

**«Другой» опыт:
человек и его мир за границей психической патологии**

О.А. Власова

*Курский государственный университет, кафедра философии
305000, г. Курск, ул. Радищева, 33*

Животное тоже страдает различными расстройствами,
но только у человека болезнь может превратиться в
способ бытия

Оливер Сакс

«Человек, который принял свою жену за шляпу»

Антропология XX века, исследуя самые разнообразные вопросы, неизменно обращается к *Иному*: другим культурам и языкам, дисциплинам и исследовательским традициям — ко всему *другому*, что она только может найти в обществе, культуре, науке и, разумеется, в самом человеке. Мы путешествуем в другие страны, стремимся раскрыть тайны других континентов и других цивилизаций, но при этом неизменно несем в себе самих возможность другого опыта. На мгновение прикоснуться к нему во все времена пытаются с помощью различных и часто далеко не безвредных процедур: религиозного экстаза, наркотического опьянения, сновидений. Но вновь и вновь наступает «пробуждение» в мир реальный. Есть лишь один опыт, которого мы не можем достичь намеренно и который, самовольно захватывая все существо человека, мгновенно погружает его в пучину *Иного*, — безумие.

В XX веке, очевидно, было лишь два направления, непосредственно обратившихся к этому другому опыту и интересовавшихся патологическим опытом как таковым, — это феноменологическая психиатрия (К. Ясперс, Э. Минковски, Э. Штраус, В.Э. фон Гибзаттель и др.) и экзистенциальный анализ (Л. Бинсвангер, М. Босс, Р. Кун и др.). Они стали важными вехами в изменении представлений о психопатологии, в «философизации» психопатологии. Через несколько десятилетий, добавив к экзистенциально-феноменологическому описанию патологического опыта теорию общественного устройства, их прямая наследница — антипсихиатрия — станет развивать проект «освобождения безумцев» и достигнет на этом пути немалых результатов.

Оставив в стороне вопросы о критериях разделения феноменологической психиатрии и экзистенциального анализа, о характере и степени влияния на их формирование философских концепций, а также об их месте в истории философии и философской антропологии XX века, мы обратимся здесь к тому непосредственному описанию патологического опыта, которое они нам представили.

Сущность болезни: между онтологией и антропологией

Исследование опыта, если понимать его как переживание внутренней и внешней реальности, будь он нормальным или патологическим, является одной из наиболее насущных проблем антропологии. Но, тем не менее, единственно антропологии такая задача не под силу. Обращение к опыту предполагает не только и не столько описание эмоциональных состояний, памяти, внимания, мышления, развертывающихся на границе внутреннего и внешнего мира, сколько исследование того, что стоит за ними, т.е. их онтологических оснований. Одновременно с этим, сама онтология, проявляя «онтологический базис», мало что сможет сказать об «антропологической надстройке».

Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ являются своеобразными феноменами западной мысли, вызревшими в философско-клиническом пространстве XX века. Центральной особенностью обоих направлений является конституирование на границе онтологии и антропологии специфического пространства исследования, возникновение которого связано с необходимостью адаптации достижений философской феноменологии к конкретным потребностям клиники. Как следствие, специфика интереса феноменологических психиатров и экзистенциальных аналитиков — пространство патологического опыта.

Проблемы, интересующие феноменологических психиатров и экзистенциальных аналитиков, всегда несут в себе и онтологический, и онтический оттенок. Так, проблема патологического времени и пространства всегда предполагает как исследование картины существования больного во временной и пространственной перспективе, темпорального и пространственного переживания событий и бытия вещей, наконец, особенностей внутреннего осмысления больным своего пространственно-временного бытия-в-мире, так и соотнесение этого патологического времени и пространства с «нормальным», точнее, с той классической темпоральностью и пространственностью, закономерности и механизмы которой описаны в рамках философской феноменологии.

Это новое пространство исследования приносит не только специфический предмет исследования, но и своеобразный концептуальный аппарат. Онтологические философские понятия превращаются в «промежуточные» концепты, содержащие два ассоциативных ряда: онтологический и онтический, или антропологический. Психиатры начинают изучать не столько психологию и переживания психически больного человека, сколько основания и базис этих переживаний. Можно сказать, что феноменологическую психиатрию и экзистенциальный анализ интересуют в основном онтологические основания опыта.

Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ 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 эта методологическая особенность дает «философской психиатрии» возможность приблизиться к патологическому опыту психически больного как таковому, а также к онтологическим основаниям бытия.

