

В работах тридцатых-шестидесятых годов XX в. Людвиг Бинсвангер сформулировал базисные идеализации биологической психиатрии:

1. Психическое является функцией материального органа (организма) и поэтому «должно интерпретироваться учеными-естественниками» [1, с. 57].
2. Человек представляет собой homo natura, организм, взаимодействующий со средой, история которого исчерпывается «биологическим природным развитием» [1, с. 25].
3. Безумие — это болезнь, биологическая аномалия, подлежащая устранению, поскольку она причиняет человеку (физические) страдания или угрожает его жизни.
4. Поведение человека является производной его органического существования, а девиантное поведение, в том числе преступное и безнравственное, — симптомом психической патологии.
5. Душевнобольной представляет собой объект естественнонаучного изучения и излечения. Безумие влечет за собой утрату способности (в полной мере) отвечать за свои действия. Ответственность за поведение пациента несет врач.

Перечисленные положения вытекают, с одной стороны, из физикалистского материализма, свойственного медицине XVII–XIX вв. и перекочевавшего из нее в философию, а с другой — из биологии. Все они являются, как показал Бинсвангер, априорными в том смысле, что ни одно из них не подтверждено эмпирическими или какими-либо иными научными доказательствами. Тем не менее они определяют патогенетические концепции клинической психиатрии, методы лечения душевных расстройств, психиатрическое законодательство, а также отношение общества к безумию и его врачевателям.

Выступив с критикой системы базисных идеализаций позитивистской психиатрии, Л. Бинсвангер противопоставил ей антропологическую психиатрию, в которой «человек не классифицируется по категориям (естественнонаучным или каким-либо иным), а понимается исходя из перспективы его собственного — человеческого — бытия», а «психическое заболевание не объясняется с точки зрения нарушений либо

функции

мозга, либо биологической

функции

организма и не понимается в соотнесении с
жизненным циклом развития

. Оно описывается, скорее, в его связи со способом и образом конкретного бытия-в-мире» [1, с. 65–66]. И все же, несмотря на критику биологического редукционизма, Бинсвангер рассматривал по-зи-ти-вист-скую и антропологическую психиатрию в качестве

равноправных

«концептуальных горизонтов», или способов те-о-ре-ти-че-ско-го выражения душевных расстройств, каждый из которых определяется исходной системой онтологических предпосылок.

Полное выражение эта — неокантианская — логика получила в постмодернизме, одним из реальных дел которого стало внедрение в сознание просвещенной публики *категорического императива*

толерантности

. Постмодернизм, пишет Р. Тарнас, «признает, что человеческое знание обусловлено множеством субъективных факторов; что объективные сущности, или вещи-в-себе, непостижимы и невыразимы; что все истины и убеждения подлежат постоянной переоценке. Критический поиск истины

вынужден быть терпимым к двусмысленности и плюрализму

, а его результатом с необходимостью станет

относительное и опровержимое, а не абсолютное и надежное знание

» (курсив мой. —

Е.Р.

) [7, р. 396]. Дисциплинарная «двусмысленность» психиатрии, с этой точки зрения, — свидетельство не кризиса, а скорее процветания: чем больше концептуальных «перспектив», тем «многостороннее» знание. Что же касается выбора одной из них, то это дело вкуса — индивидуального исследователя или целой научной школы. А о вкусах, как известно, не спорят...

Нет, проблема основоположений психиатрии и, шире — способа осмысления человека — вовсе не вопрос вкуса, что бы не декларировал на сей счет модный релятивизм. Ниже будет показано, что если в основании психиатрии находится физикалистский материализм, то неизбежно возникает противоречие, разрешить которое можно лишь выйдя за пределы биологической системы базисных идеализаций. Предметом нашего анализа станут психиатрические а priori в фундаментальной коллективной монографии «Клиническая психиатрия» (Berlin–Göttingen–Heidelberg, 1960; М., 1967), отразившей знания, верования и опыт лучших европейских врачей. Помимо дисциплинарной безупречности и энциклопедичности указанное издание обладает двумя весьма

важными для нас достоинствами — с одной стороны, оно воспроизводит теоретическую ситуацию в психиатрии середины XX в., ставшую предметом критической рефлексии Л. Бинсвангера, с другой — представленные в нем гипотезы, объяснительные схемы, логика осмысления «психических расстройств» являются классикой медицинской психиатрии, безраздельно господствующей в ней и в наши дни¹ .

