

# Что такое «клиническая реальность» и как ее понимают отечественные психиатры?

*«Животные подразделяются на: а) принадлежащих Императору, б) бальзамированных, в) прирученных, г) молочных поросят, д) сирен, е) сказочных, ж) бродячих собак, з) включенных в настоящую классификацию, и) буйствующих, как в безумии, к) неисчислимых, л) нарисованных очень тонкой кисточкой из верблюжьей шерсти, м) и прочих, н) только что разбивших кувшин, о) издалека кажущихся мухам».*

«Китайская энциклопедия»

Х.Л. Борхес

Duo cum faciunt idem,  
non est idem

Когда двое делают  
одно и то же, это уже  
не одно и то же (лат.)

---

Эта работа иллюстрирует приложение философии к психиатрии. Такое, как известно, сопряжено с определенным риском, ибо всякое умствование для той психиатрии, о которой пойдет речь, – подозрительно. Традиции отечественной психиатрии недавнего прошлого, особенно ее официальной, московской школы, сделали идеологическим пугалом любые более или менее сложные рассуждения о ней, быстро напоминая забывшимся о «философической интоксикации» и тем самым оберегая себя от посягательств на свой социальный гомеостаз.

Написать эту статью меня побудил вопрос моего коллеги: «Соответствует ли классификация МКБ-10 реальности или нет?». Вопрос был не праздный, а дополнялся предложением это научно исследовать. После недолгих споров о том, о какой именно реальности идет речь, выяснилось, что имеется в виду так называемая клиническая реальность.

Очень показательно, например, следующее: «Общие проблемы – общими проблемами, а есть еще клиническая реальность, и в ней, как бы не была совершенна новая международная классификация болезней, нельзя, <...> отказываться от <...> того, что мы наблюдаем годами...».<sup>1</sup>

Так что же «мы наблюдаем годами»? И какие вообще бывают реальности?

---

<sup>1</sup>Гурвиц С. Национальная гордость, клиническая реальность и XXI век // Независимый психиатрический журнал, 1994, IV.С. 44.

Обратимся к философскому словарю: реальность (от позднелат. *Realis* – вещественный, действительный) – существующее в действительности. В диалектич. материализме термин «Р.» употребляется в двух смыслах: 1) объективная Р., то есть материя в совокупности различных ее видов (Р. противопоставляется здесь субъективной Р., то есть явлениям сознания), 2) все существующее, то есть материальный мир и все его идеальные продукты.<sup>2</sup>

Есть основания считать, что клиницисты (и коллега, задавший вопрос) имеют в виду первое употребление термина «реальность». В противном случае вопрос о соответствии некой классификации некой реальности теряет смысл. Вопрос подразумевает, что они могут и не соответствовать друг другу, а значит, они не принадлежат к одной реальности.

Действительно, в самом термине, казалось бы, заложена разгадка. Прилагательное «клиническая» как бы подразумевает, что есть множество реальностей, а «клиническая» – только одна из них, или что есть, по крайней мере, две реальности – «объективная» и некая «клиническая реальность», с ней не совпадающая (по типу «виртуальной реальности», например). Однако в жизни дело обстоит иначе. Если проанализировать написанное клиницистами, мы увидим, что в их понимании этот термин содержит неявно подразумеваемое утверждение: есть некая объективная реальность, которую можно обнаружить с помощью клинического наблюдения (понятия «клиническая» и «объективная» отождествляются).<sup>3</sup> Для этого только наблюдение должно быть непредвзятым.<sup>4</sup> Для такого клинициста болезни представляются как существующие помимо нашего сознания, а история становления знаний – как постепенное, но неизбежное приближение к Истине.

Очень важно остановиться на этом моменте. Можно получить упрек в том, что все сказанное только что нуждается в доказательствах. Например, почему я считаю, что некие клиницисты отождествляли «клиническую» и «объективную» реальности, или что в вышесказан-

Всем, кому приходилось разговаривать с отечественными клиническими психиатрами или читать их статьи, не раз приходилось сталкиваться в спорах с весомым, с их точки зрения, аргументом: «Это же доказывает нам клиническая реальность!».