Принципы анализа патологического: смысл, стиль, структура и a priori опыта

Благодаря использованию категории опыта как центральной в исследовании патологических механизмов психическая патология становится, скорее, предметом не психиатрии, а философии. Из безличной реальности она превращается в живой опыт

переживания, в целостный опыт проживания окружающего мира и собственного «я». Этот опыт становится предельно личным, максимально приватным миром значений и смыслов, миром отсылок и ценностей, которые указывают на фундаментальную позицию и ситуацию человека.

О чем же идет речь, когда мы говорим о патологическом опыте? Уже К. Ясперс, стремясь найти наиболее адекватный подход к психически больному человеку и предлагая в качестве такового понимание, говорит о субъективных переживаниях, об упорядоченной бесконечности нередуцируемых душевных качеств. В более поздней редакции своей «Общей психопатологии» он ведет речь уже об аномальных феноменах человеческого существования и относит к ним как осознание объективной действительности и собственного тела, так и переживание пространства и времени, осознание реальности и «я». Эти же феномены впоследствии описывают его коллеги.

Гекзаттель направляет свой интерес на мир, в котором живет психически больной человек. Способ существования, которым формируется специфический мир бытия, и жизнь больного, а также сама болезнь выстраиваются, на его взгляд, вокруг единого вектора «человек — мир». Именно здесь мы видим отмечаемые Гекзаттелем изменения становления и темпоральности. Особую роль при этом играет исследование физиогномии мира и его ничтожения, представляющих в какой-то мере как гипер-позитивный и гипер-негативный полюс существования больного.

В центре внимания Э. Минковски — проживаемая, живая реальность больного, т.е. сама жизнь и определяющие ее конститuentы: темпоральность, пространственность, личный порыв. Изменяясь и взаимодействуя друг с другом, они создают различные миры со светлым или темным пространством, стремительным, замедленным или разорванным на фрагменты временем, близкой или далекой дистанцией. В этой реальности и живет больной, и именно ее он проживает.

Вектор «человек — мир» является основополагающим и в работах Э. Штрауса с его исследованиями жизненного мира и непосредственного опыта ощущений. Возможно, именно поэтому он направляет свое внимание не на темпоральность, как большинство представителей феноменологической психиатрии и экзистенциального анализа, а на пространственность. Опытная реальность, ее переживание, сенсорный опыт — вот что стоит в центре его исследований. В феноменологической психиатрии Штраус — единственный, кто обозначает предмет своего исследования как «опыт» как таковой.

Бинсвангер уже в своем раннем реферате о феноменологии, обозначая особенно актуальные для психиатрии исследования, говорит об изучении переживания больными реального мира, а также отношения этих переживаний к самой реальности. Следуя за фундаментальной онтологией Хайдеггера и переосмысливая ее, он начинает говорить о шизофренических, маниакальных, депрессивных модусах бытия-в-мире и стоящей за ними специфической структуре *Dasein*, априорно-экзистенциальных структурах. Но особое значение в свете описываемого пространства опыта играет его последняя работа, где он отграничивает опыт от существования, и при этом опыт мыслится как *естественный опыт*, в котором существование еще не рефлексивируется, не проблематизируется и предстает как непосредственная последовательная связность¹.

¹ Binswanger L. Wahn: Beiträge zu seiner phänomenologischen und daseinsanalytischen Erforschung. Pfulingen: Neske, 1965. S. 27–28.

Опыт как переживание мира в исследованиях психопатологии понимается скорее не как фиксация событий и отражение отношений с миром внешних объектов и других людей, но как инстинктивная устремленность во времени и укорененность в пространстве, как динамично переживаемая жизнь. Опыт становится переживанием не в смысле отражения и *пере*-работки информации, а в смысле *про*-живания реальности. Так, фон Гебзаттель говорит о приоритете проживаемого (*gelebte*) времени над временем переживаемым (*erlebte*)¹, Штраус акцентирует разницу между непосредственным ощущением (*Empfinden*) и ощущением испытываемым (*Empfindungen*)², Минковски в противоположность измеряемому и количественному времени и пространству берется за исследование времени-качества (*temps-qualité*) и расстояния-качества (*distance-qualité*)³.