* * *

Обсуждая психопатологию маниакально-депрессивных расстройств, известный немецкий психиатр К. Конрад обращает внимание на недоразумение, тем более досадное, что его разделяют, помимо дилетантов, некоторые его коллеги¹ . Дело в том, что детальная классификация циклотимных психозов, основу которой заложил еще Э. Крепелин, по существу представляет собой *описание определенных эмоциональных состояний и поведенческих реакций* . Так, например, в качестве специфического симптома депрессии рассматривается тревога, или «витальная тоска»: больные чувствуют себя «павшими духом, жалкими, слабодушными», ощущают приближение смерти, тоску, страх перед чем-то неотвратимым и непоправимым; «иные жалуются на тревожное состояние, «словно при нечистой совести», которая не дает уснуть; для некоторых все утратило всякий смысл и всякую ценность» [4, с. 259]. Такая понятная, узнаваемая и вызывающая сочувствие картина «экзистенциального» кризиса, побуждает многих приравнять депрессивное состояние к «печальному настроению здорового человека» [4, с. 258]. Вот в этом-то и заключается ошибка, от которой предостерегает доктор Конрад коллег: «Единственное, что позволяет называть их (пациентов — *Е.Р* .) так (нормальными — *Е.Р* .), это чисто внешнее сходство их вида с выражением печали у здоровых людей» [4, с. 258]. Депрессия, в отличие от тоски, печали, уныния и подобных «нормальных» человеческих чувств, является болезнью, т.е. биологической аномалией. Поэтому переживающий ее человек нуждается не в сочувствии, а прежде всего в лечении, оказать которое способен лишь врач.

Однако на чем основывается уверенность самого доктора Конрада? Что заставляет его усматривать в вышеописанных состояниях не крайнюю (парадоксальную и т.д.) эмоциональную реакцию на сложную жизненную ситуацию, свидетельствующую, скажем, о неумении индивида справиться с ней, а непременно «органический синдром» [4, с. 258]?

Клиническая психиатрия относит маниакально-депрессивные расстройства, как и шизофрению, к так называемым эндогенным психозам, которые, в отличие от экзогенных (токсических, травматических и т.п.), обусловлены внутренней биологической предрасположенностью организма, которая при определенном стечении (внешних) обстоятельств становится причиной болезни. Но в чем, в точности, состоит эта «предрасположенность», психиатры не знают в наши дни так же, как и во времена Гризингера, Крепелина и Блейлера. Вот что пишет по этому поводу боннский коллега Конрада Х. И. Вайтбрехт¹ : «Большинство психиатров по-прежнему и не без оснований ищет причины маниакально-депрессивных психозов в каком-то еще не известном соматическом заболевании. Однако ни патологическая гистология, ни патофизиология до настоящего времени не в состоянии подвести базу под эту гипотезу, как и под аналогичную гипотезу в отношении шизофрении. Петерс говорит о том, что у маниакально-депрессивного психоза нет анатомии, а Рибелинг констатирует, что до сих пор все еще нет лабораторных данных, которые можно было бы использовать для диагноза того или иного эндогенного психоза. Огромное количество единичных наблюдений не удастся свести в какую-либо общую картину... Поэтому в определении понятия эндогенных психозов психиатрии приходится ориентироваться на психопатологию» [4, с. 59], — т.е. на описание и классификацию отклоняющихся от нормы эмоциональных и поведенческих реакций пациентов.

