, взаимодействуя со средой, устанавливает границу в соответствии с доминирующей в данный момент потребностью, то есть выделяет фигуру в среде. На этой фазе человеческая перцепция представляет собой весь спектр ощущений, представлений, язык, желания, ценности и пр. Главное – уметь отделить актуальную потребность, представленную как фигура, от всех других внешних и внутренних раздражителей. Например, мое сердце, начинает стучать сильнее, когда я чего-то боюсь. Сердце – это фигура, мое тело становится при этом фоном, а потребность – избегание страха. Другими словами, я осознаю, что сердцебиение связано с моим страхом, остальное тело меня в данный момент не интересует, становясь фоном.

Происходит переход на вторую фазу, фазу контакта или вступления в контакт. Это активная фаза, в ходе которой организм приступает к взаимодействию со средой, для того чтобы найти в ней способы удовлетворения своей потребности. Здесь имеется в виду процесс установления контакта, фигурой становится тот объект, который способен, удовлетворить мою потребность. «Контакт со средой и уход из нее, принятие и отвержение – наиболее важные функции целостной личности, – пишет Ф. Перлз. – Это позитивный и негативный аспект психологических процессов нашей жизни… Мы рассматриваем противоположно действующие силы как аспекты одного и того же: способности к различению. Эта способность может замутниться и начать плохо функционировать. В этом случае индивид не способен вести себя подобающим образом».

Человек колеблется между нетерпением и испугом. Каждая потребность требует немедленного удовлетворения, без потери времени. Нетерпение, определяется Ф. Перлзом как эмоциональная форма, которую прежде «всего принимает возбуждение, создаваемое наличием потребности и нарушением равновесия» и как основа позитивного катексиса. Испуг, следовательно, выступает как основа негативного катексиса и переживается личностью как препятствие для удовлетворения потребности. «Стремясь получить объекты, наделенные позитивным катексисом, индивид соприкасается, контактирует со своей средой. Относительно объектов или людей, имеющих для него негативный катексис, человек демонстрирует противоположную тенденцию: он хочет их уничтожить или убрать из своего поля. Это относится как к нашей фантазии, так и к реальному миру».

Контакт со средой в некотором смысле можно назвать формированием гештальта. Если контакт продлевается дольше, чем это необходимо для поиска объекта в среде, то он становится неэффективным или болезненным. Если уход слишком затянулся, это препятствует осуществлению процессов жизни. «Итак, – делает вывод Ф. Перлз, – у нас есть иерархия потребностей, сенсорная и моторная системы для их удовлетворения, позитивные и негативные катексисы в поле, контакт и уход, нетерпение и испуг. Это приводит нас к вопросу о той силе, которая снабжает энергией все наши действия, составляя их основу. Такой силой является эмоция». Для Ф. Перлза эмоции представляют собой в первую очередь «язык caivioro организма», так как именно эмоции мобилизуют способы и средства удовлетворения потребностей. Возвращаясь к нашему примеру, можно сказать, что я буду искать в среде предметы и объекты, позволяющие мне ослабить, либо совсем уничтожить мой страх. Такими объектами могут быть другие люди, мои действия и пр., в зависимости от моих индивидуально-личностных особенностей.

Третья стадия Гештальта названа Ф. Перлзом полным контактом. Окончательный контакт или полный контакт – это момент стирания границ между человеком и средой, открытие или исчезновение границы-контакт, поэтому он достаточно кратковременен. Цельное действие, происходящее здесь и теперь, осуществляется одномоментно и как восприятие, и как эмоциональные проявления, и как движение. Здоровая личность, будучи в слиянии со средой, обогащается. Она приобретает новый опыт разнообразных возбуждений, связанных с волнением, интересом, радостью, и тем самым пробуждает энергию к дальнейшему контактированию и приспособлению к среде. Организм в этих эмоциях расширяет свои границы и развивается. Здесь Я объединяюсь с найденными мной объектами, стирая границы между нами. Мое сердце бьется в границах физиологической нормы, страх либо ослаблен, либо исчез.