<sup>2</sup> Философский энциклопедический словарь – М.: «Советская Энциклопедия», 1983.

Словарь не очень новый, но поскольку со времен крушения социализма в доступной нам литературе мы не встретили указаний на пересмотр отечественной клинической психиатрии (КП) своих прежних убеждений, у нас нет оснований думать, что понятия КП включая «клиническую реальность», которые были ею выработаны при диалектическом материализме, сегодня ее не устраивают.

<sup>3</sup> Вот только несколько примеров: Гушанский Э.Л. (в статье «10-й пересмотр международной классификации болезней и национальная гордость» // Независимый психиатрический журнал, 1994, IV. С. 43) говорит о приоритете концепции над клинической реальностью, достаточно ясно давая понять, что здесь клиническая реальность – реальность объективная, а не какая-нибудь там концепция. Дадим слово и «клиническим авторитетам»: Клинический метод, как писал Г.К. Ушаков, «позволяет через внешние проявления проникать <...> в природу болезни, вскрывать законы течения ее...». Может быть, он имел в виду законы субъективности? Увы, в то время о таковых не помышляли... Прежде мне уже ставили в упрек, что этот автор, мол, не отражает взглядов большинства и даже вообще не заслуживает цитирования. Не могу с этим согласиться. Не питая никаких иллюзий по поводу научной значимости взглядов Г.К. Ушакова, не стоит забывать, что он был заведующим кафедрой крупного мединститута, через которую прошло не одно поколение врачей, унесших оттуда упомянутые идеи. Кроме того, приводимое нами изречение – единственное в доступной нам литературе, где хоть как-то сделана попытка объяснить, что же, собственно, представляет собой клинический метод, определения которого в отечественной литературе вовсе нет.

<sup>4</sup> В одном издании собирателю клинических наблюдений предлагается «...изложение фактов без личного толкования». Цитата взята нами из официального источника (Справочник по психиатрии. – М., 1985. С. 10), вышедшего в те годы, когда много мнения иметь не позволялось и каждое слово выходящей книги было санкционировано к официальному использованию. Многие учились по этим книгам, разделяли и разделяют написанное.

ном вообще что-то неявно подразумевается? Обычно и, кстати, в соответствии с клиническими традициями, доказательства строят на бесконечном цитировании источников\*. Не будем умножать уже процитированное и пойдем по другому пути – логического доказательства.

Вот доказательства того, что в отечественной клинической психиатрии явно, а чаще неявно отождествляются «клиническая реальность» и «объективная реальность», понятая 1) именно как независимая от нашего сознания, а часто 2) как материализованная реальность (якобы данная нам в понимание через «клинический метод»):

- выше приведенные высказывания;
- постоянный поиск «субстрата» психических болезней (история создание Института Мозга, поиск академиком Н. Бехтеревой «особых веществ» в биологических средах после сеансов гипнотизера Кашпировского, надежда академика А.В. Снежневского на будущее развитие физиологии и пр.);
- перманентные дискуссии о некоем соответствии наличных психиатрических классификаций «клинической реальности», с требованием (или надеждой) таковые получить;
- требование «непредвзятости наблюдения» при клиническом обследовании.

Из последнего вытекает дополнительное доказательство, которое для любителей точного знания (остальные могут не читать) мы сейчас представим в виде цепочки силлогизмов.

I Силлогизм: 1. Нам даны только два класса взаимоисключающих явлений: объективные и субъективные. 2. Нам даны только два типа взаимоисключающих наблюдений: непредвзятое и предвзятое. 3. Поскольку любое субъективное наблюдение называется предвзятым, то требование непредвзятости наблюдения неизбежно подразумевает его объективность.