Наряду с классическими гипотезами патологии мозга² или физиологических дефектов всего организма в качестве причин эндогенных психозов психиатрия XX в. выдвигает и более утонченные предположения. Есть среди них совершенно экзотические, как, например, идея отечественных врачей В.П. Протопопова и А.С. Чистовича о вирусно-стрептококковой, т.е. инфекционной, природе шизофрении, или сходная с ней «теория» кишечной интоксикации Бускаино (Buscaino). И все же превалируют апелляции к генетическим и биохимическим процессам. Что касается первых, то обычно ссылаются на частые случаи заболеваний эндогенными психозами в одной семье, которые якобы неоспоримо доказывают их генетическую обусловленность. Однако, если принять во внимание исключительно симптоматическую — т.е. опирающуюся на описание «ненормальных» аффективных и поведенческих реакций — диагностику этих расстройств, то возникают серьезные сомнения в доказательности генетически-психиатрической экспертизы. «Насколько трудно переносить наследственно-биологические понятия из области соматической в психиатрию, показывает уже многозначность основного понятия учения о наследственности — фенотипа. То фенотипом объявлялась лабильность настроения, то его искали не в психозе, а в гипотетическом соматозе» [4, с. 88], — пишет Х. Вайтбрехт. И как же могут звучать вопросы эксперта, полагающегося не на гипотезы, а на достоверные признаки маниакально-депрессивного расстройства: «Кто из ваших родственников испытывал «тревожное состояние, словно при нечистой совести, которая не дает уснуть», чувствовал, что «все утратило всякий смысл и всякую ценность», подумывал о самоубийстве или испытывал «приступы беспричинного счастья»? Интересно, есть хотя бы одна семья в целом мире, которая — при честных и откровенных ответах на вопросы такого рода — оказалась не отягощенной тяжелой психопатологической

наследственностью? Но даже если отвлечься от подобных сомнений и признать результаты генетического обследования психотиков, разве не обесценивает их тот признаваемый психиатрами факт, что наследование психических расстройств не подчиняется известным генетическим законам? «Не удивительно... — замечает швейцарский психиатр Я. Вирх, — что прекратились уже поиски правил наследования, поскольку принятие полимерной наследственности удовлетворяет так же мало, как и простое менделевское расщепление» [4, с. 16]. Удивительно то, что несколькими строками выше тот же Вирх пишет о неоспоримости генетической обусловленности эндогенных психозов...

Исследования биохимических аномалий (нарушений обменных, гормональных и нейробиологических процессов) при эндогенных расстройствах также велись достаточно интенсивно, правда, приоритет в первой половине XX в. отдавался шизофрении и гениальной (соматически необусловленной) эпилепсии в виду выраженности при этих заболеваниях телесных синдромов (кататонии, судорожных припадков и т.п.). Несмотря на обнаружение множества различных аномалий, сопровождающих психические болезни, каузальную зависимость между ними выявить так и не удалось, поскольку, во-первых, ни одна из этих аномалий не сопутствует определенному расстройству постоянно и обратимо, и, во-вторых, сопровождают они телесно выраженные симптомы, а не то, что в психиатрии именуется «изменением характера и личности» и конституирует картину того или иного психического заболевания. Замечание Я. Вирха о концепции Гьессинга, считавшего причиной шизофренической кататонии раздражение диэнцефальных вегетативных центров продуктами распада белков крови или печени, указывает на типичные дефекты биохимических исследований душевных расстройств: «Остается... непонятным, почему в одних случаях кататонические фазы сопровождаются ступором, а в других — возбуждением, почему в случае ступора у одного больного наблюдаются бредовые идеи, у другого — страх, у третьего — чувство блаженства, а у четвертого — смена всех этих состояний. Тем более остается необъясненной сама шизофрения как таковая...» [4, с. 14].

Итак, в распоряжении д-ра Конрада, укорявшего коллег в смешении феноменологии депрессивных состояний с чувствами нормальных людей, не было никаких сколько-нибудь надежных доказательств обусловленности этих состояний органическими аномалиями. Отсутствие таких доказательств было в середине XX в., как, впрочем, и в наши дни, общепризнанным фактом. Зная это, К. Конрад, тем не менее, писал: «Мы же убеждены, что в основе истинного депрессивного или маниакального психоза *должно* (курсив мой. — *Е.Р.*) лежать структурное изменение, природа которого сводится в конечном счете к функциональному изменению субстрата...» [4, с. 259]. Стало быть, единственным основанием утверждений д-ра Конрада была

вера

в то, что чувства человека представляют собой функцию его организма.

