

На данный момент в библиотеке MyWord.ru опубликовано более 2000 книг по психологии. Библиотека постоянно пополняется. Учитесь учиться.

Удачи! Да и пребудет с Вами.... :)

Сайт www.MyWord.ru является помещением библиотеки и, на основании Федерального закона Российской Федерации "Об авторском и смежных правах" (в ред. Федеральных законов от 19.07.1995 N 110-ФЗ, от 20.07.2004 N 72-ФЗ), копирование, сохранение на жестком диске или иной способ сохранения произведений размещенных в данной библиотеке, в архивированном виде, категорически запрещен.

Данный файл взят из открытых источников. Вы обязаны были получить разрешение на скачивание данного файла у правообладателей данного файла или их представителей. И, если вы не сделали этого, Вы несете всю ответственность, согласно действующему законодательству РФ. Администрация сайта не несет никакой ответственности за Ваши действия./

ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ



А.Ш.Тхостов

ПСИХОЛОГИЯ

ТЕЛЕСНОСТИ

Рекомендовано Советом УМО

по классическому университетскому образованию

*в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся
по специальностям «Психология», «Клиническая психология»*

Москва

Смысл

2002

УДК 159.91 ББК 88 к / Т 927

Издание осуществлено при поддержке

Российского фонда фундаментальных

исследований по проекту № 01—06—87082

Тхостов А.Ш.

Т 927 Психология телесности. — М.: Смысл, 2002.

— 287 с.

Книга посвящена новой области психологического знания — психологии телесности. В первой части рассматриваются теоретические аспекты проблемы, обсуждается специфика, методологические парадоксы и трудности понимания телесности как психологической, культурологической и семиотической проблемы, во второй — излагаются результаты конкретных эмпирических исследований, оценивается роль исследованных параметров для понимания патологии телесности, соматоформных расстройств, прогнозирования результатов психотерапевтического воздействия.

Книга представляет интерес для психологов, философов, медицинских работников, студентов университетов и медицинских институтов.

ISBN 5-89357-111-8

© А.Ш. Тхостов, 2002.

© Издательство «Смысл», 2002.

Введение

Важность исследования телесности человека настолько очевидна, что она стала центральной проблемой целого цикла биологических и медицинских наук. С реальностью телесного существования человек сталкивается постоянно. Хотя в обыденной жизни он часто не замечает своего тела, у телесности есть много способов себя обнаружить. Один из самых распространенных и наиболее неприятных — болезни, когда тело проявляет себя в совокупности болезненных интрацептивных ощущений. Помимо этого существует и весьма обширная область «нормальной» телесности: существование тела обнаруживается практически в каждый момент нашей жизнедеятельности в виде ли «слабости», «усталости», или, напротив, «силы», «возбуждения» и пр. Тело совершенно «явным» образом обнаруживает себя в области сексуальности, эротики, религиозного опыта, пусть даже иногда и в превращенной форме «телесного усмирения». Если в современной философии тело понимается как «решающий момент в генезисе объективного мира» (*Мерло-Понти*, 1999), а в современном психоанализе оно представляет собой первичную, «ядерную» форму существования субъекта (*Bergeret*, 2000), то для психологии его как бы не существует. Не существует не только в том смысле, что современная психология остается в значительной степени бесполой, но и в том, что если попытаться на основании психологических публикаций создать некий схематический образ человека, учитывая внимание, уделяемое отдельным областям физического тела, то мы получим «гомункулуса», состоящего из огромного мозга, не очень больших половых органов и

еще, может быть, лица. Не существует и никакой собственно психологической концепции телесности; тело понимается как область, абсолютно рядоположная организму, как некий материальный субстрат или, скорее, «место обитания» психического, и несмотря на свою самоочевидную важность телесность оказалась «теоретически невидимой» для психологии. Обсуждая телесное восприятие, авторы учебников по психологии излагают данные, которые скорее можно отнести к анатомии или физиологии интрацептивных анализаторов, нежели к психологии (Ананьев, 1960, 1961; Лурия, 1964, 1977; Рубинштейн С.Л., 1999).

Декларируя психосоматическое единство человека, психология занимается преимущественно явлениями сознания или высшей психической деятельности, а телесность остается для нее чуждым, натурально организованным и природно готовым к жизни качеством. Утвердившийся в психологии «бестелесный» подход сводит всю сущность человека к его сознанию, не замечая того, что сама телесность в ходе прижизненного развития теряет свой природный, натуральный характер, очеловечиваясь и приобретая качественные изменения. «...Гораздо раньше, чем человек начнет манипулировать с внешними объектами, практически с первых дней жизни ему постепенно, поэтапно прививают навыки культурного осуществления таких важных человеческих функций, как умение по-человечески есть, пить, выделять экскременты, ходить и пр.» (Тищенко, 19875, с. 189). Телесность человека — это первый в онтогенезе предмет овладения и трансформации в универсальное орудие и знак. Эта трансформация не безразлична и для самой функции, и для ее понимания.

Главная идея, введенная в современную психологию Л.С. Выготским, его учениками и последователями, заключается в том, что натуральные психические функции, превращаясь в собственно человеческие, «высшие», прижизненно формируемые, социальные по происхождению, — радикально меняются (Лурия, 1974; Леонтьев А.Н., 1961; Эльконин, 1963; Запорожец, 1967; и др.). Человек овладевает своими психическими функциями, опосредствуя их «психологическими орудиями» — знаковыми системами. Натуральные и «опосредствованные» функции схожи только внешне, они разным образом реализуются, по-разному управляются. Опосредствованные функции создаются над натуральными «путем надстройки новых образований над старыми, с сохранением старых образований в виде подчиненных слоев внутри нового целого» (Выготский, 1956, с. 488).

Однако, как ни парадоксально, из исследования процесса становления человека — социализации и опосредствования его функ-

ций, — выпала одна из фундаментальных сторон — природная жизнедеятельность самого человека, его телесное бытие. Это касается как освоения социализированных форм осуществления телесных функций (еды, питья, выделений, сексуальных отправлений), так и огромной области культурных способов переживания и проявления телесных болезненных расстройств.

Интрацепция осталась неразработанной областью психологии и трактовалась как «низшая», архаичная, физиологическая форма перцепции, на которую не распространялись общепсихологические закономерности человеческого восприятия. При таком подходе клиническая психология сталкивается с серьезными теоретическими затруднениями в осмыслении целого ряда фактов. Физиологическое понимание интрацептивного восприятия, связывающего качество и интенсивность субъективного переживания с качествами и интенсивностью стимула, не подтверждается ни клиническим опытом, ни специальными научными исследованиями, ни обыденным опытом человека. Существует целый спектр крайних случаев таких расхождений: от отсутствия каких бы то ни было ощущений, несмотря на значительные телесные повреждения, до ипохондрических ощущений, обладающих всеми признаками психологической реальности, но не имеющих под собой действительных оснований (*Dupre*, 1925; *Ротштейн*, 1961; *Мел-зак*, 1981; *Карвасарский*, 1980; *Buytendijk*, 1966; *Смулевич*, 1987). Подобные диссоциации очень часто встречаются в клинической практике: ипохондрический синдром, например, является наиболее распространенным, но при этом и наименее исследованным психопатологическим феноменом.

Интрацептивное восприятие не может быть однозначно определено свойствами раздражения, а зависит от оценки ситуации, значения телесного ощущения, его смысла, мотивации человека, принадлежности к определенной культуре, индивидуального опыта и других психологических факторов, влияние которых на телесное восприятие невозможно отрицать, но весьма трудно понять, оставаясь в рамках «натуральной» схемы. Изучение механизмов такого влияния имеет очень длительную историю «и, однако, вопреки этой длительности истории психосоматической идеи, трудно назвать какое-либо другое направление медицинской мысли, которое порождало бы столько же ожесточенных споров, которое было бы так же бедно согласованными представлениями о природе (т.е. о закономерностях, принципах, механизмах) фундаментальных фактов, в *реальности* которых... никаких сомнений не возникает» (*Прангиш-вили, Шерозия, Бассин*, 1978, с. 196).

Решение этой проблемы весьма актуально и в практическом смысле. Игнорирование наукой какого-либо феномена еще не означает его отмены, и он заставляет с собой считаться, проявляясь зачастую в патологической форме. «Бестелесная» психология и педагогика упускают целые пласты важнейшей реальности человеческого существования, сталкиваясь с ней лишь в форме «ущербности», искаженного развития или патологии, а «организменная» медицина демонстрирует свою нарастающую дегуманизацию, кризис доверия, беспомощность теоретического понимания и лечения расстройств, патогенез которых выходит за рамки физиологических изменений.

