

## Компаративистика в пространстве междисциплинарного диалога\*

*О.А. Власова*

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

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

Дискуссиями о междисциплинарности в настоящее время уже никого не удивишь. В качестве одного из феноменов современной науки она давно обсуждается как в зарубежной, так и в отечественной научной литературе и часто представляется своеобразным идеалом: междисциплинарная ориентация исследования, как считается, отражает высокий профессионализм автора, а междисциплинарная методология — способствует целостному рассмотрению предмета и в гуманитарных науках ассоциируется, в частности, с интегральной теорией человека. Но сама междисциплинарность имеет свою специфику и в свете характерной для нее «пограничности» обычные феномены начинают вести себя совсем иным образом.

Ситуация междисциплинарности, т.е. сам ее факт, подобна ситуации эксперимента: то, что произойдет на «выходе» мы можем лишь предположить, но описать в подробностях, указать точные соотношения, особенности динамики и последствия мы, к сожалению, не можем. Поэтому особенно значимым здесь оказывается обращение к «живой» междисциплинарности, если можно так выразиться, междисциплинарности первого уровня, — тем примерам, которые нам представляет сам процесс развития наук. В настоящее время обилие междисциплинарных исследований на границе психиатрии и философии привело к выделению новых областей знания — философии психиатрии, философии медицины, клинической философии — все они вызревают как одна из ветвей прикладной философии.

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

единого исследовательского пространства. То сближение, о котором мы говорим, не без затруднений прошедшее и в западной науке, в настоящее время не может быть осмыслено в рамках традиционной методологии гуманитарного знания. Любые попытки такого осмысления приводят к переоценке роли философской составляющей и снижают ценность составляющей клинической. Из многогранного, многоаспектного философско-клинического пространства они превращают философско-клиническое поле в «недо-философию», в «философию неспециалистов», не учитывающих всех достижений и наработок предшествующей философской и клинической традиции. Безусловно, такая позиция не может быть плодотворной, поэтому здесь вполне закономерен поиск методологических возможностей целостного, интегрального исследования.

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

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

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

При описании механизмов трансформации философской теории в ее столкновении с клинической практикой психиатрии важно учитывать несколько факторов. *Во-первых*, то, что эти изменения являются закономерными, что они возникают не как результат личных интеллектуальных предпочтений клиницистов, а как процесс приспособления теории к практике. Теория ведь всегда определяет практику, практика влияет на теорию. *Во-вторых*, клиническая практика в обязательном порядке требует не только обычного использования теории как интерпретационной схемы, но и обозначения ее непосредственной пользы для излечения больного человека. Теория поэтому в каком-то смысле здесь подчинена практике: те элементы теории, которые не способствуют эффективности лечения, и даже те, которые несут нейтральный характер, должны быть трансформированы или исключены. *В-третьих*, практика психиатрии — это практика столкновения с изнанкой разума, она разворачивается в том пространстве, которое в теории разум может лишь представить, но к которому, будучи «здоровым», он приблизиться никогда так и не сможет. Практика психиатрии для разума есть прямой опыта трансцендирования, в котором он видит свою границу. Поэтому практика в этом случае должна не только трансформировать философскую теорию, но и расширять ее. Эти и

другие факторы и обуславливают всю сложность тех изменений, которые претерпевает теория и которые уложить в сколько-либо отчетливую схему невозможно.

Философская теория очерчивает в обозначенном взаимодействии картину мира, своеобразный горизонт интерпретации. Психиатрия приносит свои традиционные проблемы, а философия с готовностью поднимает в этом пространстве свои: каковы онтологические основания патологического опыта, и что он может сказать нам о привычной реальности; какие механизмы конституируют отличный патологический мир и что запускает эти трансформации; что составляет ядро патологического опыта и как вообще онтологически и онтически он возможен; каким путем можно проникнуть в патологическую реальность и каковы основания ее интерпретации. Сочетание философского и клинического, само взаимодействие философии и клиники предполагает шлейф и философских, и клинических проблем, и ни одни, ни другие не утрачивают здесь своей важности, но при этом по причине невозможности разделения этой возникшей теории на составные части сама проблематика также не редуцируема. Для онтологии философской психиатрии всегда будет существовать лишь патологический опыт и патологическая реальность, для антропологии — лишь психически больной человек, а гносеология будет озабочена познанием только этого фрагмента. Здесь останутся и диагностика, и классификация, и лечение, но все это особым образом начнет преломляться сквозь философскую систему. За диагнозом шизофрении, депрессии, мании будет стоять уже не совокупность синдромов и симптомов, а особая реальность со своей онтологией и онтикой. Классификация уступит место обозначению векторов и модусов патологического опыта, но постоянство патологических элементов сохранится. Лечение же станет одной из основных проблем философской психиатрии, поскольку будет выражать всю противоречивость ее составляющих.