То же a priori обнаруживается в интерпретациях отклоняющихся от нормы мышления, поведения и даже характера. Хотя этиология детского слабоумия (*dementia infantis*) не выяснена, д-р Г. Штутте выражает уверенность в том, что «в основе заболевания лежит органический церебральный процесс, о природе которого ничего достоверно не известно» [4, с. 737]. Несмотря на отсутствие какой бы то ни было ясности¹ в вопросе о патогенезе эпилептических припадков, именно в патологических изменениях (органических или преморбидных), вызванных эпилепсией, Г. Шорш видит причину таких черт характера, как «эгоцентризм, неизменная уверенность в своей правоте, властолюбие и честолюбие, повышенная впечатлительность и раздражительность, мстительность и агрессивность... преувеличенная забота о своем здоровье и вообще о личном благополучии... своенравие, упрямство, безапелляционность, строптивость и сварливость» [4, с. 448].

Оборотная сторона этого a priori, а именно убеждение, что *органические аномалии обуславливают «патологические» чувства, мышление и поведение*, также принимается биологической психиатрией в качестве само-собой-разумеющегося. Скажем, преждевременное половое созревание (*pubertas praesox*) рассматривают в качестве причины ускоренного умственного развития. «У генитосоматических преждевременно развитых детей, — пишет в Г. Штутте, — часто отмечается раннее развитие интересов в виду того, что их общий уровень влечет их больше к взрослым, чем к ровесникам». Но так же, как К. Конрада, Штутте не удовлетворяет столь очевидное и не имеющее отношения к медицине объяснение. «Несомненно, однако, — продолжает он, — что это ускоренное развитие интересов обусловлено не одной реактивностью: многие случаи свидетельствуют о первичности этих интересов, о недетском отношении к окружающему миру, о развитом социальном чувстве и склонности к философскому умозрению» [4, с. 746]. Веру д-ра Штутте в органическую обусловленность и патологический характер раннего увлечения философией не могут поколебать даже эмпирические данные, приведенные им страницей ранее: у 29% из примерно 300 наблюдавшихся им и его коллегами детей с диагнозом *pubertas praesox* психическое развитие соответствовало возрасту, у 31% отмечалось отставание, а у 36% — опережение нормы для их возраста [4, с. 745]. Следовательно, генитосоматическая преждевременная зрелость обуславливает нормальное и замедленное интеллектуальное развитие практически в той же мере, что и ускоренное... Гипотеза Штутте опровергается собранными им же самим эмпирическими данными, но — странное дело — он словно бы не замечает этого. Уж такова сила a priori: противоречащие ему факты либо отбрасываются как случайные, либо интерпретируются тенденциозно: в самом деле, ведь у 36% испытуемых интеллектуальный уровень все же был выше, чем положено!

В рассуждениях Штутте обнаруживается и еще одно стержневое психиатрическое а

prigori, согласно которому *личная история человека представляет собой индивидуальное проявление всеобщих биологических законов жизненного цикла организма.* Базируется оно, главным образом, на «биогенетическом законе» Э. Геккеля, утверждающем, что онтогенетическое развитие индивида воспроизводит в «снятом виде» филогенетическую историю человечества так же, как физиологическое развитие плода проходит стадии, соответствующие взрослым формам наших эволюционных предков. Геккель обосновывал свой закон ламарковской теорией избирательного наследования приобретенных свойств. Большинство биологов, включая Дарвина, отнеслись к «биогенетическому закону» весьма скептически, указывая, в частности, на то, что «если предположить, что резюмируются взрослые формы предшествующих эволюционных ступеней, то эволюция представляет собой последовательную прогрессию, каждая ступень развития просто добавляется к предыдущей». Если бы это было так, «мы буквально несли в себе эволюционную историю всего мира» [6, р. 132]. Несмотря на критику со стороны биологов, филогенетическая теория Геккеля получила широкое распространение. «Даже после переоткрытия менделевских законов наследственности в 1900 г., опрокинувших всякое научное подтверждение теорий онтогенетической рекапитуляции взрослых форм и ламарковского наследования приобретенных качеств, идея рекапитуляции все еще оказывала сильное влияние на концепции детского развития, криминальной антропологии, расизма и бессознательного», — пишет М. Наги [6, р. 133].