Актуальность этой проблемы усиливается с ростом числа психосоматических заболеваний, неврозов, трудностями проведения эффективной реабилитации, с расширением парамедицинской альтернативной практики. По мнению экспертов Всемирной Организации здравоохранения, одной из самых важных медицинских проблем ближайших десятилетий будет невозможность эффективного лечения большого числа больных, обращающихся в учреждения медико-санитарной помощи с постоянными жалобами, которые трудно соотнести с тем или иным органическим поражением (*Сарториус*, 1983).

Часть 1

Теоретические проблемы психологии телесности

Глава 1

В поисках истинного объекта:

ТЕЛО КАК МЕХАНИЗМ

1.1. Принцип объективизма в исследованиях интрацепции

Хотя в качестве отдельной онтологической проблемы тело для психологии и не существует, есть как минимум две области, которых нельзя избежать: телесное (интрацептивное) восприятие и произвольное управление телом и его функциями. Но даже в рамках этих относительно ограниченных областей психологи сталкиваются с трудно разрешимыми проблемами. Кажущаяся простота такого объекта исследования как тело по сравнению, например, с сознанием, мышлением или речью, на деле оборачивается обострением самых фундаментальных и трудно разрешимых теоретических вопросов философии и психологии: психофизической и психофизиологической проблем, онтологии субъекта и его активности, втягивая исследователя в воронку метафизических противоречий. Именно поэтому, на мой взгляд, область телесной чувствительности по умолчанию относится к некой архаичной, натурально-организованной и исключительно физиологической по своему устройству сенсорной системе. В каком-то смысле для физиологии она даже наиболее модельна. Если работа слуха и зрения все же не может быть исчерпывающе объяснена на физиологическом уровне и приходится примиряться с существованием психологии воспри-

ятия, то интрацепция до настоящего времени существует без этого усложняющего дополнения.

Сложившаяся ситуация не случайна и вытекает из самой логики естественно-научного подхода, делающего психологию принципиально избыточной. В настоящее время мало кто может решиться на подобное открытое заявление, напротив, считается очень современным ссылаться на важность и нужность психологии, но стоит перейти от деклараций к реальности, легко обнаруживается, что она не так просто вписывается в господствующую систему научного знания. Можно даже сказать, что для нее там не предусмотрено места. Апелляция к психологии возникает только тогда, когда очевидной становится недостаточность естественно-научного, объективного объяснения какого-либо феномена. При этом рассуждение переводится как бы в плоскость иной реальности, обнаруживающей себя лишь в исключительных случаях. Рожденная простым соединением химера оказывается нежизнеспособной и логическая последовательность побуждает исследователя максимально ограничиваться рамками объективных закономерностей, а психологию ставит в маргинальное положение, заставляя каждый раз оправдывать свое право на существование.

Совершенно естественно, что отсутствие разработанной психологической теории интрацепции и даже просто серьезных доказательств нужности такой теории привело к тому, что медицина, имеющая дело с проявлением через телесность и интрацептивные ощущения болезненных состояний, пользуется исключительно анатомическими и физиологическими объяснениями.

Чтобы правильно понять создавшуюся ситуацию, следует сначала проанализировать общеметодологический подход, лежащий в основе современной науки, показав затем его реализацию в конкретных физиологических и медицинских взглядах на сущность телесных ощущений, причины их возникновения, связь с болезнью и механизмы формирования симптомов.

Основополагающим методологическим постулатом науки нового времени служит первичное расчленение реальности на две принципиально различающихся области: объективную — все, что является миром, и субъективную — содержание сознания и психики. Субъективное, хотя и реально, но принципиально отличается от объективного тем, что не материально и вторично по отношению к нему. Эта вторичность реализуется в виде интерпретации субъективности как отражения субъектом объективного мира, понимаемой как «метафора печати» (*Ортега-и-Гассет*, 1990).

Само по себе качество отражения не присуще исключительно субъективному. Отражение в неживой природе проявляется в виде

результата взаимовлияния, механической деформации, изменения направления, формы, состава и пр. На животном уровне отмечается возникновение нового свойства — чувствительности, позволяющей дифференцированно отражать свойства объекта. Человеческому отражению в виде специфической формы — сознания — свойственна активность, продуктивность и интенциональность. При этом, именно последнее качество — наиболее сложное, темное и спорное место, прояснению которого посвящено огромное количество философских и психологических работ (*Bruner, Postman*, 1949; *Gibson*, 1950; *Foucault*, 1963; *Леонтьев А.Н.*, 1975, 1983; *Зинченко, Мамар-дашвили*, 1977; *Лекторский*, 1980; *Смирнов С.Д.*, 1983а, #, 1985; *Ор-мега-и-Гассет*, 1990).

Однако в силу внутренней непоследовательности исходной позиции, трудностей разрешения логического противоречия между «страдательностью» субъекта, испытывающего действия объективного мира, его вторичностью с одной стороны, и активностью и интенциональностью — с другой, эта проблема стала предметом исключительно теоретических спекуляций. В рамках же конкретных, естественных наук сформировалась методология объективного подхода, исключившая субъекта из онтологии бытия.

Наиболее распространенными стали представления о том, что реально существует лишь вещественный мир, построенный с помощью физических линеек и часов и поэтому, в идеале, любое научное изучение должно быть сведено к соответствующим физическим измерениям. Если реально существуют лишь физические объекты, то конечной целью любой науки должно стать сведение исследуемой реальности к наиболее простым физическим сущностям. При этом мерой зрелости науки и ее «естественности» будет служить разработанность правил такого сведения и их реализуемость. «Понятым» явление или объект становятся, лишь если через конечную последовательность шагов они могут быть редуцированы к неразложимым далее элементам: полям, атомам и пр., подчиняющимся единым физическим законам.

Проще всего такой подход реализуется в естественных науках, имеющих дело с физически измеримыми объектами, сложнее — в гуманитарных, объектом которых, собственно, и должно быть субъективное, и уже совсем запутанная ситуация возникает, когда объектом становится человек, одновременно выступающий как физическая и идеальная сущность. Интенционально содержащаяся последовательная жесткая онтологическая позиция — «не умножать числа сущностей сверх необходимого» — толкает исследователя в целях объективности реализовать наиболее «сущностное» объяснение, не замечая осуществляющегося при этом перехода в «другое»

пространство» и утраты предмета. Реальность психического, самоочевидная для каждого, знакомого с ней на собственном опыте, служит излюбленным объектом такого редукционизма. Постулирование новой реальности — реальности психического, не сводимой к какой-либо существующей до нее, — не выдерживает автоматического перенесения единых и общепризнанных законов, подвергая сомнению их универсальность и всеохватность. Обойтись малыми уступками в этом случае невозможно. Это либо скачок за границу качественно «иного», либо, если это не «иное», то не следует и создавать никаких границ, необходимость которых возникает лишь при признании онтологической несводимости. Сделать же такое признание в рамках объективного подхода затруднительно, ибо оно противоречит убеждению в том, что «природа едина, и существует возможность в идеале свести мир к нескольким сущностям» (Барт, 1989, с. 58). В предельном виде такое мировоззрение сформулировано в знаменитом изречении Лапласа о том, что «существо, способное охватить всю совокупность данных о состоянии Вселенной в любой момент времени, могло бы не только предсказать будущее, но и до мельчайших подробностей восстановить прошлое» (Цит. по: Тоффлер, 1986, с. 14).

До сих пор объективизм с трудом преодолевается и осознается первая из качественных границ, отделяющая живое от неживого. Хотя, в конечном итоге, пришлось пойти на введение онтологического понятия «жизни», попытки редукции биологии к физике или химии не прекращаются. Та же самая ситуация наблюдается в психологии. Ее особенность лишь в том, что физические и химические «объяснения» довольно редки, тогда как биология или нейрофизиология (сами по логике рассуждения обязанные доказывать свое право на существование) на протяжении всей новой истории, вплоть до настоящего времени, стремятся «объяснить», подменить или вообще отменить психологию.

Кроме «экономии мышления», онтологическое исключение субъекта из научного исследования обусловлено еще и тем, что объективизм принципиально не может разрешить субъекту какой-либо активности. «...То, что исследуется, не может рассматриваться в качестве причины самого себя (субъекта). Иными словами, любое событие, происходящее с объектом, должно рассматриваться как обусловленное внешней причиной. Без действия внешних причин объект должен находиться в "покое" или "равномерном прямолинейном движении". Этот чисто механический принцип "инерции" универсально действует в любом научном исследовании — физическом, химическом, биологическом, психологическом, социологическом и т.д. В самом деле, мы только в том случае можем установить

причинную связь между действующим фактором и изменением объекта исследования, если будем уверены, что реально сущее (объект) не произвел это изменение в силу собственной (внутренней) необходимости» (Тищенко, 1991а, с. 114). Интуитивная очевидность «принципа инерции» базируется на свойственной человеческому мышлению иллюзии «понятности»: явление понятно, если мы можем найти его внутреннюю логику, т.е. линейную последовательность событий.