Стоящую за такой трактовкой ориентацию можно определить как феноменологический эмпиризм, где основным предметом исследования выступает непосредственный опыт взаимодействия с реальностью. Кроме того, важно подчеркнуть тот факт, что отправным моментом развития феноменологической психиатрии и экзистенциального анализа явилось изначальное отождествление опыта сознания и проживаемого опыта, именно поэтому концепты Гуссерля были так легко приспособлены к клинике, оставалось лишь несколько изменить их направленность.

Фактически, центральной характеристикой этого опыта становится его дологичность, его неукорененность в суждениях и умозаключениях и, следовательно, существование безотносительно сохранности или отсутствия сознания, критериев разумности или неразумности. Заявлениями о том, что опыт реальности предлогичен, своей реабилитацией области непосредственного ощущения, пространства про-живания реальности философская психиатрия — если и можно описывать все рассматриваемые нами идеи как единый комплекс — в таком случае противопоставляет себя картезианской традиции, традиции английского эмпиризма, и целостной традиции классической философии и науки.

Феноменологические психиатры и экзистенциальные аналитики стремятся преодолеть разделенность существования на субъективный мир сознания и объективный мир предметов и явлений, отдаленность опыта от мира, в общем, — субъект-объектную дихотомию, которую Бинсвангер на протяжении всей своей жизни будет называть «раковой опухолью современной философии и психологии». Философская психиатрия посредством исследований патологического изучает, каким образом человек функционирует в мире и каковы особенности этого существования. Она показывает, что в отличие от других живых существ, подчеркивает она, человек наделен способностью переживать мир и является переживающим существом. Он обнаруживает себя в мире, а не открывает внешний мир в своем сознании. Так, Штраус отмечает: «Опытная реальность — это не тема теоретических суждений. <...> Мы переживаем реальность в личных отношениях; она не отделена от нас; как живое существо я являюсь ее частью; она воздействует на меня в своей поразительной фактичности; я охвачен ею и пойман»⁴.

¹ Gebzattel V.E., von. Die Störungen des Werdens und des Zeiterlebens im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen // Prolegomena einer medizinischen Anthropologie. Berlin: Springer, 1954. S. 129–130.

² Straus E. Vom Sinn der Sinne: Ein Beitrag zur Grundlegung der Psychologie. Berlin: Springer Verlag, 1956. S. 1.

³ Minkowski E. Le temps vécu. P.: d'Artrey, 1933. P. 4, 367–392.

⁴ Straus E.W. Awakeness // Phenomenological Psychology: The Selected Papers. N.Y.: Basic Books, 1966. P. 113.

Рассмотрение психического заболевания как опыта приводит к необходимости привлечения нескольких концептов, которые, явно или неявно, используют психиатры. Основными из них являются «смысл», «стиль», «структура» и «*a priori*».

Смысл (как сущность и содержание) патологического опыта. В отношении этого момента важнейшим является вопрос: бывает ли смысл опыта патологическим? Если понимать опыт как непосредственную живую связь с миром, то сущностью, содержанием опыта и будет эта проживаемая человеком связность, которая, разумеется, патологической быть не может. Патологическими могут быть формы этого проживания, формы самой связности, но не связность как таковая, поэтому здесь скорее уместен вопрос не о смысле, а о стиле. И единство смысла является основанием для утверждения за психически больным человеком статуса человека и признания лишь его относительной инаковости.

Стиль патологического опыта представляет формы артикуляции смысла. Этот стиль опыта в феноменологическом анализе патологии является приоритетным. Исследователи стремятся прояснить способ переживания, разделения, акцентирования — характер того невидимого упорядочивания, который отмечает опыт патологии. Стиль тогда предстает как способ реализации существования, способ связности с миром, совокупность приемов взаимодействия с ним. Стиль опыта очерчивает характер патологии, поэтому, по сути, как понятие соотносится с понятием модуса существования. И, говоря об определенном модусе бытия-в-мире, психиатры говорят о стиле опыта. Вариации этого стиля задают различия существования: маниакальный стиль опыта отличается от депрессивного, шизофренический от обсессивного и т.д. Но здесь необходимо отметить, что вопрос стиля ставится экзистенциально-феноменологической психиатрией как бы на двух уровнях: во-первых, как вопрос о возможности единого стиля патологического опыта, отличающего его от нормального, во-вторых, как вопрос вариативности внутри патологического стиля.