В биологической психиатрии филогенетическая теория, а точнее, вытекающее из нее утверждение «закономерной» последовательности определенных фаз развития организма с характерными для каждой из них многочисленными показателями «нормы», до сих пор обуславливает понимание и диагностику душевных болезней. Причем, как и в предыдущих случаях, никаких специальных доказательств «биогенетического закона» не приводится, дело ограничивается апелляциями к очевидности, например, «эволюционно-фазовых детерминант поведенческих аномалий у детей» [4, с. 712]. Только разделив вместе с психиатрами веру в истинность опровергнутой биологами филогенетической теории, можно взять в толк, почему не только «задержки», но и «преждевременное» развитие речи [4, с. 717], «ускоренное духовно-нравственное созревание» [4, с. 710], «скороспелость интересов и дарований» [4, с. 711] и т.п. рассматриваются психиатрией в качестве психических расстройств, «выражений сложного центрального дефекта личности», а то и симптомов «раннего аутизма и аутистической психопатии» [4, с. 711].

* * *

Редукции мышления, чувств, поведения, характера, личностного становления к органическим функциям, а человека — к его органическому существованию даже в

рамках биологической системы базисных идеализаций порождает множество несоответствий и противоречий, аналогичных отмеченным выше. Некоторые из них клинической психиатрией попросту игнорируются.

Описывая симптоматику моторной формы афазии, при которой «дети понимают обиходный язык, жестами выражают свои желания... но не обнаруживают ни малейшей склонности к речевым актам» [4, с. 716], Г. Штутте предполагает вслед за Вернике, что она вызвана нарушениями речедвигательного центра, а в некоторых случаях — «пренатальным повреждением головного мозга» [4, с. 716], т.е. органическими аномалиями. Но, когда речь заходит о терапии моторной афазии, он рекомендует «совершенствовать речевую активность с помощью упражнений на жужжание, пение и ритм...» [4, с. 716]. Одно из двух: либо имеет место «повреждение головного мозга», биологический дефект, без ликвидации которого ребенок обречен на психическую неполноценность, либо афазия устраняется тем, что Л.С. Выготский вслед за В. Элиасбергом называл *искусственными психологическими орудиями* (жужжанием, пением и другими формами межличностного взаимодействия), — «особыми культурными орудиями, приспособленными к психологической структуре такого ребенка» или «особыми педагогическими приемами, позволяющими ему овладевать общими культурными формами» — речью, произвольной памятью и т.п. [2, с. 28]. В последнем случае предметом коррекции (а значит, и причиной «психического расстройства») становится не биологический дефект, даже если он наличествует, а его социальные следствия — аномалии «неорганического тела» индивида, или нарушение его отношений с другими людьми и окружающим миром.

Не артикулируя данное противоречие, Штутте разрешает его *практически*, вступая со своими юными пациентами в коммуникацию; и всякий раз, когда ему удастся научить афазика говорить — не важно, при помощи звуковой речи или языка жестов глухонемых и т.п. — он эмпирически доказывает истинность известного теоретического постулата Л.С. Выготского, согласно которому «все высшие формы интеллектуальной деятельности, равно как и все прочие высшие психические функции», формируются только в ходе овладения «культурно-психологическими орудиями, созданными человечеством в процессе исторического развития и аналогичными по психологической природе языку» [2, с. 25], т.е. представляют собой функции *социальные*, а не биологические.