II Силлогизм: 1. Итак, клиническое наблюдение – это объективное, непредвзятое наблюдение. 2. Объективному наблюдению, по определению, доступна и объективная реальность. 3. Стало быть, метод клинического наблюдения есть, в частности, и метод наблюдения «объективной реальности».

III Силлогизм: 1. Клиническое наблюдение есть, в частности, наблюдение «объективной реальности». 2. Сообразно прилагательному «клиническая», «клиническая реальность» выявляется только методом клинического наблюдения. 3. Отсюда «клиническая реальность» тождественна «объективной реальности».

Таким образом, мы только что с помощью формальной логики доказали отождествление клинической и объективной реальностей теми клиницистами, которые разделяют требование непредвзятости наблюдения.

Остается еще одна возможность, а именно – с помощью клинического метода наблюдать также и субъективную реальность. Действительно,

---

\* Под «клинической традицией» я подразумеваю действия тех клиницистов-ученых, кто уверен, что из повторяемости явлений (в данном случае цитат на одну и ту же тему) можно вывести некий закон. Для этого, мол, нужно только собрать побольше повторяющихся фактов (цитат), и чем их больше, тем надежнее вывод (что в клинической практике и подтверждается бесконечным сбором «клинических случаев»). На деле же никакой закон не может быть выведен на основании повторяемости явлений, ибо Закон всегда выходит за границы опыта (Д. Юм).

из общих соображений можно допустить, что объективными методами можно изучать и субъективный мир. (Например, как это практиковалось, для доказательства наличия души – взвешивать тело умирающего до и после смерти. Разница в весе служила доказательством улетучившейся на небо души...)

Как же клинический метод проникает в субъективное? Клиницисты скажут: путем вчувствования (и иногда добавляют «разумного вчувствования», полагая, что есть еще и неразумное).<sup>5</sup> Но, принимая «вчувствование» как атрибут клинического метода, мы как будто тотчас же выводим этот метод из разряда объективных. Или же ситуация становится еще интереснее, и мы вынуждены утверждать, что клинический метод – и объективный, и субъективный одновременно, а клиническая реальность – это и объективная, и субъективная реальность одновременно.<sup>6</sup> Мы еще вернемся к этому раздвоению понятия «клинической реальности». А пока затронем следующие вопросы:

- Возможно ли вообще «непредвзятое наблюдение»?
- Что такое «объективная реальность» и как ее можно увидеть?
- Что же такое на самом деле клиническое наблюдение и можно ли с его помощью увидеть «объективную реальность»?

Возможно ли «непредвзятое наблюдение»? Мы в своих прежних работах<sup>7</sup> уже пытались показать, что нет. Можно еще привести замечательную ситуацию, описанную К. Поппером. Он предлагал на лекции студентам «взять карандаши, наблюдать и записывать», после чего из аудитории тотчас следовал вопрос: «А что наблюдать?».<sup>8</sup> Этот простой пример показывает, что наблюдению всегда предшествует знание того, что нужно наблюдать. Откуда же берется такое знание? Понятно, что оно не является врожденным. Даже такое, казалось бы, сугубо биологическое явление, как половое поведение, и то нуждается в обучении и не развивается при изоляции, что хорошо известно держателям домашних животных, вынужденных приглашать «инструкторов по вязке». Что же тогда говорить о научном знании.

Знание наследуется экзогенетически, передаваясь через Школу. Нет никакой необходимости анализировать тексты различных психиатрических школ, чтобы доказать их несовпадение, порой до полного антагонизма, и даже по поводу самого факта существования психических болезней в их медицинском понимании (вспомним, например, Р. Лейнга<sup>9</sup>).

<sup>5</sup> «Критерий понятности» К. Ясперса, «Разумное вчувствование» Блейлера, «Чувство шизофрении» Рюмке – все эти понятия отечественная клиническая психиатрия сегодняшнего дня продолжает считать своими, плохо понимая, что они несовместимы с требованием «наблюдения без личного толкования».