Все теории, возникшие в результате взаимодействия философии и психиатрии, представляют нам не психиатрию и не философию как таковую, в их рамках возникает пространство философской рефлексии, если можно так выразиться, определенная философская культура. Они вызревают в рамках естественнонаучной парадигмы, на основании клинической практики психиатрии, и несут ее отпечатки. Именно в этом и состоит феномен междисциплинарности философской психиатрии как таковой. Идеи философской психиатрии — это философские идеи, но выдвигают их не философы, а клиницисты, и эту важнейшую черту всегда необходимо помнить. Философские проблемы вызревают в пространстве клиники, в пространстве клинического мышления, знания и опыта. Но сам факт их постановки, сама возможность их формулирования указывает на тот факт, что их возникновению не предшествует философского вакуума, что, наравне с клиническим, эту проблематику конституирует и философское мышление, знание и опыт.

*Мышление* клинициста и мышление философа отличаются уже по самой своей направленности: клиника всегда стремится к конкретике, к уточнению, к четкости и индивидуальности. Ее идеал — конкретная клиническая картина, синдром, симптом, теория с ее конкретными следствиями. Мы видим такое клиническое мышление у Карла Ясперса: его блестящая способность к систематизации, к конкретности и предельной четкости сохранилась у него и тогда, когда он уже отошел от психиатрии к философии. Философское же мышление, в некотором смысле, противоположно: оно устремлено к предельному обобщению, охватывает бесконечное множество явлений и не может позволить себе замкнуться на чем-то одном. Эта векторная противоположность мышле-

ния философского и клинического отражена в том статусе философии и психиатрии, Dasein-аналитики и Dasein-анализа, который обозначит (следуя за идеями неокантианства) родоначальник последнего Л. Бинсвангер: Dasein-аналитика — восхождение и обобщение, Dasein-анализ как ее последовательная конкретизация.

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

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

Междисциплинарный статус философской психиатрии привел не только к трансформациям теории и практики, мышления — знания — опыта. Вследствие взаимодействия философии в лице феноменологии Гуссерля и фундаментальной онтологии Хайдеггера и психиатрии как преимущественно антропологической науки с ее вниманием к конкретной личности на их пересечение образовалось специфическое «метаонтологическое» пространство исследования. Эта метаонтология философской психиатрии стала интересоваться уже не онтологическими основаниями бытия (поскольку для нужд практики, да и теории, психиатрии это было совершенно ни к чему), и не личностными модификациями характера и мировоззрения, но экзистенциальными основаниями существования больного, особенностями патологических модификаций темпоральности и пространственности. Выходит, что сама междисциплинарность индуцировала возникновение специфического пространства философской рефлексии со своими приоритетами, законами и трансформациями.

В пространстве метаонтологии актуализировалась совершенно своеобразная проблематика — проблема патологического опыта, его проявлений, его онтологического статуса, онтологических оснований его отчуждения в обществе и т.д. Опыт больного как живое переживание мира и себя самого стал центром исследования, и теоретическое осмысление этого патологического пространства индуцировало возникновение, если можно так выразиться, «промежуточных» метаонтологических концептов. Психиатры загово-

рили не о личном порыве (Э. Минковски), об онтологической ненадежности (Р.Д. Лэйнг), об экзистенциальных априори (Л. Бинсвангер), о проживаемом пространстве и времени (Э. Минковски), о сенсорном опыте и непосредственном ощущении (Э. Штраус). И эти понятия несут за собой два ассоциативных ряда: один, отсылающий к онтологии (порыв, время и пространство), и другой, связанный скорее к антропологией, или онтикой (личный, проживаемый, сенсорный). Осмысление патологического мира в антипсихиатрии привело к проблематизации онтологических оснований общества и на смену метаонтологии опыта пришла метаонтология общества. Это промежуточное пространство стало отличительной чертой всей философской психиатрии.

Как мы видим, осмысление философской психиатрии как живого примера междисциплинарности дает нам понимание того, что сам феномен междисциплинарности невозможно проблематизировать в однозначных утверждениях «хорошо» или «плохо». Будучи результатом культурных и исторических трансформаций, междисциплинарность действует по своим собственным законам: она акцентирует, стирает и приглушает, она совершенно непредсказуемо соединяет в одних аспектах и разъединяет в других. Поэтому междисциплинарность, на наш взгляд, нуждается в непосредственном анализе междисциплинарных феноменов, а уже потом в осмыслении междисциплинарности как таковой. Путь индуктивного накопления здесь по-видимому является одним из самых продуктивных.

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