К концепции высших психических функций Л.С. Выготского и ее применению в дефектологии мы обратимся позже, теперь же вернемся к анализу противоречий биологической психиатрии. Осознаются эти последние, как правило, в случаях максимального приближения «психического расстройства» к норме, социальной или

биологической. Одним из таких «расстройств», несомненно, является старость, или «психическое старение», которое выделяется в клинической психиатрии в особый нозологический раздел. Патогенетические гипотезы психиатрии сениума аналогичны общепсихиатрическим: причины «старческого слабоумия», «сенильных психозов», снижения памяти, «патологических» изменений характера и личности пожилых людей усматриваются в наследственной и конституционной предрасположенности, биохимических сдвигах, атрофии головного мозга и т.д. Но есть и *differentia specifica* — роль пускового механизма всех названных патологий отводится «инволюционным процессам организма», т.е. собственно старению. Однако, в отличие от шизофрении, эпилепсии, энцефалита и т.п., старость ожидает каждого человека, и встреча с ней тем более вероятна, чем более здоровым с медицинской точки зрения он является. Значит, если верно, что душевные процессы представляют собой органические функции, то психическая деградация в старости с сопутствующими ей социальными и юридическими следствиями, о которых речь пойдет в следующем параграфе, неизбежна для подавляющего большинства людей, включая геронтологов от психиатрии. Вот тут-то биологический редукционизм и дает сбой¹ .

«Психиатрия сениума» демонстрирует поразительную отзывчивость к психологическим концепциям. Живейший отклик находит в ней, например, теория компенсации А. Адлера, согласно которой органический или психологический дефект не только не предопределяет патологическое, регрессивное и т.п. развитие личности, но, напротив, может стать мощным стимулом ее совершенствования, и следовательно, «в одних и тех же (биологических — *E.P.*) фактах можно усматривать как ущерб, так и выигрыш» [4, с. 784]. Невосприимчивость пожилых людей к новым идеям компенсируется «долговечностью и прочностью навыков, спокойной рассудительностью, способной создавать произведения искусства», — пишет Груле. «Наряду с убыванием механической памяти сохраняется память систематическая, т.е. способность группировать, упорядочивать и сравнивать», — подчеркивает Матцдорф. «Способности угасают, и их заменяют обширные богатства накопленного опыта. Сдержанность, житейская упорядоченность, самообладание придают духовному существованию оттенок чего-то приглушенного, незыблемого», — пишет Ясперс. «Когда мышление утрачивает элемент наглядности, все большее значение приобретает логическое начало, которому уже не угрожает избыток текущих переживаний», — отмечают Ланге и Шульте [4, с. 784].

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

Так, Г. Руффин отвергает типичное для биологической психиатрии заявление коллеги Обрехта о наследственной обусловленности («геном долголетия») психического здоровья и «счастливых особенностей характера» в старости со следующим обоснованием: во-первых, он указывает на недостоверность генетической экспертизы («то память оказывается неточной, то чувство уважения или такта заставляет опрашиваемых кое-что скрывать» [4, с. 786], во-вторых, — на невозможность в каждом конкретном случае отделить «первичные» черты характера от приобретенных в ходе жизни и в-третьих, — на отсутствие автоматической связи между теми или иными биологическими факторами и личностными особенностями человека («Необходимо принимать во внимание и весь путь, пройденный к старости и престарелости...» [4, с. 787]). Ну, а отповедь Руффина сторонникам концепции мозговой инволюции могла бы стать украшением любого антипсихиатрического манифеста и, конечно, заслуживает полного воспроизведения:

«Выше мы уже говорили о соматологии старения и старческого слабоумия. Повторим сейчас, что сенильная мозговая инволюция не обязательно должна вызывать сенильный психоз, но может стать сопутствующей ему причиной. Это значит, что *причины и основания, делающие возможными психические заболевания в старческом возрасте, выходят за пределы установленной старческой атрофии головного мозга*. Возможно, что биохимические или даже электромикроскопические исследования приведут нас в этой области к каким-то новым открытиям, но позволят ли они провести ясную соматическую грань между инволюцией при нормальном старении и сенильными психозами, пока сказать невозможно. В соответствии с нынешним состоянием наших знаний мы можем лишь сказать, что *хотя связь между головным мозгом и психической деятельностью всегда имеется, эту связь не следует понимать слишком узко*

Ослабление или перестройку психической деятельности в старости нужно рассматривать с точки зрения не только церебральной инволюции, но и всего человека как существа, подверженного историческому развитию

» (курсив мой. —

Е.Р

.) [4, с. 794].