За третьей стадией следует четвертая, которая позволяет субъекту вновь обрести свою границу. Постконтакт или отступление – это фаза ассимиляции, благоприятствующая росту. Я «переваривает» приобретенный опыт, интегрируя его в общий опыт личности, определяя место для свершившегося здесь и теперь в личностной истории. Гештальт оказывается закрытым, потребность удовлетворена, цикл завершился. На этой стадии я получаю и осознаю опыт ослабления либо исчезновения страха. Личность возвращается к граничной точке «нулевого состояния, к плодоносной пустоте творческой непривязанности».

Таким образом, рассматривая человека как «функцию поля, объединяющего организм и среду, и полагая, что поведение человека отображает его отношения в этом поле, гештальт-подход связывает между собой представления о человеке как об индивиде и как о социальном существе. Постоянное изменение поля, вызываемое как его собственной природой, так и тем, что мы в нем делаем, требует гибкости и изменчивости форм и способов взаимодействия».

Если человек привязан к устаревшим способам удовлетворения своих потребностей, он может потерять способность быть гибким, творческим, следовательно, не заметить изменений среды и себя в ней. Так возникает дисбаланс, который, во-первых, есть показатель нарушений в потребностной сфере личности, во-вторых, есть проявление противоречий между потребностями среды и индивида. Ф. Перлз подчеркивает, что «мы не можем возложить вину за это ни на индивида, ни на среду… Поскольку индивид и его среда – элементы единого целого, ни один из этих элементов не может отвечать за болезни другого». Другими словами, необходимо найти адекватную форму освобождения от стереотипного способа удовлетворения потребности и тем самым двигаться дальше к более совершенному ощущению самого себя.

Когда незакрытых гештальтов и циклов, сорванных из-за нарушений границы-контакт становится много, то на передний план выступают механизмы психологической защиты, сопротивления, которые чаще всего в гештальт-психологии анализируются в связи с патологическими процессами. Стоит отметить, что представители данной парадигмы отказались от нозографической категоризации и обращаются к неограниченной гамме индивидуальных способов поведения, рассматривая их как «нормальные». Поэтому сам термин «патологическое» имеет здесь другой смысл, никак не связанный с психиатрической окраской.

Гештальт-психология направлена не на атаку как победу этих сопротивлений, а скорее на их осознавание. «Мы не должны попадать в ловушку представлений, что сопротивление плохо… Напротив, сопротивление настолько же ценно для нас, как ценны были движения Сопротивления для союзников во время второй мировой войны», – указывает Ф. Перлз. Под осознаванием понимается «свободно перемещающееся внимание, одновременно сознательная и подсознательная бдительность интеллекта, эмоций и тела к актуальной внутренней, глубинной жизни субъекта и к окружающей его внешней среде». Именно с помощью осознавания происходит прямое терапевтическое воздействие на потребностную сферу человека, при этом проясняется и его эмоциональная сфера. Огромное значение отводится в гештальт-психологии телесным проявлениям: изменению положения тела, «оговоркам тела» как произвольным или бессознательным движениям, ритму дыхания, кровообращению, через изменение цвета – кожи, например, и пр. Телесный симптом в гештальте рассматривается в качестве «входной двери, открывающей доступ к прямому контакту… Ведь в гештальте не стремятся любой ценой расшифровать симптом. По выражению Ж. Лакана, такая расшифровка «питает симптом смыслом», объясняя, оправдывая и поддерживая его». Терапевт старается подтолкнуть клиента к самостоятельному движению по открывающемуся пути, предложив ему продолжить, повторить или усилить телесное проявление, одновременно проговаривая возникшие в теле ощущения. Тогда цепи ассоциаций от ощущений, жестов, образов, звуков или слов могут привести клиента к осознаванию смысла происходящего.