<sup>6</sup> Это позволяло манипулировать понятием «клиническое» в зависимости от контекста (в том числе социального). В этом, на мой взгляд, кроется проблема злоупотреблений в психиатрии (которая, к слову, наблюдается не только в России), и, по-моему, проистекала не от злого умысла академиков, придумавших диагноз «вялотекущей шизофрении», а именно от программного неформулирования своих критериев определений и т.п. и провозглашения непредвзятого наблюдения.

<sup>7</sup> Зорин Н.А. Кризис клинической психиатрии: истоки и попытки преодоления (Философско-методологический аспект) // Философские Науки, 1989, № 8. С. 42-52.

<sup>8</sup> Поппер К. Логика и рост научного знания.

<sup>9</sup> Лейнг Р. Разделенное Я (Экзистенциальное исследование душевного здоровья и сумасшествия). – М.: Логос, 1992. С.165-176.

Любое наблюдение (и клиническое в частности) является предвзятым.

Все сказанное только что в самом общем виде показывает, что любое наблюдение (и клиническое в частности) является предвзятым. Если же переходить на частности, то сама история развития психиатрических знаний показывает нам эту ангажированность (термин Ж.П. Сартра), от предвзятости историко-культуральной до приверженности определенной школе (e.g. представления о «блуждающей матке» как причине истерии, «вселении дьявола» как причине сумасшествия, некоем «эндогенном процессе» – современном эвфемизме дьявола (которого теперь, к сожалению, уже нельзя изгнать...), морфо-функциональные теории шизофрении на основе КТ и МЯР и т.п.), а утверждение о существовании «советской, немецкой или русской психиатрических школ» – ничто иное как экзоплицитное признание ангажированности (resp. предвзятости) психиатрических воззрений.

Парадоксально, но искатели «объективной реальности» не хотят замечать отсутствия таковой и в рамках исследований одной школы, где психиатры зачастую не сходятся в трактовках, а психиатры разных стран порой вообще не могут найти общего языка даже для описания, казалось бы, одних и тех же явлений. Сталкиваясь с этим, исследователи обычно начинают обвинять другие школы в «предвзятости и ненаучности» наблюдений, приписывая «непредвзятость» и «научность» себе... Интересно, что при этом они даже не замечают, что, исходя из изложенного выше, слова «научность» (то есть предположение школы) и «непредвзятость» суть антонимы.

Описанная ситуация с «фактами» и «реальностью» много раз поднималась в науке: «...одно и то же явление, будучи обнаружено и описано, может оказаться весьма существенным и даже критическим для построений некоей данной научной школы и равным счетом ничего не значащим в построениях другой. Следуя обиходному пониманию факта, мы говорим, что «факт остается фактом» и что «факты – это упрямая вещь». Однако на деле это не совсем так, а подчас совсем не так. В методологии и логике науки «факт» понимается не как некий объект материального мира, а как элемент эмпирического уровня научного знания. В этом смысле «факт» – это научное положение, отображающее одну из многих сторон индивидуального объекта или конечной группы таких объектов. Согласно другому определению, «факт» есть проверяемое утверждение, выраженное в терминах той или иной концептуальной схемы. Отсюда следует, что некое наблюдаемое событие может стать «фактом» для той научной школы, теоретический язык которой позволит обозначить, назвать такое явление – и уже тем самым включить его в систему ранее сложившихся в рамках этой школы теоретических представлений. Для другой школы, с иной системой описательных терминов и понятийного аппарата, данное явление окажется не фактом, а артефактом, который будут относить за счет каких-либо предубеждений описавшего его исследователя или же за счет неточности его наблюдений».<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Панов Е.Н. Эмпирический факт и его трактовка в этологии. – Сб. Теоретические проблемы современной биологии. Пуццино, 1983. С. 104-118.