Что же конституирует эти вариации стиля, т.е. чем отличается патологический стиль от нормального, а маниакальный, депрессивный, обсессивный, шизофренический стили — между собой? Обобщая клинически-феноменологические описания, можно сказать, что характеристиками маниакального стиля являются лабильность, высокий темп, поверхностность, близость и слияние, разрушение границ, депрессивного — низкий темп, ригидность, замедленность, ложная глубина и разделение, возникновение непреодолимых барьеров и т.д.

Структура опыта — совокупность составляющих опыт элементов, которая варьируется в зависимости от опорной философской теории, задающей, по сути, характеристики смысла опыта. Если структура опыта есть связь элементов, то сами эти элементы, то есть узлы структуры, и есть экзистенциальные *a priori*. Вместе с самим исследованием патологического опыта, понятие экзистенциально-априорных структур является своеобразной визитной карточкой экзистенциально-феноменологической психиатрии.

В феноменологической психиатрии структуру патологического опыта составляют темпоральность и пространственность, к которым иногда (как у Минковски) добавляется событийность, или контакт с реальностью, в экзистенциальном анализе: для Бинсвангера — темпоральность и пространственность, а для Босса — еще и телесность, событийность, настроенность, историчность и смертность, т.е. все указанные Хайдеггером экзистенциалы. Однако выбор именно этих элементов часто обусловлен и личными

приоритетами. Но в любом случае, исследование патологического опыта, как отмечает в частности Минковски, «сводится к тому же “знаменателю”, к плану, к *специфической структуре*, где различные черты являются лишь отрывочными манифестациями, лишь *выражением*»¹.

Элементы структуры и их взаимосвязь в той или иной патологии несут отпечаток патологического стиля — маниакального или депрессивного, шизофренического или обсессивного. Так, при маниакальном стиле течение времени ускоряется, оно становится совокупностью ничего не значащих моментов, пространство необозримо расширяется, сияет яркими красками, контакты становятся поверхностными и стремительными, границы тела и вещей размываются. Это и есть структура маниакального опыта.

Как мы видим, феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ избирают принципиально новый ракурс исследований патологического. В противоположность характерному для психиатрии первой трети XX века естественнонаучному симптоматически-синдромальному анализу эта единая традиция реализует философское исследование. На место стремлению к расчленению приходит анализ единства, вместо классификационного анализа и принципа причинности — структурный анализ и герменевтика, а центральным предметом исследования становится теперь не больной организм с расстроенными функциями, а больной человек, остро переживающий свое иное существование.

***Изнанка инаковости:
патологические трансформации темпоральности и пространственности***

Утверждение о том, что за психическим заболеванием стоит другой опыт и другая реальность, предполагает исследование конституирующих эту реальность структур, и основными здесь являются темпоральность и пространственность. Эти два вектора патологических изменений — трансформация времени и пространства — не только определяют сам факт «патологии», но и задают ее вариации. При этом время представляется как живая последовательность и живая длительность, пространство — как живая непрерывность. Время и пространство образуют пространственно-временную взаимосвязь, подобную органно-психической, поэтому пространственные и временные изменения равноценны и взаимосвязаны друг с другом, поэтому не выделяются первичностью или значимостью.

При такой стратегии клинические исследования времени и пространства способствуют расширению ранее накопленных знаний, а также позволяет проникнуть в те области, которые при изучении этих векторов существования в «норме» остаются закрытыми. «Патологическое, — пишет Минковски, — показывает нам, что феномен времени и, вероятно, также феномен пространства имеются и структурируются в болезненном сознании, их непохожесть на те, о которых мы обычно размышляем, подчеркивает существенные черты этих феноменов, которые по причине близкого расстояния, отделяющего нас от них в жизни, остались бы незамеченными или считались совершенно естественными»².

В основе исследования патологических трансформаций пространственности и темпоральности в данном случае лежит *экзистенциальная* трактовка времени и пространства.

¹ Minkowski E. Le temps vécu. P. 198.

² Ibid. P. 6.

Источники теории пространства-времени в феноменологической психиатрии и экзистенциальном анализе могут быть различными: интуитивизм Бергсона, феноменология Гуссерля, фундаментальная онтология Хайдеггера. Но, несмотря на некоторые существующие между этими философскими предшественниками различия, традиция экзистенциально-феноменологической психиатрии формирует более или менее единое представление о «нормальном» времени и пространстве, лежащее в основе патологических штудий.

Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ, следуя своей онтологически-онтической ориентации, акцентируют аспект проживаемого, переживаемого времени и пространства, так или иначе отвлекаясь от его естественнонаучной трактовки. В этом акцентировании исследователи доводят до логического завершения феноменологическую концепцию времени как живой длительности, не позволяя ей трансформироваться в теорию безличной волны времени. Вообще, исследования патологического хроноса и топоса оказываются здесь крайне продуктивными, позволяя как расширить рамки феноменологических исследований, дополнить их, так и столкнуть их с практикой, с самой жизнью, в которой и находят свое воплощение темпоральность и пространственность.

Характеризуя в общих чертах концепцию времени феноменологической психиатрии и экзистенциального анализа, можно представить ее следующим образом: 1) время представляет собой проживаемую континуальную длительность; 2) вектор времени направлен от прошлого к будущему через актуальное на данный момент настоящее; 3) с развертыванием времени связано экзистенциальное становление индивида; 4) развертывание времени определяет особенности психических состояний, деятельности и сознания реальности.

Патологические трансформации темпоральности приводят к изменению всех указанных характеристик времени. По сути, основной мишенью болезни в плане темпоральности становится сам динамизм жизни, который предполагает, во-первых, направленность существования, его устремленность от прошлого к будущему, во-вторых, его целостность, т.е. сохранность и актуальность всех его моментов, вне зависимости от их прошлости, настоящности или будущности, и в-третьих, гармонию с окружающей реальностью, не просто механическое взаимодействие, а захваченность ею.

Континуальность временного потока нарушается, и время может распадаться как на относительно крупные отрезки прошлого, настоящего и будущего, так и на более мелкие фрагменты: годы, месяцы, дни, часы, минуты, мгновения. Распад единого потока времени идет, как правило, по нарастающей — от крупных отрезков к мелким. Получившиеся отрезки утрачивают связь друг с другом, в результате чего нарушается связность жизни индивида. «Когда становление прекращается, — пишет Штраус, — будущее становится недостижимым. Мы больше не стремимся к будущему. “Сейчас” теряет свое положение между “еще не” и “уже не”»¹. Пространство между отрезками заполняется пустотой, и чем мельче дробление, чем более нарастает патологический распад, тем интенсивнее переживание пустоты и отсутствия течения времени. Минковски приводит свидетельства одного из его больных, который говорит: «Я ищу неподвижность. Я стремлюсь к отдыху и остановке. Я склонен останавливать жизнь вокруг себя. Поэтому я люблю неизменные объекты, вещи, которые всегда здесь и которые никогда не изменяются. Камень неподвижен, земля, напротив, перемещается, она не

¹ Straus E.W. Disorders of Personal Time in Depressive States / Phenomenological Psychology. P. 293.

дает мне никакой уверенности»¹. И поэтому результатом всех этих изменений становится полный темпоральный вакуум.

Но в психической патологии время, утрачивая свою континуальность, теряет еще и векторную направленность. Разорванные отрезки времени больше не способны сменять друг друга, и по причине разрушения целостности вектора «прошлое-настоящее-будущее» они могут в произвольном порядке меняться местами. Вследствие этого утрачивается нацеленность жизни, может иметь место погруженность в прошлое или будущее, настоящее утрачивает свой актуальный характер.

Но у патологического времени есть и еще один момент: оно приводит к блокировке становления индивида. Психическая патология разрушает как путь к развитию, так и путь к отступлению. Больной становится игрушкой в этом распадающемся на осколки вихре времени. Утрачивая направленность в будущее и связь с прошлым, личность больного теряет свой собственный центр, средоточие своей жизни и неминуемо движется к распаду. Поскольку исчезает временная динамика, человек больше не способен измениться и преодолеть актуальное состояние. И поэтому неслучайно, что феноменологические психиатры и экзистенциальные аналитики говорят здесь о фатуме, о злом роке, о судьбе.

Нарушение развертывания времени, разумеется, находит свое отражение и на уровне психических процессов, деятельности и сознания реальности. Вместе с утратой динамики времени утрачивается динамизм мышления и его целостность, исчезает его направленность. Как следствие — разрушение целостности потока времени с его четкими акцентами. Нарушается внимание, больше не способное расставлять приоритеты. Становится невозможной память, поскольку больной уже не может установить последовательность прошлых и настоящих событий. Утрата векторной направленности приводит к невозможности осуществления деятельности, постановки цели и отслеживания результатов. А рассогласование личного патологического времени с темпоральным потоком общества и окружающего мира забрасывает больного в пучину одиночества, отрезая его разрушающийся мир от реальности окружающих вещей, событий и людей.