То есть процесс преобразования непрерывного осознавания и есть развитие смысла. Смысл может постигаться горизонтально и вертикально. В горизонтальном измерении смысл достигается следующим образом. В жизненном пространстве человека «каждое событие ценно само по себе и занимает собственное место в накопленном опыте человека. При такой ограниченной роли каждого события горизонтальные последовательные связи простых событий не приводят к озарению. Когда люди восстанавливают способность принимать текущие переживания, эти переживания получают право голоса в общем хоре событий, эмоций, движений, которые естественным образом направлены на развертывание смысла. Все это синтезируется в «Я», – так описывает механизм горизонтального осмысления И. Польстер. Другими словами, развитие смысла происходит шаг за шагом, постепенно, через осознавание последовательных переживаний.

Описание таких психосоматических симптомов как головная боль, приступ одышки и пр., с позиций гештельт-терапии напрямую связывается с подавленными действиями или с подавленными эмоциями, то есть с неудовлетворением какой-то потребности. Язык тела может быть разнообразным, но так ли уж прав Р. Лоуэн, который заявлял, что «тело никогда не обманывает»? На самом деле, если слова могут выражать сознательную ложь, или выдавать мои мысли вопреки моей воле, то что мешает телу делать то же самое? «Я могу «качать мышцу», чтобы замаскировать свой страх или робость, лить «крокодиловы слезы», чтобы разжалобить собеседника, или прикрывать свою агрессивность приветливой улыбкой… Я могу жестоко страдать от мелкой царапины или зубной боли, но не ощущать медленного развития раковой опухоли», – приводит примеры И. Польстер. Поэтому гештальтист часто похож на водопроводчика, который регулирует водоснабжение и прочищает засоры, стараясь не допустить ни засухи, ни наводнения. Для этого необходимо отлично знать «свое хозяйство», не игнорировать или пресекать какие-то потребности, а познакомиться с ними поближе, попробовать воплотить их через тело.

Вертикальный смысл часто возникает как внезапное озарение и носит название «инсайт», зачастую драматически нарушая естественный ход переживаний человека. Однако, «что бы ни происходило, это всегда включено в пространственно-временной контекст, в том числе подсознательные и любые другие переживания, которые могут оказаться значимыми». Инсайт как бы восстанавливает разнообразные связи человека, которые могут исходить как из прошлого, так и из будущего, позволяя тем самым осмыслить происходящее в настоящем. Ф. Перлз приводит пример молодого человека, который кроме обращения за помощью к психотерапевту, также наблюдался у отоляринголога по поводу хронической назальной гиперемии. «Я предложил ему попеременно сосредоточиваться то на ощущениях в носу, то на отсутствующих ощущениях в гениталиях. После нескольких сеансов, – пишет Ф. Перлз, – произошло нечто неожиданное. Опухоль в носу уменьшилась, зато пенис начал набухать. Теперь он мог свободно дышать, так как и иметь половые отношения. Оказывается, он не только прерывал эрекцию пениса, перемещая в область носа как ощущения, так и набухание, но, также, разделив свои симптомы, стал потворствовать этой диссоциации, обращаясь по поводу своих симптомов к разным специалистам. В то время как отоляринголог работал с диссоциированным симптомом и локальными «причинами», гештальт-подход дал мне возможность рассмотреть ситуацию

в целом, увидеть целостную структуру поля и работать с проблемой в соответствующем ей контексте». То есть перемещенный симптом в том месте, где он проявляется, не имеет функционального значения, но имеет смысл как сигнал о вытесненной потребности. Главное в этом подходе – осознавание пациентом своих смыслов и тем самым возрастание способности опираться на себя, становясь интегративным через более четкое и полное ощущение взаимосвязей в своем поведении.

На наш взгляд, решение, позволяющее охватить многие стороны человеческой жизни в ситуации болезни, дал автор психоаналитической концепции судьбоанализа Леопольд Сонди. Центром своей глубинной психологии Л. Сонди сделал понятие «судьбы», в которой человек рассматривается как существо, которое, хотя и подвергалось с самого начала своей жизни определенному принуждению, по мере развития и взросления получило шанс выбирать исходя из своих возможностей, и, следовательно, реализовывать свою судьбу и свободу, взаимодействуя с миром.