Поэтому субъекту нет места в онтологии: ни в качестве сущности, ни в качестве объекта научного исследования. Реальные «истинные» события происходят вне него, нужда в нем отпадает и он может без ущерба быть заменен на настоящий объект — организм в виде трупа или сложного, работающего по физическим законам механизма (в них эта линейная последовательность кажется «очевидной»). Главная задача — это выяснение устройства этого механизма, его сенсорной, воспринимающей части, проводниковых путей, нервных структур, их пространственной организации, биофизических и биохимических основ их работы. Нарушения могут происходить лишь в физическом пространстве тела; психика успешно заменяется нервной системой, а психология — физиологией и анатомией ЦНС.

Одной из первых работ, где такой подход не только осуществлялся, но и отчетливо рефлексировался, была работа Ч. Белла, в которой он пытался, проследив пути нервных волокон, познать структуру мозга и расчленив душевную жизнь на первичные элементы {Bell, 1842}. По замечанию М.Я. Ярошевского, это был случай, когда в качестве инструмента анализа выступал не классический психологический метод интроспекции, а хирургический нож {Ярошевский, 1976}.

Сам З. Фрейд в начале своей научной карьеры предлагал объяснить внутренние психические явления объективными количественными понятиями. «Цель психологии, — писал он в незаконченном «Проекте научной психологии», — представить психические процессы в количественно определяемых состояниях специфических материальных частиц»¹ (Цит. по: Ярошевский, 1976). Даже само название «психоанализ», заимствованное из идеальной, по мнению З. Фрейда, науки — химии, должно было подтверждать объективистские ориентации нового научного направления (Chertok, Stengers, 1987, 1988).

¹ Подобных убеждений, свойственных науке конца XIX в., З. Фрейд придерживался до конца своей жизни; во всяком случае, он их подтвердил как минимум еще дважды: в английском издании «По ту сторону принципа удовольствия» и в «Новых лекциях».

Конец XIX в. ознаменовался полным торжеством объективного подхода, когда все явления стали объясняться сугубо механико-материалистически. В медицине, например, после работ Вирхова господствовало убеждение, что если под микроскопом невозможно обнаружить никаких изменений в клетке, то и нет оснований говорить о болезни. Однако успешная реализация онтологического исключения субъекта могла произойти при выполнении еще одного обязательного условия: его гносеологического исключения.

В субъект-объектном расчленении мира субъект трансцендентен по отношению к наблюдаемому. Научное описание «... объективно в той мере, в какой из него исключен наблюдатель, а само описание произведено с точки, лежащей *de jure* вне мира, т.е. с божественной точки зрения, с самого начала доступной человеческой душе» (*Пригожий, Стенгерс*, 1986, с. 67). Реальность описывается как бы абсолютно «прозрачным» субъектом, ничего не меняющим самим фактом своего отражения, и мир предстает в своей данности таким, каким он существует в реальности. События происходят только в объективном мире. Связь с субъектом протекает только в одном направлении: от стимула, непосредственно воспринимающегося субъектом и «проскакивающего» через порог субъективного, как если бы его не было вообще.

Удивительно, что идея «прозрачности», противоречащая самим основополагающим аксиомам субъект-объектного противопоставления, не вызывает особенных возражений. Установив с самого начала принципиальную нетождественность субъекта объекту, «прозрачность» разрешает стимулу беспрепятственно перетекать в идеальный субъективный образ (правда, не очень ясно, в каком виде: в качествах стимула, разрядов нервных клеток или химических медиаторов). Это весьма трудно понять, так как со времени Аристотеля было сформулировано понятие отражения как воспроизведения особенностей отражаемого объекта без переноса его вещества. Если же «вещество» стимула запускает «вещество» субъекта, они должны иметь место встречи в виде некоторой области, природа которой была бы для них едина.

Схема рефлекторного автомата, лежащая в основе объективистского понимания человека, без особых изменений унаследованная от Декарта, была дополнена им сложными формами психики. Они не имели к чувственности никакого отношения и основывались на «созерцании врожденных идей при естественном свете разума». Значительно труднее решить эту проблему, отказываясь от дуализма. В этом случае необходимо на том или ином этапе рассуждения, исключив субъекта, допустить идентичность объективного и субъективного.

Сформулированная И. Мюллером и Ч. Беллом теория «специфических энергий органов чувств» трактовала ощущения, запускаемые материальным воздействием стимула, как состояния, воспроизводящие свойства самой нервной системы (*Muller, 1826, 1840; Bell, 1842*). Скрытая в органе «специфическая энергия» разряжается под воздействием внешних стимулов. Эта идея решала проблему перехода качества объекта в качество нервной системы, объясняла различия в модальностях ощущений свойственной каждому органу «специфической энергией», но предполагала, что это и есть качества субъективного сознания. Во всяком случае, никакой дальнейшей трансформации не предусматривалось. Более того, для непротиворечивого объяснения общих форм чувственного познания, например, пространственных образов, не выводимых из отдельных качеств стимула, физиологизировались пространственные априорные формы чистого созерцания И. Канта, превращавшиеся в свойства телесного органа — сетчатки глаза. Решая психофизическую проблему соотношения физического и психического мира, теория И. Мюллера и Ч. Белла лишь превращала ее в психофизиологическую: соотношения физиологических процессов в организме и субъективных ощущений. Говорить об эффективности такого решения можно, лишь принимая аутентичность субъекта и тела и считая, что состояние органа и есть субъективное ощущение.

Логика теории «специфических энергий органов чувств», несмотря на многочисленные упреки в физиологическом идеализме, без особых изменений унаследована современными исследователями и, строго говоря, не может быть оспорена без выхода за рамки позитивистского подхода. Она не только не подвергается серьезным сомнениям, но даже укрепила свое положение благодаря достижениям нейрофизиологии, нейропсихологии, работам Х. Дельгадо (*Delgado, 1963, 1965*), А. Экаена, Ж. Ажуриагерры (*Hecagen, Ajuria-guerra, 1952*), А.Р. Лурии (1969), модифицировавшим ее в теорию специфических «мозговых функций», связывающих субъективные ощущения уже не с органами чувств, а с «определенными участками мозга», что, впрочем, принципиально ничего не меняет. В той или иной форме она принималась психологами, даже находившимися на довольно различных теоретических позициях, например, А.Н.Леонтьевым (1975) и Б.Г. Ананьевым (1960, 1961). Последний специально подчеркивал, что «...создается ошибочное представление о том, будто бы переход энергии внешнего раздражителя в факт сознания не имеет места в жизни человека... Отражение немыслимо без постоянного и непрерывного превращения энергии воздействующей на человека материи в факты сознания человека. Это превращение осуществляется бесконечной (для индивидуальной

Часть 1. Теоретические проблемы психологии телесности

жизни) массой ощущений... Отсюда возникло обозначение органов чувств, как трансформаторов внешней энергии... Причем каждый акт деятельности этих органов — периферических концов анализаторов — является превращением внешней энергии в нервный процесс» (Ананьев, 1960, с. 13).

Строго говоря, в границах объективного метода из субъект-объектного членения выпадает сам субъект, который при этом непостижимым образом и наблюдает объективный мир, и служит его продолжением. Такой субъект может последовательно мыслиться либо божественно, в традициях картезианского дуализма, либо вульгарно-материалистически. Объективная наука выбрала последний вариант, считая, что «строгое естествознание обязано только установить точную зависимость между данными явлениями природы и ответными действиями, реакциями организма на них» (Павлов, 1954, с. 66).

Логика объективизма, наиболее очевидным образом представленная в физиологии и медицине, легко вычленяется из усложненных и инструментально оснащенных современных исследований. Классический пример ее реализации описан в эссе «Мозг Эйнштейна» (Барт, 1989). В нем анализируется смысл одного из нейрофизиологических экспериментов, проведенных с самим А. Эйнштейном в качестве объекта.

На одном из приложенных к исследованию изображений А. Эйнштейн представлен лежащим, «от его головы отходят электрические провода: его просят "подумать об относительности" и одновременно регистрируют импульсы, исходящие из его мозга... Нас без сомнения хотят уверить в том, что прибор выдаст нам настоящую сейсмограмму, ведь "относительность" — очень трудный предмет для размышления. Таким образом, сама мысль предстает в виде материи, заряженной энергией, в виде измеримой продукции некоего сложного (чуть не электрического) устройства, которое преобразует мозговую субстанцию в энергию. В гениальности мифического Эйнштейна нет почти ничего магического, и о его мышлении говорят так, как говорят о всяком производительном труде, будь то машинное производство сосисок, помол зерна или измельчение руды; Эйнштейн производил идеи постоянно, наподобие мукомолки... Научный поиск приводит в движение некий колесный механизм, этот поиск осуществляется с помощью вполне материального органа, который поражает только своей кибернетической сложностью» (Барт, 1989, с. 57-58).