Такова картина патологических изменений темпоральности, в различных вариациях представляемая в феноменологической психиатрии и экзистенциальном анализе. Но, несмотря на доминирование темы времени в патологических штудиях феноменологических психиатров и экзистенциальных аналитиков (видимо, по причине ее большей популярности у философов), проблема пространства также является немаловажной.

Экзистенциально-феноменологическая психиатрия представляет следующую обобщенную теорию пространственной организации при нормальном функционировании: 1) пространство представляет собой непрерывную протяженность; 2) пространство имеет свою структурность, акценты и элементы нейтральности; 3) пространство предполагает границы вещей, взаимодействующих людей, структурно ограниченные моменты; 4) со структурой пространства связано развертывание психических процессов, деятельность и коммуникация.

Нарушения пространственности, так же как и трансформации темпоральности, рассматриваются здесь на уровне проживания. *«Мы живем и действуем в пространстве, и именно в пространстве проходит как наша личная жизнь, так и коллективная*

¹ Minkowski E. Le temps vécu. P. 261.

жизнь человечества»¹, — отмечает Минковски. В патологии изменяются особенности бытия человека, формируя принципиально иной опыт пространства. Кроме того, пространственная организация трансформирует отношения «я — мир» и поэтому патологическая пространственность связывается с патологической реальностью.

Отправным моментом патологических изменений пространственности является разрушение непрерывной протяженности пространства. Единое поле реальности при этом распадается на отдельные фрагменты, которые изолируются друг от друга. Утрачивается связность и переход от одного фрагмента к другому.

Как результат разрушения непрерывности постепенно разрушается структурность пространства, фактически исчезает характерная для него разметка. В этом аморфном поле больше нет приоритетов и акцентов, пространственные направления произвольно меняются местами и накладываются друг на друга. Больной словно блуждает в пространстве своей жизни и своего опыта, поскольку теряет четкую схему и четкую карту, без которой не может найти дорогу. Как следствие исчезновения акцентирования утрачивается система предпочтений, и приближение/отдаление становится совершенно произвольным.

Пространственная произвольность приводит к нарушению границ как самого внешнего мира, его объектов, людей, событий, так и самого больного. Явления мира могут теперь накладываться друг на друга, друг в друга проникать, и их больше нельзя разделить. В этом мире без границ больной становится беззащитен. Следствием этого становится возникновение при шизофрении и других психических заболеваниях патологических феноменов: автоматизмов мышления, ощущения кражи мыслей, моторных автоматизмов и др. Сквозь все эти симптомы незримо проступает образ атакующего Другого. «... голоса всесильны и непобедимы в своей власти. Пациент беспомощен перед ними! От них нет спасения»², — пишет Штраус о галлюцинациях.

Во-первых, больной больше никогда не сможет почувствовать себя в безопасности, поскольку бесчисленное множество явлений и людей угрожают ему и вторгаются в его личное пространство, в его тело, в его мозг, ведь границ больше не существует. Во-вторых, в окружающем его мире начинают происходить необычайные трансформации: произвольно сокращаются и увеличиваются расстояния, предметы, голоса, люди становятся вездесущими, и законы их перемещения больше невозможно предсказать. В-третьих, сам больной перестает быть заключенным в телесную оболочку сознанием, ведь границ больше не существует, и поэтому он теряет собственную индивидуальность. Упорядоченность мира полностью распадается.

Разрушение структуры пространства приводит к нарушению развертывания психических процессов. Мышление, например, утрачивает свои границы, оно становится либо всемогущим и всесильным, способным управлять вещами и событиями, либо поработанным вторжением чужой мысли. Оно теперь не отделено от мышления других: и так же как оно может проникнуть в тайны мира, оно может ощутить и чужое вторжение — мышлением, волей, эмоциями могут управлять. Все бытие человека теперь может задаваться извне, потому что внешнего и внутреннего больше не существует. Кроме того, любая деятельность становится невозможной, поскольку разрушение структу-

¹ Ibid. P. 367.

² Штраус Э. Феноменология галлюцинаций. Пер. О.А. Власовой // *Философско-антропологические исследования*. 2007. № 2. С. 125.