Потребностная и эмоциональная сферы человека являются частью его судьбы. При этом судьбоанализ ориентируется на предположение, что фундаментальные потребности одинаковы для каждого человека. Но существуют родовые и личностные появления, которые объясняют, почему люди вообще и представители отдельного рода в частности так по-разному удовлетворяют свои потребности. Социальная среда и ментальная среда как воспитание и традиции, мировоззренческие установки данной культуры оказывают влияние на судьбу человека.

Л. Сонди выделяет навязанную и свободную судьбу. От навязанной судьбы невозможно освободиться полностью. Но каждый человек рано или поздно проявит свое стремление к свободе, даже если он никогда не сможет ощутить в полном объеме всего диапазона своих возможностей. Он не является игрушкой судьбы или рабом своей природы, и в этом смысле свободная судьба – это результат личностно обусловленных способностей каждого человека решать и выбирать свое значение, свой смысл, свое измерение собственной жизни.

Л. Сонди так определяет свободу выбора собственной жизни человеком: «На языке поэтов это звучит проще и понятнее. «Кто ты есть, – говорит А. Гексли, – зависит от трех факторов: что ты унаследовал, что из тебя сделало твое окружение и что ты делаешь сам со своим окружением и наследственностью в результате свободного выбора».

Навязанная судьба, с позиций Л. Сонди, представлена в каждом человеке через родовое бессознательное, которое располагается между личным бессознательным З. Фрейда и коллективным бессознательным К.Г. Юнга. Л. Сонди пишет о притязаниях предков: «Под притязаниями предков судьбоанализ понимает стремление фигуры предка полностью повториться в жизни потомка в той же самой форме экзистенции, в которой она один или несколько раз проявлялась в истории рода». Однако даже если бы фигура предка захотела манифестировать себя в определенной форме судьбы, носитель подобного притязания со стороны предков имеет различные варианты выбора своей экзистенции. В ситуации увеличения степени свободы как в масштабе отдельной личности, так и целого общества, происходит человеческое становление. В психологии судьбы, как и в восточной философии, дорога уже сама по себе есть цель. Если перефразировать часто цитируемое изречение «выбор делает судьбу», то можно сказать, что свободная судьба есть выбор пути человеческого становления.

Основным понятием в методе Л. Сонди выступает понятие влечения, которое коренным образом определяет поступки и поведение человека, его стремления, потребности, проникающие во все структуры личности. Влечение выражается через диалектическое взаимодействие двух факторов или двух потребностей и называется вектором. Так, например, сексуальное влечение – скрещивание женского и мужского влечений, выражающихся в потребности в пассивности и потребности в активности.

Л. Сонди выдвигает три основных критерия для диагностики влечений. Данный автор указывает: «Человек с момента рождения появляется на свет с клубком наследственно обусловленных, находящихся в состоянии, противоречия побуждений между собой и средой, внутри своего Я. Задача человека состоит в том, чтобы распутать этот клубок имеющихся потенций, и постепенно познавая их, строить свою судьбу».

Первый критерий – полярность импульсивных стремлений и импульсивных потребностей. То есть влечения базируются на антагонистических парах потребностей, а потребности – на антагонистических парах наследственно заданных стремлений. Часть этих стремлений имеет гуманную природу, часть – нет.

Второй критерий – напор влечений, величина которого зависит от величины противоположности тех влечений, которые совместно обусловливают потребность.

Третий критерий – патопсихологический, выражающийся через особые формы защитных механизмов Я, называемых способами психологической защиты. Суть такого рода психических проявлений заключается в нарушении процесса функционирования личности. Стоит подчеркнуть, что не всегда психологическая защита выступает как негативное для личности проявление. Еще в классическом психоанализе указывалось, что любой психический механизм имеет как позитивный, так и негативный варианты развития. О негативном, то есть патологическом функционировании можно говорить только в том случае, когда психологические защиты носят ригидный характер и не осознаны личностью. Другими словами, личность в реальном поведении избегает подобного актуального опыта и, следовательно, вытесняет возможные способы отреагирования из внутреннего мира во внешний.