Нас могут упрекнуть в том, что в процитированных высказываниях Ганса Руффина явно слышны отзвуки «феноменологической ереси» (что, впрочем, не удивительно для высказываний *фрайбургского* психиатра), и это нарушает исходную установку на анализ *a priori* биологической психиатрии. Но биологическая ориентация в психиатрии вовсе не исключает ни увлечения философией (Дильтея, Гуссерля, Хайдеггера, Гадамера и т.д.), ни стремления к пониманию «другой

«человеческой души»; она лишь требует «рассматривать предполагаемого пациента также как организм» [1, с. 82]. К тому же, разве не показательно, что столь солидное, консервативное и строго научное издание, как «Клиническая психиатрия», вышедшее под редакцией авторитетных европейских психиатров, допустило подобную ересь именно в разделе «Психиатрия сениума»? Кстати, К. Конрад, с воззрениями которого на психопатологию циклотимных расстройств мы познакомимся выше, заявляет о своих симпатиях феноменологии гораздо более откровенно и решительно, чем Г. Руффин...

Итак, наш анализ позволяет сделать некоторые выводы. Во-первых, вопреки декларируемой доказательности и эмпирической обоснованности медицинской психиатрии ее важнейшие теоретические воззрения на природу психических (дис-) функций человека базируются на *априорных* постулатах, т.е. представляют собой результат не столько научного, сколько «донаучного или «наивного» способа трансцендентальной мотивации или обоснования» [1, с. 83].

Во-вторых, множественные противоречия и несоответствия отдельных нозологических концепций, равно как и неспособность клинической психиатрии в течение без малого полутора столетий решить задачу, поставленную перед ней Гризингером, а именно — *эмпирически*

доказать физиологический характер связи между «содержанием и формой психической жизни человека» [1, с. 58], свидетельствуют, причем в полном соответствии с эмпирико-аналитическим критерием научности, принятым на вооружение медицинской психиатрией, о

ложности ее исходной гипотезы

. Напомним, последняя заключается в утверждении производности высших психических функций (мышления, памяти, воображения, чувств и т.п.), личностных особенностей (характера, нравственных убеждений и т.п.), индивидуального развития человека от его биологического существования. Это априорное утверждение клиническая психиатрия делает преимущественно в негативной форме — в отношении психических «аномалий», но сути дела это не меняет — «ведь помешательство не есть абстрактная потеря рассудка... но только противоречие в еще имеющемся налицо разуме» [3,

с. 176], т.е. свое-другое последнего. Стало быть, либо и разум, и безумие обуславливаются биологическими закономерностями, либо предполагается, что при наличии биологических аномалий (патологии мозга, например) люди «развиваются «по биологическим рельсам» и для них может быть отменен закон социального развития и формирования», определяющий становление всякого нормального человека [2, с. 117]. Последнее означает, что получивший психиатрический диагноз человек попросту перестает рассматриваться в качестве человека.

Литература

1. *Бинсвангер Л.* Бытие-в-мире. М.: Рефл-Бук, Ваклер, 1999.
2. *Выготский Л.С.* Основы дефектологии. Собр. соч. в 6 т.: Т. 5. М.: Педагогика, 1983.
3. *Гегель Г.В.Ф.* Энциклопедия философских наук: Т. 3. М.: Мысль, 1977.
4. Клиническая психиатрия // Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. М.: Медицина, 1967.
5. *Стивенс Л.* Существует ли душевная болезнь? Академия. 2000. № 22.
6. *Nagy M.* Philosophical Issues of Psychology of C.G. Jung. N.Y.: State University, New York Press, 1991.
7. *Tarnas R.* The Passion of the Western Mind. N.Y.: Ballantine Books, 1993.