ры пространства приводит к разрушению разметки, и полностью утрачивается возможность постановки цели и ее исполнения. Невозможной становится и коммуникация, поскольку другой также утрачивает границы и может произвольно приближаться и отдаляться. Мир словно погружается в туман, а жизнь человека становится подобной жизни слабовидящего, вышедшего в час пик в центр мегаполиса.

На смену целостному существованию приходит расщепление, или отчуждение. Описывая свое состояние, больная Гебзаттеля говорит: «Я не есть “я”, я отделена от своего существования (Dasein). Тело лежит здесь и тлеет, носом я отчетливо ощущаю запах тления, — а Дух? Где мое существование, где? <...> Я не живу, я ощущаю, что мое тело мертво — это жуткая пустота, как можно вынести это!»¹. Это расщепление, в результате которого собственное «я» отчуждается и теряет свою власть, а на месте него остается лишь пустота, несмотря на все усилия больных, всегда лишь углубляется болезнью.

Образная картина пропасти и пустоты отражает специфическую онтическую структуру не-существования, являющуюся ядром психоза. «Я не словно бы ощущаю пустоту, — говорит та же больная Гебзаттеля, — нет, я есть пустота. Точно так же я не могу сказать, что переживаю адские мучения, нет, я — ад. Болезнь — не заражение. Она неотделима от меня: она — это я, а я — это она. Я — пустота, и поэтому не существую. Легче было бы умереть, но... поскольку я мертва, мне не нужно представление о смерти, я и есть смерть»². Пустота при этом не является метафорой, происходит не просто проекция сферы физического или пространственного бытия на духовно-психическое, она стоит как за телесным, так и за психическим миром. Пустота связана не с исчезновением тех областей бытия, в которых она переживается, а лишь с их отсутствием для нас, для самого больного. Она оспаривает не их наличие, но лишь их существование. Пустотное бытие, развертывается не в отсутствие существования, а в его пределах. Это переживание пустоты не существует, но обнаруживает себя в пустоте. Блокируется развертывание существования, но не общая схема бытия-в-мире.

Указанные нами патологические изменения приводят к формированию мира, который в экзистенциально-феноменологической традиции описывается как физиогномический, сверхъестественный. Этот мир признается сходным с магическим миром примитивных народов: поскольку патологический мир больше не имеет привычной разметки и четкой структуры, ее можно лишь угадать как тайное знание, а благосклонность мира — лишь вымолить с помощью магических процедур. Он и является основным предметом философско-клинических штудий.

Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ развивают и дополняют идеи философской феноменологии. Если предшествующая им философия была озабочена в основном темпоральностью, а в отношении пространства иногда выносила весьма скептические суждения (например, Бергсон), уделяла разработке проблемы пространственности гораздо меньше внимания, то в поле философской психиатрии темы патологического пространства и патологического времени стали соизмеримы. Наличие множества патологических модификаций пространственности в клинике психических расстройств (деперсонализация, дереализация и др.) привели к необходимости

¹ Gebzattel V.E., von. Zur Frage der Depersonalisation (Ein Beitrag zur Theorie der Melancholie) // Prolegomena einer medizinischen Anthropologie. S. 22.

² Ibid. S. 23.

дополнения и доработки заимствованных положений. Из априорных форм чувственности (как это было у Канта) пространство и время превратились в векторы непосредственного проживания реальности.

* * *

Иногда говорят, что экзистенциально-феноменологическая традиция отражает вторую (напомним, первая пришлась на XVIII век) волну романтизма в психиатрии¹. В чем-то это действительно так: идейные положения романтической психиатрии и психиатрии экзистенциально-феноменологической во многом сходны за исключением одного момента. Романтизм абсолютизировал уникальность безумца, феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ, напротив, попытались показать, что его мир и опыт не разрушаются болезнью, что больной лишь следует иным ориентирам, но все же способен переживать свое существование. «Больной — это человек с другим опытом», — именно эту фразу можно бы было назвать девизом экзистенциально-феноменологической традиции, постулировавшей одновременную инаковость и тождественность патологического опыта опыту нормальному. Следуя традиции дескриптивной психологии, она впервые в истории психиатрии предоставила настолько полное описание экзистенциального содержания безумия. А поскольку больше всего пугает неизвестное, феноменологической психиатрии и экзистенциальному анализу, обратившись к патологическому опыту, удалось разрушить ту границу, которая ранее отделяла от нас этот неизведанный континент.

¹ Marx O.M. German romantic psychiatry. Part I // History of Psychiatry. 1991. № 1. P. 352.