Перечисленное говорит нам об одном: «объективная реальность» не дана нам в ощущении в «объективном» виде. Никто принципиально не может сказать, какая она «на самом деле».<sup>11</sup>

И особенно странно слышать о каком-то «непредвзятом» или «объективном» наблюдении» от людей, по долгу службы ежедневно сталкивающихся именно с обманами восприятия той самой действительности, которую они числят объективной почему-то только в своем собственном восприятии (не говоря уже о том, что именно в их среде следует ожидать накопления лиц, имеющих склонность воспринимать реальность особым образом...).

Существует еще одно доказательство концептуальной привязанности восприятия и одновременно сомнительности существования некой независимой от сознания «объективной реальности». Оно убедительно сделано, правда, по другому поводу, психологом А. Тхостовым. Экстраполируя теорию зонда (Н. Бор, 1971; Леонтьев, 1975) на возникновение сознания, автор пишет о его появлении только в точке соприкосновения с «иным», без чего сознание остается только «черной дырой» чистого познающего Его, не имеющего ни формы, ни содержания и ускользающего от любой формы его фиксации. Феноменологически это проявляется в интенциональности сознания, являющегося всегда «сознанием о» (Брентано, 1924; Гуссерль, 1973). Сознание – «ничто» в том смысле, что невозможно найти феномен, о котором мы могли бы сказать, что вот именно это и есть сознание. Ни один сознательный феномен не обладает привилегией представлять сознание (Сартр, 1988).<sup>12</sup>

В этом смысле психиатрическое Знание возникает на границе столкновения с психиатрической теорией. Сознание «ангажируется» теорией, отливаясь в ее форму, в «сознание о психиатрии».

Казалось бы, все очевидно. Однако есть нечто, что поддерживает иллюзию возможности «объективного» знания о болезни.

Это прежде всего то явление, что в большинстве так называемых грубых клинических случаев психиатры самых различных направлений все-таки сходятся в одном: факте наличия психической болезни, споры о названии которой уже потом приписывают «дефектам» наблюдения, обвиняя друг-друга в «необъективности», а серьезные расхождения в «невыраженных» случаях болезни списывают на принципиально преодолимое несовершенство диагностики (нужно еще более «тонкое», более подробное, более разработанное описание, еще более мощный микроскоп, более информативный тест и т.п.).

Почему же возможно такое согласие?

Думается, что все научные и наукообразные концепции всей мировой психиатрии, как и обыденных представлений о ней, «нанизаны» на

«Объективная реальность» не дана нам в ощущении в «объективном» виде. Никто принципиально не может сказать, какая она «на самом деле». Особенно странно слышать о каком-то «непредвзятом» или «объективном» наблюдении» от людей, по долгу службы ежедневно сталкивающихся именно с обманами восприятия той самой действительности, которую они числят объективной почему-то только в своем собственном восприятии (не говоря уже о том, что именно в их среде следует ожидать накопления лиц, склонных воспринимать реальность особым образом).

<sup>11</sup> Именно это обстоятельство позволило В.В. Налимову утверждать кощунственную, с точки зрения обывательского мышления, вещь, что само разделение реальности на объективную и субъективную не имеет смысла (личное сообщение В.В. Налимова. 1996).

<sup>12</sup> Тхостов А.Ш. Топология субъекта (опыт феноменологического исследования) // Вестн. Моск. ун-та, Сер. 14, Психология, 1994, № 2. С. 5.

некую связующую нить, которая и делает возможным согласие всех психиатров в таком отправном вопросе, как наличие психических отклонений вообще (отклонений, которые только в процессе социализации стали медицинскими понятиями, получив названия заболеваний, и, только став таковыми, вступили в противоречия между собой, уже как понятия разных школ).

Что это за «нить»?

На рассудочном уровне это сугубо социальное явление – неписанная конвенция о том, что психические отклонения должны существовать. Это тот класс вопросов, например, что мир материален, что он подчиняется неким законам, что он принципиально познаваем и т.д., которые в любой системе рассуждений должны приниматься без доказательств, ибо эти понятия являются конечным звеном логического регресса цепочки доказательств.