Сила этого убеждения такова, что за мозг А. Эйнштейна, завещанный науке, боролись две клиники, словно это был сложный механизм, разобрав который, можно было бы рассчитывать на по-

нимание содержащейся в нем силы ума. С аналогичными целями для изучения мозга В.И. Ленина в СССР был создан целый «Институт мозга», благополучно существующий до наших дней. Одно из последних «приобретений» этого института — мозг А.Д. Сахарова, из которого, вероятно, предполагается извлечь кроме «ума» еще и некоторую «моральную» субстанцию. Хотя в настоящее время можно отметить определенное разочарование в успешности попыток создания единой непротиворечивой психофизиологической концепции поведения и психики (т.е. последовательно и непротиворечиво, без логических разрывов выводящей психику из физиологии), это разочарование не носит принципиального характера: просто реальность оказалось посложнее, чем это предполагалось, но с изобретением какого-либо необыкновенного прибора или суперкомпьютера задача окажется вполне выполнимой. Во всяком случае именно это направление выглядит особенно перспективным для вложения в него финансовых средств. Все это несколько напоминает попытку понять смысл телевизионной передачи путем тщательного исследования передающего и принимающего телевизионного устройства, но где же еще можно искать этот смысл?

1.2. Телесные феномены как объект психиатрического исследования

С максимальной последовательностью и очевидностью методологические установки и принципы объективного метода выразились в медицине в понимании происхождения болезненных субъективных ощущений. В самом общем виде схема довольно проста: раздражение, попадающее на периферийные интерорецепторы, передается в подкорковые ядра, а затем в соответствующие рецепторные зоны коры. Вся рефлекторная схема может быть описана на чисто физиологическом и анатомическом языке и не нуждается в дополнении ее психологией, так как субъективное есть лишь продолжение объективных событий и точно им соответствует. Основная масса интра-цептивных ощущений связана с болезненными состояниями (здоровому человеку они практически незнакомы). Причиной их служат те или иные патологические телесные состояния, воздействующие на соответствующие рецепторные системы вполне в стиле теории «специфических энергий органов чувств».

В «нормальном» случае данная схема вполне прагматична и удобна. Трудности начинаются с необходимости объяснения большого числа феноменов, не укладывающихся в выбранную схему, таких как, например, ипохондрические или сенестопатические синдромы, при

которых для субъективно отчетливых интрацептивных ощущений затруднительно обнаружить вызывающие их материальные причины. На всем протяжении истории существовало два подхода к трактовке этих явлений: ипохондрия рассматривалась либо как заболевание «*cum materia*», либо как заболевание «*sine materia*».

В первом, наиболее простом случае, это реальная болезнь, имеющая материальную причину. Античные врачи называли ее *morbis mirachialis*, а Гиппократ и Гален связывали с заболеванием внутренних органов, находящихся ниже края реберной дуги (*hipohondrion*). С появлением учения о нервной системе место поражения переместилось с органа на нервные окончания. И.И. Энегольм (1815) связывал возникновение ипохондрии с нарушением чувствительности, вытекающим из 3 причин:

1. органических повреждений внутренних органов, приводящих к недостаточности питания нервных окончаний;
2. непосредственной или опосредованной слабости нервной системы без видимых причин;
3. заболевания внутренних органов в сочетании со слабостью нервной системы.

Серизи и Морель главной причиной считали повреждение ганг-лиозной ткани, а А.П. Богородицкий рассматривал ипохондрию как хроническую болезнь, основа которой состоит в чрезмерной чувствительности и частой раздражительности или колебании нервов, особенно около внутренностей живота (Цит. по: *Пащенко*, 1974). Случаи, когда органических изменений не находилось, относились к динамическим нарушениям или «*status nervosus*». М.Я. Мудров (1949) указывал, что ипохондрия происходит в результате раздражения мозга и органов брюшной полости. В.М. Бехтерев (1928) считал, что дело сводится в этих случаях к нарушениям вегетативной нервной системы, поражению симпатических нервов и изменению процессов внутренней секреции.

Параллельно существовало течение, которое в качестве причины несоответствия субъективных ощущений и реально обнаруживаемых органических изменений рассматривало область идеального или действие особой сущности — психической болезни. Буассье де Соваж выводил ипохондрию из расстройства воображения, Пинель — из ложных идей и фантазий, Мор выделял 2 вида ипохондрии: ипохондрическую болезнь и симптоматическую ипохондрию (Цит. по: *Пащенко*, 1974). Из более поздних авторов Ромберг (1851) считал, что элементами ипохондрии служат ощущения, являющиеся не проекцией болезненно измененного органа, а патологической трансформацией нормального ощущения, возникшей вследствие усиленной «интенции представлений», а Е. Крафт-Эбинг (1880) связывал

ипохондрические расстройства с конституциональным заболеванием — «неврозом чувствительной сферы». Е. Дюпре и П. Камю (*Dupre, Camus, 1907a,b*), наиболее подробно разработавшие феноменологию ипохондрии и предложившие критерии различения сенестопатического и нормального ощущения, допускали существование и эссенциальных и симптоматических сенестопатий в рамках различных заболеваний. Аналогичные положения высказывали Г. Керер (*Kehrer, 1953*) и Г. Вайтбрехт (*Weitbrecht, 1951*).

Идея ипохондрии *sine materia* не могла получить устойчивого существования в связи с общей тенденцией развития медицины в рамках естественно-научного метода выявлять лежащие в основе любой болезни универсальные физиологические или, еще лучше, физические причины. Этой тенденции больше соответствовала идея ипохондрии как заболевания *sum materia*. Поскольку предполагалось, что заболеваний без материальных причин не существует, то выражение «ипохондрия *sine materia*» стало означать не отсутствие материальных причин вообще, а отсутствие конкретных проявлений на месте локализации ощущений. Спор же относительно причин появления стимульно необоснованных ощущений стал вестись вокруг уровня повреждения интрацептивной сенсорной системы, причем основное внимание исследователей сконцентрировалось на ее центральном, а не периферическом звене. Отсутствие же убедительных доказательств какого бы то ни было повреждения легко преодолевалось ссылками на несовершенство регистрирующих приборов и недостаточную разработанность методов исследования.

Тем не менее, идеи о возможном периферическом поражении нервных окончаний частично сохранились. А.А. Меграбян (1972) описывает сенестопатию как нарушение внутренней чувствительности, клинически проявляющееся в виде неопределенных, диффузных, весьма неприятных и беспокоящих ощущений внутри тела. Возможное нарушение чувствительности как источник сенесто-ипохондрических расстройств допускается в работах Г.А. Авруцкого (1979), В.С.Куликовой, А.Т. Пшоника, Ю.Е. Сегала (1952), И.Р. Эг-литеса (1977). Поиски таких нарушений ведутся в настоящий момент на микроструктурном уровне и при соответствующем развитии инструментария ожидается их обнаружение.

В основном же исследователи, разочаровавшись в попытках объяснения ипохондрических и сенестопатических расстройств периферическими нарушениями, перенесли внимание на более высокие уровни.

По Дж. Уолленбергу (*Wollenberg, 1904, 1905*), важнейший фактор патогенеза ипохондрических состояний — болезненное изменение самоощущения, под которым понимается обобщенное чувство,

основанное на различных меняющихся раздражениях со стороны внутренних органов. В норме это чувство неразложимо на отдельные ощущения и мы ничего не знаем о работе внутренних органов. Это меняется при болезни, вследствие ненормальной готовности центральных чувствительных областей воспринимать не только малейшие патологические, но и слабые физиологические раздражения, которые воспринимаются качественно и количественно иллюзорными, но могут быть и галлюцинаторные восприятия, когда ничто периферическое им не соответствует. Центральные изменения, лежащие в основе этого, еще не выяснены, но предполагается, что речь идет о патологии рецепторных функций коры, в особенности чувствительных центров, раздражимость которых повышена.

Новый толчок этому направлению дало создание теории высшей нервной деятельности И.П. Павловым и ее развитие в виде концепции нервизма К.М. Быковым (*Быков, Курцин, 1960*). Активно внедрявшееся из идеологических соображений в медицину, это учение заняло там главенствующее положение.