Отпечаток социума, его видоизменения и воздействие на человека проявляются в социальной судьбе как всего общества, так и отдельного индивида. Событие рождения «бросает» нас в мир, в совместное бытие с другими. Мы сразу начинаем определяться этим миром, который выступает для нас «сводом», созданным другими пространством, помещением нашего бытия. «Индивидуальные траектории развития» подчиняются не только социальным закономерностям, но и своеобразию личностных программ.

Таким образом, судьбоанализ интересуется в первую очередь не симптомами или синдромами, а потребностной сферой личности.

Итак, в современных теоретических разработках представленности болезни болеющей личности существуют следующие подходы: 1. Представители структурализма раскрывают один из основных способов регуляции системы «социум – человек» с помощью заболеваний. В архаичном обществе любая болезнь, как-то проявленная вовне, выступает как катастрофа для личности в первоначальном значении этого понятия, т.е. как переворот, выход за очерченные социумом границы. Поэтому смысл любого заболевания для подобных культур, находясь первоначально за пределами индивидуального сознания, сливается с теми значениями, которые уже определены. Такой же способ использования болезни характерен и для средневековья и Возрождения. В этот период, как показал М. Фуко, болезнь также есть мерило нормы и не нормы как неумения или нежелания вписаться в четко означенные социумом правила поведения. Варианты воздействия на человека, признанного ненормальным, т.е. больным, разные – от изоляции на кораблях Дураков до помещения в особые заведения – «общие больницы».

XIX в. демонстрирует, с точки зрения М. Фуко, логическое завершение данной тенденции. Власть нормы становится основой медицины, окончательно закрепляя местоположение смысла – вовне человека, делая его тем самым беззащитным перед обществом и медициной.

Данный способ существования болезни близок к тем психологическим механизмам, которые наблюдаются в современном обществе. Р. Мей, предположивший в качестве основного симптома болезней нашего общества бессилие, указывает, что основной смысл заболевания – это «отсутствие собственной значимости, несправедливость,… убежденность индивида, что он не является в полной мере человеком, и ему некуда приткнуться в этом мире». Осознание этого факта не могло не привести М. Фуко к исследованию человеческой субъективности, к возможностям личностной самореализации как «акта врачевания, как терапевтического средства…. А терапевты находятся в корреляции между уходом за человеком и уходом за его душой… Именно в этом направлении будет развиваться самореализация».

2. Обращение к личности, к внутренним механизмам функционирования болезни свойственно другим представителям разных психологических школ и направлений, которые в русле нашего исследования можно объединить однотипной трактовкой смысла. Во-первых, как классический, так и другие школы психоанализа, представители гуманистически ориентированной психологии стоят на позиции динамотности существования смысла. Во-вторых, смысл для них это действительно событие, т.е. многоаспектное явление освоения человеком Мира.

Так, именно психоанализ впервые в истории психологии обратил внимание на психологически продуцируемую болезнь, без анатомических изменений и органических отклонений. Смысл, по крайней мере психосоматического заболевания, по мнению З. Фрейда, Г. Гроддека, Ф. Александера – в конфликте между внутреннее недифференцированной психосоматической инстанцией и сознанием, трактуемым как Супер-эго.

Классическое понятие супер-эго разворачивается в неофрейдизме Ж. Лакана, Л. Бинсвангера, Р. Лейнга в способ бытия в мире как конструирования себя и Мира. Причем это конструирование может быть подлинным, т.е. через множество модусов экзистенции, через многомногозначность смыслов болезни, так и неподлинным, когда человек предстает своеобразным дезертиром в Мире. Уклонение от подлинности бытия связано, по мнению А. Эренберга с «дефицитом Эго как неспособностью справиться с действительностью, впитать ее и найти в ней свое место. Вместо откровенной, определенной, недвусмысленной социальной среды социальная реальность представляется дефицитному Эго протекающей сквозь пальцы и ускользающей от понимания, плохо различается, становится бессмысленной, неустойчивой и неуловимой».