С другой стороны, есть основание полагать, что такое убеждение есть также и производное чувств, ощущений, неких интуиции. В соматической, телесной медицине они обозначены, например, как «Vigor Vitalis» «старых авторов», «Валовое чувство» И.М. Сеченова и т.п. Здесь эти понятия спроецированы вовнутрь, являясь самоощущениями. Можно предположить, что они могут проецироваться и вовне.

Базисной интуицией, по определению присущей всем людям, а не одним лишь врачам (и, вероятно, не только людям), для психиатрии является ощущение инакости в отношении больных (в том числе и душевнобольных).

Представляется, что для психиатрии такой базисной интуицией, по определению присущей всем людям, а не одним лишь врачам (и, вероятно, не только людям), является ощущение инакости в отношении больных (в том числе и душевнобольных).<sup>13</sup> Как справедливо отмечалось, принципиально нельзя испытывать ложные чувства и ощущения, ибо доказательством их реальности являются они сами.<sup>14</sup> Именно это уже на уровне осмысления этих чувств, когда им уже присвоено имя (Лосев),<sup>15</sup> и дает непоколебимую уверенность в объективном существовании инакости, но уже в виде болезней, синдромов, симптомов и пр. и т.п. Первичное «объективное» чувство инакости сливается с его логическим осмыслением, то есть означает, и дотеоретическое,

---

<sup>13</sup> Я не обсуждаю сейчас природу этого явления. Вероятно, что такое чувство возникло филогенетически, как необходимое для выживания вида, и тогда есть основания думать, что оно присуще не только человеку. В любом случае этот вопрос остается в нашей работе открытым.

Еще одно: есть основания опасаться, что базальные явления биологической природы имеют тенденцию атрофироваться в результате искусственного социального отбора, «за ненадобностью» (как, например, материнский инстинкт, сосательный рефлекс и пр.).

<sup>14</sup> Идея восходит к Л. Витгенштейну (см. его работу «О достоверности»), но в приведенном нами виде эксплицирована А.Ш. Тхостовым (Болезнь как семиотическая система // Вестн. Моск. ун-та, сер. 14, Психология, 1993. № 4).

<sup>15</sup> «Видя знакомого мне человека, я могу, конечно, отвлекаться от того что это мой знакомый, что это вообще человек, даже от того, что это живое существо, я могу представить себе близкого знакомого мне человека, как некую единицу, единицу неизвестно чего. Можно сказать – единица веса, напр., килограмм, единица меры, напр., метр. Но пусть я совершенно отвлекусь от всякого привнесения содержательных моментов в свое исчисление. Что же, можно ли будет тогда сказать, что я имею реальное и адекватное знание о своем близком знакомом? Конечно, нет. Реальное, жизненное и адекватное знание будет только тогда, когда я зафиксирую не только число, но и качество, и не только качество, но и цельный лик данного предмета, и не только цельный лик, но и все те глубинные возможности, которыми он принципиально располагает и которые так или иначе, рано или поздно в нем проявятся. Это и значит зафиксировать миф данного предмета и дать ему имя». «Мифология – основа и опора всякого знания и абстрактные науки только потому и могут существовать, что у них есть та полнокровная и реальная база, от которой они могут отвлекать другие абстрактные конструкции». Лосев А.Ф. Философия имени. – М.: Правда, 1990. С. 162, 163.

эйдетическое знание, представляющее собой (по А.Ф. Лосеву) аффективное ядро мифа, соединяется с научным (ощущение + название + объяснение) и рождает «фантом реальности» (А.Тхостов),<sup>16</sup> в нашем случае – фантом клинической реальности.

Общность этих базисных интуиции не только обеспечивает взаимопонимание людей, но и является причиной их общих заблуждений. Фантомы реальности принимаются за истинную «объективную» реальность.<sup>17</sup>

Нет, однако, никаких причин относить эти интуиции к области науки, так как они являются формой донаучного знания (А. Ф. Лосев). Они в принципе ей противопоставлены. Отсюда следует, что феноменология, в ее первоначальном смысле (как форма дотеоретического знания), принципиально не может претендовать на звание науки. Последняя начинается там, где начинается теория.