Первая попытка применения теории высшей нервной деятельности к объяснению интрацептивных феноменов принадлежит самому И.П. Павлову (1951): «Болезненное состояние какого-нибудь органа или целой системы может посылать в соответствующие корковые клетки, в определенный период времени или постоянно, беспрестанное или чрезмерное раздражение и таким образом произвести в них, наконец, патологическую инертность — неотступное представление и ощущение, когда потом настоящая причина уже перестала действовать... Указанные причины могли концентрировать патологическую инертность раздражительного процесса в разных инстанциях коры полушарий — как в клетках, непосредственно воспринимающих раздражение как от внешних, так и от внутренних агентов (первая сигнальная система действительности), так и в разных клетках словесной системы (вторая сигнальная система) и притом в обеих инстанциях в различных степенях интенсивности: раз на уровне представлений, в другой доводя интенсивность до силы реальных ощущений» (с.78). Разница между представлением и реальным ощущением в этом случае мыслится лишь количественно: первое меньше второго.

Трудность перенесения схемы условного рефлекса заключалась лишь в том, что в общем виде эта теория была ориентирована скорее на экстрацепцию, тогда как медицина имела дело прежде всего с интрацепцией. Задача адаптации была успешно решена созданием кортико-висцерального направления, предопределившего на долгие годы логику теоретических и экспериментальных изыс-

каний. Кортико-висцеральное направление в физиологии ВНД ставило перед собой следующие задачи (Курцин, 1978):

1. Установить возможность образования условного рефлекса на деятельность внутренних органов и тканевых процессов и изучить основные свойства таких реакций.
2. Определить возможности выработки условных рефлексов на любую деятельность при раздражениях, идущих с внутренних органов.
3. Расширить механизмы условно-рефлекторных изменений деятельности внутренних органов и таких функций, как окислительные процессы, обмен веществ в клетках и тканях.

В отличие от классических павловских опытов, в которых эф-фекторным звеном являлась слюнная железа, а о величине условного рефлекса судили по слюноотделению на «колебания» внешней среды, в опытах школы К.М. Быкова эф-фекторами были почка, печень, селезенка и другие висцеральные органы, а величину рефлексов определяла их специфическая деятельность.

Экспериментально было доказано усиление висцеральных рефлексов после разрушения центральных отделов нервной системы и дополненная таким образом схема позволяла непротиворечиво объяснить возникновение телесных ощущений как следствие патологической импульсации со стороны внутренних органов — неважно, первичной, из-за рефлекторного раздражения внутренних органов, или вторичной — от нарушений нейродинамики в коре.

«Освобождение интрацептивных рефлекторных дуг из-под влияния высших отделов центральной нервной системы создает особо благоприятные условия для их деятельности... Не будучи клиницистом и совершенно не претендуя на достоверное истолкование... ипохондрических явлений, мы не можем не удержаться от соблазна высказать предположение о возможном их генезе. Можно думать, что в этих случаях имеется временное подавление задерживающей функции высших отделов ЦНС в результате функционального ослабления, именно вследствие этого, те импульсы с внутренних органов, которые постоянно доходят до коры, но не включаются в сферу сознания, пробивают теперь сюда дорогу и овладевают им... Нельзя, конечно, исключить и другую возможность — изменения чувствительности самих рецепторов, возникновение в них возбуждения при таких условиях, при которых в норме оно никогда не бывает» (Черниговский, 1949, с. 214).

Причиной подавления деятельности коры могут быть сами интрацепторы. Даже если дезорганизованная информация из внутренних органов исчезла, она способна на долгий срок вывести из равновесия сложившиеся в коре взаимоотношения между возбужде-

нием и торможением в экстрацептивных полях коры мозга. Когда «интероцептивный путь уже сформирован, экстероцептивные сосудистые условные рефлексы выработаны и закреплены до создания стойких условных рефлексов, последние почти не поддаются угасанию и наоборот, начинают угнетать, тормозить связанные с ними экстероцептивные сосудистые реакции, создавая в коре доминирующий очаг восприятия интероцептивной импульсации. Такое состояние сопровождается асимметрией сосудистых реакций, позывами к рвоте, плохим самочувствием и представляет собой "экспериментальный" невроз, который проливает свет на распространенный в медицинской практике... ипохондрический синдром, обусловленный дезорганизованной информацией из внутренней среды — назойливыми и навязчивыми интероцептивными ощущениями, прорвавшимися в сферу сознания» (Пионик, 1949, с. 96). Ипохондрик — это человек, у которого вследствие имевшей место патологической импульсации со стороны внутренних органов создалось стойкое преобладание, неугасаемая готовность к образованию интрацептивных условных рефлексов с угнетением экстрацептивных. Хотя до настоящего времени не удалось найти характерных нейродинамических нарушений при ипохондрических состояниях или выявить какие-либо типичные неврологические расстройства, психиатрия на долгие годы погрузилась в нейрофизиологию и публикуемые по проблемам ипохондрии работы были переполнены иллюстрациями физиологических показателей: энцефалограммами, плетизмограммами, кардиограммами, записями кожно-гальванической реакции, имевшими весьма малое отношение к обсуждаемому вопросу.

Принципы такого подхода практически инвариантны и четко сформулированы, например, в работе Е.С. Авербуха (1957). Хотя это относительно старая работа, она, на мой взгляд, очень недвусмысленно демонстрирует саму логику объективистского рассуждения, часто довольно ловко маскируемую в более современных трудах (Ley, 1985; Pennebaker, 1982; Kirmayer, Robbins, 1991). По его мнению, основным психопатологическим феноменом при ипохондрических синдромах является измененное самоощущение и самовосприятие. При сохранности сознания нарушается константность восприятия своего тела. Интрацептивные сигналы начинают оцениваться как источник угрозы для личности, возникают эмоции, отчасти физиологически обусловленные, отчасти как реакция на угрозу. Так создается соответствующая фиксированная на своем теле установка и личностные реакции на создавшуюся ситуацию в форме переживаний и отношений к внешнему миру и себе, формирующие особенности ипохондрика.

По месту локализации дефекта выделено IV формы ипохондрии и, соответственно, IV механизма.

I форма — периферическая. Раздражения, исходящие из внутренних органов, в которых имеется множество нервных окончаний вегетативной нервной системы, вызывают множество подпороговых непрерывно возникающих суммирующихся импульсов, приводящих подкорковые узлы, в первую очередь зрительный бугор, в состояние возбуждения. В таламусе и связанных с ним дизэнцефальных системах, являющихся районом интеграции низших форм чувствительности и областью формирования протопатической эмоциональности, под влиянием перевозбуждения происходит изменение самоощущения и восприятия собственного тела. В дальнейшем в патодинамический процесс вовлекаются корковые механизмы. Формирование ипохондрических ощущений идет медленно и, сформировавшись, они носят определенный, хорошо локализованный характер.

II форма — стволовая. При ней первично поражаются определенные стволовые механизмы и возникают связанные с этим основные психопатологические феномены ипохондрического нарушения самочувствия, извращенное восприятие интрацептивной импульсации, протопатические эмоции, гиперпатия и пр. В дальнейшем присоединяются корковые механизмы. В этих случаях болезнь возникает быстро, болезненные ощущения необычны, трудно локализуемы и менее устойчивы. Тревожный фон более выражен, имеют место но-зоманические идеи, нередко навязчивые феномены.

III форма — кортикальная. Первично поражаются определенные корковые системы, предположительно височно-базальные отделы. При поражении височной области отмечается переоценка тяжести своего заболевания, выявляется целый мир новых явлений, архаических форм восприятия, резких парестезии и фантастических ощущений.

IV форма — психогенная. Возникает тогда, когда вследствие определенной ситуации у человека прерываются общественные связи, сокращается экстрацептивное общение с внешним миром. В норме мы избавлены от непосредственного влияния нашей сомы, нашего тела и сознание остается целиком под влиянием внешней среды. При ипохондрии внимание переключено внутрь. Подкорковые раздражения, исходящие из внутренних органов, становятся относительно сильными и болезненно воспринимаются. Больные страдают не столько от неприятных ощущений, сколько от уверенности в своей болезни, вытекающей из витальности и необычности ощущений.

Как можно видеть, все описанные формы ипохондрии, за исключением IV, суть органические поражения рецепторного аппарата на разном уровне. Рассмотрение связи этих поражений с душевными

переживаниями в качестве отдельной задачи не предполагается, поскольку, в соответствии с традицией, мозг и психика идентичны. IV форма — психогенная — выделена по иному принципу и представляет собой некоторую смесь из рефлекторно понимаемой активации интрацепции и психологически понятных переживаний по поводу последней.