Сторонники аксиологического подхода, сближаясь в данном вопросе с судьбоанализом Л. Сонди, делают акцент на взаимосвязи судьбы как Трансценденции и смысла как индивидуального обоснования болезни. Здесь четко отслеживается вопрос, поставленный и психоанализом, вопрос отношения Бытия, Мира и Я, решаемый В. Вайцзеккером, А. Митчерлихом, СГрофом как проблема выбора, в том числе и смысла. Несомненно, «пред лагаемые и находящиеся в обороте жизненные смыслы не могут быть рассортированы на «верные» или «ошибочные», истинные или мошеннические. Все они дают удовлетворение, различающееся эмоциональным наполнение глубиной и длительностью, но любому из них далеко до подлинного удовлетворения потребности».

3. Так появляется другой аспект исследования смысла – связь с депривациями в потребностной сфере. Данный вариант изучения смыслогенеза объединяет представителей разных психологических парадигм – основателя «третьей силы в психологии» А. Маслоу, гештальтиста ФЛерлза и психоаналитика Л. Сонди, анализирующих болезнь как утрату человеком своей человечности в разных смыслах этого понятия.

Подлинная вочеловеченность, с точки зрения А. Маслоу, проявляется через самоактуализацию. Самоактуализированные индивидуумы уже по определению выступают как люди, удовлетворившие свои базовые потребности.

Ф. Перлз, рассматривая эту же проблему в терминах Гештальт Психологии, четко отслеживает основные этапы отношений личности и Социума на границе-контакт. Здесь важно отметить, что Ф. Перлз – практикующий психотерапевт, которому важно восстановить «права изгнанного на кушетку тела», значимость телесных ощущений в бытии человека, вернуть страсти из прошлого в здесь и теперь. Поэтому именно в Гештальте впервые заявлено о динамике смысла заболевания во времени, ведь актуально то, что находится в «здесь и теперь», у человека отсутствует возможность отказа от самореализации, списав свои проблемы на прошлый опыт. Личность оказывается способной найти собственный смысл, осознавая происходящее с ней, как свою свободу и ответственность.

Судьбоанализ Л. Сонди рассматривает потребности в качестве важного структурного элемента судьбы. Сближаясь с трактовкой опыта как встречи Мира и личности у Э. Гуссерля, Л. Сонди подчеркивает способность к изменению человеческой экзистенции как свободного и гибкого оперирования функциями своего Я, в первую очередь потребностями. По Л. Сонди, способ, которым человек уравновешивает свои потребности, определяет процесс реализации судьбы индивида. Здоровым оказывается человек, который способен удержать в определенном равновесии свои душевные противоположности в их динамической последовательности. Другими словами, если человек может выравнивать и интегрировать свои потребности в некую целостность, которая, подобно мосту, сможет соединить их друг с другом, то такую личность можно назвать здоровой. Человек будет больным при условии раскола и амбивалентного существования потребностей, что приводит к выпадению одной или нескольких функций Я из так называемой «личностной орбиты» и болезнетворному распределению «бытийной мощи» личности.

Так познание и осознание судьбы как движения и взаимосвязи потребностной сферы приводит человека к открытию новых значений, смыслообразованию и переосмыслению ситуации, в том числе и болезни.

**Литература**

1. Агафонов А.Ю. Человек как смысловая модель мира / А.Ю. Агафонов. – Самара: БАХРАХ, 2000. – 336 с.
2. Барулин B.C. Российский человек в XX веке: потери и обретения себя / В.С. Барулин. – СПб: Алетейя, 2000. – 431 с.
3. Братусь Б.С. Смысловая вертикаль сознания личности / Б.С. Братусь // Вопросы философии. – 2000. – №11. – С. 81–89.
4. Бурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. – СПб: Питер, 1999 – 528 с.
5. Гаврилюк В.В. Динамика ценностных ориентации в период социальной трансформации / В.В Гаврилюк, Н.А. Трикоз // Социологические исследования. – 2002. – №1.-С. 96–105.
6. Гулина М.А. Терапевтическая и консультативная психология / М.А. Гулина. – СПб.: Речь, 2001. – 352 с.