Теперь мы можем вернуться к вопросу о раздвоении понятия «клиническая реальность». Надо специально оговориться, что как раздвоенность она выступает лишь в анализе, но в умах психиатров она неосознанно существует именно в двуединой и неделимой ипостаси: и как реальность объективная, и как субъективная одновременно. Лучшее доказательство сказанного – термины: «*grasox gefuhl*», сочетающий в себе и чувство, и несомненное знание, где первое – некое свойство природы, а второе – результат обучения (школы), а блейровское «разумное чувствование» – то же, но в обратном порядке.

Откуда же это слияние? По-видимому, от обязательного присутствия в познании чувственного и логического компонентов (право и левополушарных) одновременно, которые в норме не представлены в сознании по отдельности.

Но следствием выше приведенных рассуждений будет весьма ответственное утверждение, что для психиатра в суждениях о болезнях непредвзятым может являться только «чувство инакости», только «*gefühl*», без «*grasox*», и ничего более. Все последующее всегда уже предвзято. Все это ни хорошо и ни плохо, оно просто есть, и более того, по-другому и быть не может.

Такие «свернутые перцептивные зонды», иначе говоря, хорошо усвоенные и хорошо отработанные и оттого ставшие неосознаваемыми, теоретические конструкты и навыки теоретически нагруженной практики, как уже было сказано, также создают иллюзию объективности, «натуральности», некой «природной данности». Они «прозрачны» для субъекта, ибо не требуют для своего появления никаких усилий.

Действительно, что может быть «естественней», чем, протянув руку, взять лежащий на столе предмет? Ведь при этом не вспоминают о том,

А то, что апологеты «беспристрастного наблюдения» числят внетеоретическим, а, стало быть, «объективным знанием», является всего лишь «свернутыми перцептивными зондами» (А. Тхостов), неосознаваемыми паттернами усвоенных, а значит субъективных, теоретически нагруженных знаний (вот тут и начинаются «*grasox*»).

<sup>16</sup> Тхостов А.Ш. Топология субъекта (опыт феноменологического исследования) // Вестн. Моск. ун-та, сер.14, Психология, 1994, № 3. С.8.

<sup>17</sup> Выражение «фантом реальности» вовсе не означает ее – реальности – ложность. Он лишь призван показать, что реальность неоднозначна (в обыденном сознании истина всегда одна), без познающего разума реальность – психически неструктурированный бульон материи, рассуждения о котором «вообще» не только бессмысленны, но и в принципе немислимы. Сравни с фантомными ощущениями отсутствующей бесконечности.



сколь сложным был этот акт в период обучения ему в раннем детстве. Равно как, глядя на апельсин, никому не приходит в голову, что «представление об апельсине» у слепого человека не имеет с нашим ничего общего, и, внезапно прозрев, он не узнает его, предварительно не ощупав. А, натолкнувшись в темноте на незнакомый предмет, никто из зрячих не сможет отчетливо сказать, что, собственно, это было.

Подтверждением наличия «свернутых перцептивных зондов» как неосознаваемых, приобретенных схем, решеток, паттернов служит также уже обсуждавшийся в философии вопрос.

Существует идущая еще от Ф. Бекона идея, сформулированная позднее Уорфом, которая утверждает, что языки и схемы реакций, содержащиеся в них, не просто представляют собой инструменты для описания событий (фактов, положений дел), а являются также их формообразующими матрицами. Их «грамматика» содержит некоторую космологию, всеобъемлющее воззрение на мир, общество и положение в нем человека, которое оказывает влияние на мышление, поведение и восприятие людей.<sup>18</sup>

Эта гипотеза объясняет, почему нам понятно происходящее в рамках нашего языкового пространства и не очень понятно, или вовсе непонятно то, что происходит в пространстве иного, например, иностранного языка<sup>19</sup> (особенно если речь идет о «второй ступени искажений» – душевной болезни представителя другой культуры).<sup>20</sup>

Цепочка приведенных рассуждений была призвана показать, что клинический метод, если его понимать как некий инструмент описаний, будет описывать реальность, уже заложенную в его осознаваемой или неосознаваемой теоретической схеме. Если же понимать его только как вчувствование, то вопрос о его научности, равно как и о научной объективности, отпадает сам собой. Клиницисты очень облегчили бы проделанную нами работу, если бы до того, как говорить о некой «клинической реальности», однажды потрудились определить, что они называют клиническим методом.