В принципе сходная интерпретация патологических телесных ощущений (но без избыточной претензии на нейрофизиологическое объяснение и четкую анатомическую локализацию патологического процесса) используется в современных моделях «сенсорной сверхдетерминации» (Cioffi, 1991; Ley, 1985; Barsky et al., 1983, 1990), «гипертрофированного внимания» {Carver, Scheier, 1981; Duval, Wicklund, 1972), гипервентиляции (Gardner, 1996; Молдовану, 1991).

Концепция «сенсорной сверхдетерминации» в различных ее вариантах сводит патологические телесные ощущения к особому типу восприятия внутренних ощущений, особому «соматическому стилю», приводящему к преувеличенной интерпретации телесных ощущений и их неправильной когнитивной интерпретации.

Гипервентиляция же рассматривается как универсальный психофизиологический механизм порождения интрацептивной стимуляции в ситуации тревоги и нарушения адекватной оценки ее интенсивности.

Близкий механизм «гипертрофированного внимания» выводит усиление интрацептивных ощущений из снижения внешней стимуляции и концентрации внимания на внутренних сигналах, что приводит к их неадекватной переоценке.

Невозможность объяснить возникновение «психологически непонятных», качественно особых переживаний и строго доказать усиление интрацептивной импульсации заставило обострить проблему. «Для рассмотрения противоречий в психопатологическом аспекте вопрос должен быть сформулирован более строго: что является патофизиологическим коррелятом ощущений: мозговые процессы или интрацептивная стимуляция? При такой постановке вопроса ссылки на совместное участие центрального и периферического звена исключаются» (Ануфриев, Остроглазов, 1979, с. 29). Перенос поражения из «органов под краем реберной дуги» на микроструктурный или молекулярный уровень лишь маскирует противоречие. Поэтому, по мнению А.К.Ануфриева (1979), следует отказаться от неправомерного отождествления интрацептивного и экстрацептивного анализаторов, предполагающего некую «особую» организацию первого. Такой отказ позволит переместить внимание от поисков периферического раздражителя, роль которого в происхождении расстройств внутренней чувствительности и связанных с ней психопатологических феноменов явно преувеличена, на нарушения в центральных

отделах головного мозга: зрительный бугор, таламическую и диэн-цефальную области. Периферическая же локализация ощущений связана с тем, что любое ощущение, независимо от источника, всегда проецируется на периферию. Центральная локализация патологического процесса позволяет также объяснить особый характер сенестопатических ощущений: мучительность, протопатический оттенок. Для этого привлекается теория кайнестопатии — протопатической чувствительности (*Астеацатуров*, 1938). Возникнув в процессе филогенеза от внешних раздражений и «сосредоточившись как латентное явление в каком-то определенном месте зрительного бугра (коллекторе чувствительности вообще), патологические ощущения вследствие заболевания головного мозга как бы возвращаются, но уже в преобразованном виде (сенестопатиями), проецируясь на все органы и системы тела, в том числе на головной мозг. По месту своего возникновения (зрительный бугор) сенестопатии центральны, как централен в целом психопатологический процесс, изначально выступающий как кайнестопатия, а в дальнейшем проявляющийся нозофобическими или ипохондрическими картинками, способными к саморазвитию, вплоть до галлюцинаторно-бредовых состояний типа физического воздействия» (*Ануфриев*, 1979, с. 15).

Как можно видеть, пафос отрицания механистической точки зрения ограничивается перенесением уровня поражения из периферического звена в центральное, сопровождаясь весьма сильным методологическим допущением «особого устройства» интрацептивного анализатора. Рассуждение при этом, в сущности, остается в рамках «субстратной» схемы. Изначально устраненное, вынесенное за рамки, субъективное переживание непостижимым образом присоединяется к физиологическому процессу. Субъективные ощущения без всякого зазора следуют за физиологическими процессами в нервной системе как их естественное продолжение. «Концепция о кайнестопатии как выражении элементарного первичного психосоматического расстройства, в котором нейроматериальное (чувствительное и психо-идеальное (аффективное)) выступает в нераздельном единстве, может служить одной из рабочих гипотез в деле разработки психофизиологической проблемы на психопатологическом уровне» (*Там же*, с. 22).

Кайнестопатия привлекается в качестве необходимого логического элемента, находящегося сразу в двух реальностях: материального и идеального, что позволяет транслировать одно в другое. При этом остаются без изменений основополагающие постулаты физиологизма: чувствительность может быть исчерпывающе объяснена на нейроматериальном уровне и не нуждается в отдельных категориях психического. При уточнении вопроса о том, что служит

причиной появления патологических ощущений, допускаются только физиологические альтернативы: мозговые процессы и интрацептивная стимуляция.

Попытки последовательного объяснения ряда клинических феноменов приводят к принципиально неразрешимым теоретическим затруднениям и «темным» местам психопатологии.

Одна из первых таких трудностей — ответ на вопрос, возможны ли ипохондрические или сенестопатические ощущения в норме? С.С. Корсаков (1901) предполагал их существование в виде мнительности у здоровых лиц. И.Р. Эглитес (1977) выделял, кроме истинных и фантастических сенестопатий, класс «элементарных» — ощущений, похожих на обычные болевые ощущения у соматических больных. Эти ощущения, строго говоря, не могут быть названы сенестопатиями, так как они не соответствуют критерию странности и необычности. Такое допущение было критически встречено в психиатрической литературе и автору были предъявлены упреки в размывании критериев (Руководство по психиатрии, 1983; Смуглевич, 1987). Хотя любой врач в каждодневной практике сталкивается с соматически необоснованными жалобами на болезненные ощущения у психически здоровых людей, пафос требования «специфичности», сужения в рамках психических болезней имеет серьезные основания. Теория чувствительности (как вариант общей теории отражения) не допускает самой возможности несоответствия стимула и ощущения в нормальных условиях. Это следствие общей установки трансцендентности и прозрачности субъекта. «Позиция абсолютного наблюдателя одна, поэтому истинной может быть только одна точка зрения. Иные точки зрения могут быть, в лучшем случае, частным случаем единственно истинной, во всех остальных — они суть результат заблуждения» (Тищенко, 1991а, с. 144). Поэтому «субъективное ... правильно и адекватно отражает действительность. Связи идей в головах людей отражают связи вещей в действительности» (Авербух, 1966). Это прямое следование идее Б. Спинозы о том, что в мире имеется только одна причинная цепь, только один «порядок» для вещей и для идей и связи в мышлении и пространстве по своему причинному основанию идентичны: «Порядок и связь идей те же, что порядок и связь вещей». Поскольку в механистической трактовке отражение осуществляется лишь в одном направлении — от стимула, то и его нарушения не могут быть ничем иным, как помехами на этом пути. «Мир есть закономерное движение материи, и наше познание только отражает эту закономерность. Все патологические процессы объективны и они существуют вне и независимо от нашего сознания» (Рохлин, 1966, с. 141). Вопрос о том, как возможно существование ощущения, не соответствующего стимулу, не имеет

смысла по отношению к норме, и поэтому логическая последовательность требует строгого ограничения ипохондрии и сенестопатии рамками патологических явлений.

Второй крайне запутанный момент — проблема соотношения сенестопатии и ипохондрии {Eу, 1950; Eу, Henric, 1959; Ladee, 1966). В истории психиатрии накоплен огромный клинический материал феноменологии сенестопатии и ипохондрии и предприняты десятки, если не сотни попыток создания четких диагностических критериев их разграничения, не приведших к достаточной ясности этой проблемы. В целом, под сенестопатией понимаются сами болезненные, мучительные ощущения, а под ипохондрией — некоторые представления субъекта о наличии у него того или иного заболевания. Хотя эти синдромы весьма часто встречаются параллельно, подкрепляя друг друга, их не следует полностью идентифицировать. Еще Э.Дюпре {Dupre, 1925), давший классическое описание сенестопатии, отмечал, что если все больные с истинной ипохондрией имеют сенестопатии, то далеко не все больные с сенестопатиями бывают ипохондричными. Традиционная схема предполагает, что первыми по времени должны появляться сенестопатии, на фоне которых, как психологически понятные, строятся разного рода ипохондрические объяснительные конструкции. В общем виде такую схему предлагает Г. Гринберг (Greenberg, 1960):

1. Ранняя стадия, возникновение сенестопатии, когда больные жалуются на разного рода расстройства.
2. Расстройства приобретают локализацию.
3. Сосредоточившись на ощущениях, больные начинают считать, что у них развивается болезнь.
4. Развитие бреда и психического автоматизма. Последний пункт логически не вытекает из предыдущих и строится по иным — психопатологическим — закономерностям.

Близкая схема принималась всеми последователями павловской школы и наиболее физиологически мыслящими психиатрами (Каменева, 1955; Сегаль, 1955). На близкой позиции стоит А.К.Ануфриев (1979), связывающий сенестопатии с поражением центральных отделов головного мозга. По его мнению, целостная патодинамическая структура заболевания состоит из трех составных частей, расположенных на общей витально-астенической платформе:

1. сенестопатии;
2. функциональные вегето-соматические нарушения;
3. собственно аффективные, а в последующем аффективно-идеаторные расстройства.

Часть 1. Теоретические проблемы психологии телесности

Однако клиническая практика, постоянно демонстрирующая несовпадение сенестопатических и ипохондрических расстройств, требовала теоретических уступок и ломала стройную логику рассуждения. Во-первых, всегда существовали случаи отсутствия ипохондрий при явных сенестопатиях и отсутствия сенестопатии при очевидных ипохондрических синдромах. Если первое противоречие могло быть объяснено простым временным отставанием, то объяснить последнее (по данным Е.В. Глузмана, сенестопатии встречаются лишь у 79,6 % больных ипохондрией) значительно труднее. Еще большие, принципиально неразрешимые сложности появляются при необходимости объяснения механизма появления вторичных сенестопатии в рамках первично возникших сверхценных или бредовых ипохондрических синдромов. В этом случае практикуются ссылки на «психопатологический феномен», а не психологически понятную «озабоченность здоровьем» (*Эглитес*, 1977), либо авторы полностью уходят от рассмотрения механизмов этого явления, заменяя их утонченными и обширными феноменологическими описаниями (*Kraepelin*, 1896; *Camus, Blondel*, 1909; *Dupre, Long-Londry*, 1910; *Jahrreiss*, 1930; *Huber*, 1953, 1971; *Lhermitte, Gambler*, 1960; *Laburrier*, 1962; *Pomuteйн*, 1961; *Ladee*, 1966; *Kielholz, Hole*, 1979; Руководство по психиатрии, 1983, 1988; *Смале-вич*, 1987).

Сложившаяся ситуация привела к весьма характерному парадоксу: в «Руководстве по психиатрии», вышедшем в 1983 г. под редакцией А.В. Снежневского, сенестопатии описываются в 1 главе — «Рецепторные расстройства и сенестопатии» и относятся к группе «наиболее элементарных симптомов психических болезней с преимущественным нарушением чувственного познания», а в монографии Г.А. Ротштейна «Ипохондрическая шизофрения» (1961) самым трудным и неясным разделом общей психопатологии называется психопатология ощущений.

Понять первую точку зрения можно, если признать простоту чувственного познания по сравнению, например, с мышлением или памятью и отнести сенестопатию к рецепторным расстройствам. Такой подход используется при объяснении происхождения интрацептивных ощущений в структуре неврозов, синдромов «измененной почвы», первичной сенестопатии при психозах. Вторая точка зрения отражает невозможность использования «рецепторной схемы» для объяснения качественной специфичности сенестопатических ощущений, отличающих их от нормальных, и механизма вторичного порождения чувственных ощущений идеаторными представлениями при ятрогениях и в структуре сверхценных и бредовых синдромов.

1.3. Понимание интрацепции

в концепциях «внутренней картины болезни»

Доминирующий в медицине объективный подход не мог, тем не менее, полностью игнорировать очевидный факт, что для человека заболевание, кроме объективно обнаруживаемых изменений и вытекающих из них ощущений, связано с целым рядом переживаний. Даже полностью физиологически ориентированная медицина должна была, считая эти переживания несущественными в смысле патогенеза и лечения, так или иначе учитывать их, хотя бы с точки зрения практики. У старых врачей можно отметить весьма ценные и тонкие замечания по этому поводу, хотя они всегда занимали маргинальное положение в медицинской теории, служа, скорее, некими правилами общения с больными.

Первые попытки выделения субъективного компонента общей картины соматического заболевания были предприняты А. Гольд-шейдером (*Goldscheider*, 1898), предложившим назвать этот компонент «аутопластической картиной болезни», в отличие от «алло-пластической картины болезни», отражающей функциональные и органические изменения, связанные с заболеванием. Е.А. Шевалев (1936) ввел термин «переживание болезни», Р.А. Лурия (1977) — «внутренняя картина болезни» (ВКБ). Различаясь в деталях, эти понятия описывали «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, ее причинах, все то, что связано с его приходом к врачу, — весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и тревог» (*Лурия*, 1977, с. 38).

В аутопластической картине болезни различались: «сенситивная часть» (совокупность ощущений, связанных с патологическим процессом) и «интеллектуальная часть», состоящая из размышлений больного о своей болезни. С самого начала и до настоящего времени предполагалось, что «сенситивная часть» как непосредственное отражение субъектом болезненных ощущений подчиняется физиологическим закономерностям, тогда как «интеллектуальная» — является опосредствованной и преимущественно психологической. Связь между выделенными частями мыслилась как построение «интеллектуальной» части по поводу «сенситивной». Обратная связь, хотя и могла упоминаться, не предполагала никакого механизма ее реализации. Подобный подход практически без каких-либо серьезных из-

менений вошел в понятийный аппарат позднейших исследований: «сознание болезни», «соматозогнозия», «реакция личности на болезнь», «переживание болезни» и т.п. (Рохлин, 1957; Краснушкин, 1960; Лебединский, Мясичев, 1966; Смирнов В.М., 1975; Николаева, 1976; Зикеева, 1974; Костерева, 1979; Ольшанский, 1979; Резникова, Смирнов, 1976; Вассерман, 1987, 1990).

В.В. Николаевой (1976) схема ВКБ была дополнена эмоциональным и мотивационным компонентами, дифференцирующими ее опосредствованную, психологическую сторону. В ее работах вычленяются 4 уровня субъективной картины болезни:

1. Уровень непосредственно-чувственного отражения болезни (обусловленные болезнью ощущения и состояния).
2. Эмоциональный уровень (непосредственные эмоциональные реакции на обусловленные болезнью ощущения и эмоциональные реакции на последствия болезни в жизни человека).
3. Интеллектуальный уровень (знания о болезни и рациональная оценка заболевания).
4. Мотивационный уровень (возникновение новых мотивов и перестройка преморбидной мотивационной структуры).

Предложенная схема учитывает весьма важный факт, что болезнь — это не только болезненные ощущения и их переживание, но и изменения мотивации. Тем не менее, чувственное отражение в ней остается непосредственным и совершенно не обсуждается связь выделенных уровней, возможности их взаимовлияния.

Близкое понятие — «соматозогнозия» — использовалось А. Б. Ква-сенко и Ю.Г. Зубаревым (1980). Это — процесс познания болезни у психически здоровых людей и реакция на нее. Болезненные ощущения, понимание болезни, ее оценка и отношение к ней рассматриваются как три этапа становления субъективной картины болезни: сенсологический, оценочный и этап отношения к болезни, — реализующихся на соответственном уровне: биологическом, индивидуальном и социально-психологическом. Индивидуальное и социальное при этом не трансформируют биологическое, а дополняют его, при сохранении каждым уровнем своей автономии.

Наиболее последовательно подход к ВКБ с точки зрения объективного метода воплотился в работе В.М. Смирнова и Т.Н. Резниковой (1983). В основу предложенной ими теоретической модели положено понятие о «церебральном информационном поле болезни» (ЦИПБ). Церебральное информационное поле болезни — это сохраняемая в долговременной памяти мозга информация о проявлениях болезни, о тех ограничениях, которые она накладывает на деятельность организма и личности. Материальный субстрат ЦИПБ —

матрицы долговременной памяти. Эти матрицы ассоциируются в функциональные комплексы и служат основой представлений личности о болезни. Матрицы или их комплексы могут включаться в информационные системы мозга и благодаря этому влиять на работу мозга, а следовательно (!?) и психики. Информационное поле мозга — это нейрональные, главным образом кортикальные поля мозга, воспринимающие и хранящие информацию, на основе которой мозг принимает решения с учетом полученной информации. Наиболее стабильную часть этого поля составляет функциональная структура своего «Я» с его многочисленными отношениями к другим информационным системам.

В структурно-функциональной организации базиса ВКБ, объединяющего **ЦИПБ** и **ПЗИПБ** (психологическую зону информационного поля болезни) важную роль играет «схема тела», понимаемая авторами как мозговой аппарат, преимущественно таламо-париетальная система. Благодаря ей сенсорные и висцеральные процессы получают пространственную отнесенность и локализованный эмоциональный тон ощущений. На физиологическом базисе «схемы тела» формируется личностная надстройка. Это связано с такими психологическими процессами, как представление, воображение, мышление.