## ■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наши рассуждения начинались с вопроса о соответствии некой классификации «клинической реальности». Теперь мы можем утверждать следующее.

1. «Клиническая реальность», как и любые построенные на ее основе классификации, суть разновидности субъективной реальности.

---

<sup>18</sup> Файрабенд П. Против методологического принуждения. Очерк анархистской теории познания. – Избранные труды по методологии науки. – М.: Прогресс, 1986. С.372

<sup>19</sup> Если принимать в расчет концепцию «порождающих грамматик» Хомского и некоторые идеи Марра, можно построить гипотезу об общечеловеческих конструктах, очевидно, и дающих общечеловеческое взаимопонимание, но все эти вопросы выходят за рамки настоящей работы.

<sup>20</sup> Отсюда вытекает неадекватность существующей практики «пересмотра» психиатрических диагнозов иностранными экспертами. Их роль должна быть ограничена лишь констатацией социальных злоупотреблений, то есть вопросами вменяемости и обоснованности стеснения.

В этом нет ничего плохого и ничего страшного, если отказаться от мифологических представлений бытового сознания о наличии одной единственной Истины, к познанию которой стремится «прогрессивно развивающаяся Наука».

2. Любая клиническая классификация никогда не соответствует объективной реальности (если таковую вообразить), но всегда соответствует субъективной реальности. В этом смысле заявления, например, создателей DSM III о якобы ее принципиальной «атеоретичности», выглядят, по меньшей мере, наивными.<sup>21</sup>

Более того, классификация, будучи одной из форм конвенционального межсубъективного представления, однажды возникнув, в дальнейшем эту действительность формирует. «Классификации... определяют наше отношение к классифицируемому объекту или событию».<sup>22</sup>

3. Однако эти утверждения имеют смысл, только если противопоставлять объективную и субъективную реальности. Нужно признать, что сам вопрос «о соответствии» был сформулирован некорректно. В ментальном пространстве существует только одна реальность – реальность познающего разума, и она всегда истинна.

Приведенная в эпиграфе классификация (на мой взгляд – аналог некоторых существующих клинических классификаций) была использована М. Фуко<sup>23</sup> как иллюстрация того, что все перечисленные предметы «встречаются» только в нашей голове.

4. В этом смысле критерием «объективности», «истинности» чего-либо (классификации, гипотезы, теории) будет не надуманное соответствие ее некоей «объективной реальности», а соответствие некоей социальной практике – критерию истины. Принятие классификаций диктуется нуждами практики, и они всегда истинны для тех, кто конвенцию подписал (включил их в свою практику), и всегда ложны для тех, кто с нею не согласен.

<sup>21</sup> То же в отношении ICD-10 было отмечено Циркиным С.Ю. Социальная и клиническая психиатрия, 1993, № 4. С.109-118. А на С. 117 подтверждается и последний вывод нашей работы (см. текст).

Добавление 2008 г.: особенно смешным выглядит ее «атеоретичность» в свете исчезновения из нее диагноза «гомосексуализм», под давлением нетрадиционно ориентированных психиатров, попытки феминисток вытеснить из нее «оскорбляющий их» диагноз «менструальный синдром» и т.п., и т.д.

<sup>22</sup> Hayakawa SI, Hayakawa AR. Language in thought and action. 5th ed. San Diego: Harcourt Brace & Company, 1990: 111.

<sup>23</sup> Фуко М. Слова и вещи.