В самом элементарном виде модель болезни состоит из двух субмоделей: сенсорно-эмоционального и логического блоков. Формирование сенсорно-эмоциональной субмодели ВКБ происходит под влиянием непосредственных впечатлений и переживаний, вызванных определенными проявлениями болезни. Эта же информация используется и для формирования логической субмодели, но в этом случае существенную роль играют концепции, привлекаемые личностью для описания и объяснения причин и механизмов данной совокупности признаков болезни. В структуре ВКБ между церебральным информационным полем болезни и его психологической зоной выделяется психофизиологический аппарат, детектор, который улавливает и выявляет новые проявления заболевания, сопоставляет их с уже имеющимися симптомами, сличает с информацией, заложенной в матрице долгосрочной памяти, и образами внутренней картины болезни и внутренней картины здоровья.

Мощность детектора и его пропускная способность зависят от личностного настроя. Мнительные люди легко воспринимают любые проявления, даже отдаленно не связанные с болезнью.

Реальные модели болезни более или менее адекватно отражают наличные расстройства и динамику заболевания. Для объяснения

искажений авторами на равных основаниях привлекаются и анатомические, и физиологические, и психологические аргументы. Это могут быть нарушения функциональной асимметрии головного мозга, поражение таламо-париентальной системы, динамичность или ригидность «операций образами», нарушения «интрацентральной» регуляции мозга, состояние функциональных систем, внушаемость, тревожность, конституциональные особенности, ситуационные моменты, тип эмоционального отношения, чувствительность детектора, психологическая защита, мода, волевые функции и пр. Замечательно, что их воздействие происходит прямо; для авторов не существует никаких преград между субъективным и объективным, идеальным и материальным. Отдельные элементы, такие как «схема тела» или «детектор», одновременно являются и анатомическими, и физиологическими, и психологическими. Решения принимает мозг, а «Я», «самосознание — есть часть информационного поля мозга», т.е. часть структурно-функционального нейронального поля. Иллюстративная модель ВКБ, представленная авторами, весьма напоминает схему радиоприемника, где связи обозначаются стрелками между блоками. Все связи равны, а сущности соединяемых блоков идентичны.

Мы столь подробно остановились на данной модели потому, что она, на наш взгляд, очень хорошо демонстрирует все ловушки и противоречия объективного метода. Онтологически удаленный субъект превращается в гомункулуса, растворенного в анатомических конструкциях. Психическое есть простое продолжение анатомического: матрицы влияют на мозг и «следовательно, на психику», детектор — психофизиологический аппарат — несет качества субъекта: выделяет, улавливает и одновременно зависит от «личностного настроения» и моды. Механизм связи в такой логике, в сущности, ничем не отличается от представлений о том, что мозг «выделяет мысль как печень желчь».

Несмотря на значительный разброс взглядов авторов, занимающихся проблемами ВКБ, содержательные споры ведутся, в основном, либо о полноте и точности определений, либо о вкладе тех или иных составляющих в структуру ВКБ, либо, вообще, о вкусовых предпочтениях, ориентированных на входящие в моду научные понятия. Не подвергается сомнениям и не обсуждается как бесспорный тезис о чисто физиологическом механизме порождения соматических ощущений, о независимости и отделенности сенситивной и интеллектуальной частей ВКБ.

Искажения сенситивной части адресуются к компетенции неврологии или психиатрии и в качестве объяснения используется идея поражения интрацептивного анализатора или синдромальные кате-

гории, апеллирующие, в конечном итоге, к болезни-сущности². В основном же в психологических исследованиях речь идет об искажениях на уровне последующей переработки, изменении отношения к соматическим ощущениям, их интерпретации. Они могут быть следствием защитных процессов на познавательном, эмоциональном или мотивационном уровнях, нарушений мышления или самосознания (Таишлыков, 1984; Виноградова, 1979; Ольшанский, 1979; Тхостов, 1980; Вассерман 1987, 1990).

1.4. Методологические трудности и ограничения объективистской интерпретации интрацептивного восприятия

Хотя в философских и общепсихологических работах уже эксплицирована и методологически обоснована ошибочность противопоставления чувственного познания, как имеющего непосредственный характер, познанию рациональному {Леонтьев А.Н., 1981; Брунер, 1977; Лекторский, 1980; Смирнов С.Д., 1981}, в медицине такая гносеологическая установка остается очень сильной. Более того, в клинической практике всегда существовала и существует четко выраженная тенденция к объективации, стремление к противопоставлению субъективных переживаний больного, как только затемняющих и искажающих картину болезни, и первичных сенсорных ощущений, как носящих непосредственный характер и верно отражающих болезненный процесс. Переживания больного, его представления о болезни, мотивы, хотя и признаются важными, тем не менее рассматриваются как надстройка над непосредственными и зависящими от объективных причин болезненными ощущениями. Надстройка, которую неплохо учитывать, но которая никакого принципиального значения для понимания болезни не имеет.

Однако представления о непосредственном характере «чистых» соматических ощущений постоянно сталкиваются с клинической реальностью их лабильности, неустойчивости, «ложности», толкающей врача к полному отказу от их анализа и формирующей стремление к инструментализму; идеалом медицины становится «благородная форма ветеринарии», когда больной должен не столько рассказывать, сколько показывать и желательно, для полной ликвидации субъективизма, не врачу, а какому-нибудь сложному

² Так, Л.Л. Рохлиным (1957) в качестве вариантов отношения к болезни описаны ипохондрический и эйфорически-анозогнозический, а В.В. Ковалевым (1972) — депрессивный, дистимический, ипохондрический, истероид-ный, фобический и эйфорически-анозогнозический.

аппарату. «В отличие от профессий, имеющих дело с "клиентами"... медицинская практика имеет дело с "пациентами". За этим различием стоит многое. Пациент — *пассивное лицо*, на которое направлено воздействие... Большинство докторов недовольны, если пациент ведет себя как клиент, поскольку, как известно, "доктор знает лучше"» (Вартофский, 1988, с. 131 — 132). К сожалению, несмотря на очевидную простоту и логичность инструментального подхода, в реальной медицине он ведет к тупику недоверия, росту альтернативных, парамедицинских течений, отчуждению больного и врача, дегуманизации их отношений. Это и неудивительно, так как болезнь для человека — это прежде всего его субъективные болезненные ощущения, и если они не соответствуют объективной картине, то больного невозможно убедить, что он здоров и, напротив, субъективное улучшение в результате различных знахарских или «экстрасенсорных» процедур нельзя опровергнуть ссылками на их объективную бесполезность.

Выход из этого тупика возможен только в том случае, если отказаться от рассмотрения болезненных ощущений как подчиняющихся преимущественно физиологическим закономерностям и использовать общие принципы изучения сенсорных систем и психических функций в рамках комплексного рассмотрения морфологического, физиологического и психологического уровней. Необходимо рассматривать субъективную картину болезни как особый феномен сознания, а нозогнозию — как вариант познавательной деятельности (соматоперцепции), обладающей собственным содержанием и спецификой, но тем не менее подчиняющейся общепсихологическим закономерностям формирования, развития и функционирования. Реализация такого подхода требует отказа от целого набора объективистских, механистических предрассудков, прочно укоренившихся в медицине. Их невозможно просто отменить, так как они базируются на длительной научной традиции и отказ должен быть обоснован разрешением некоторых темных и запутанных проблем. Можно спросить, зачем отказываться от столь долгое время оправдывавшего возлагаемые на него надежды объективного естественно-научного метода? Практические трудности существовали всегда, и их обострение в настоящее время и очевидную пугающую дегуманизацию медицины можно попытаться смягчить улучшением воспитания врача, усилением деонтологических требований. Необходимость, важность внимания к субъективным переживаниям пациента не станет отрицать ни один врач. Другое дело, насколько это важно для понимания сущности болезни. В этом смысле объективистские предрассудки в медицине очень сильны и даже те из

них, от которых отказались биология и физиология, практически не подвергаются сомнению.

Это видно из сравнения судьбы кортико-висцеральной теории и самой павловской физиологии высшей нервной деятельности. Последняя, пережив период максимального взлета, впоследствии была вынуждена уступить свои позиции. В своем классическом виде исходная схема оказалась не в состоянии адекватно описать и объяснить поведение и была дополнена понятиями «акцептора действия» {Анохин, 1962, 1968}, «нервной модели стимула» {Соколов, 1963}. Получили развитие и альтернативные теории, например, физиология активности Н.И. Бернштейна (1966).

Кортико-висцеральная же теория в качестве основной методологической медицинской схемы до последнего момента занимает господствующее положение. По мнению даже таких психологически ориентированных ученых, как Б.Д. Карвасарский (1980), «...правильной является позиция, разделяемая большинством отечественных и многими зарубежными исследователями, согласно которой, достижения современной нейрофизиологии позволяют с новых сторон углубить и расширить классические положения павловской физиологии и патофизиологии головного мозга, по-новому оценить роль различных отделов мозга в его сложной интегративной деятельности, формирующей характер приспособления организма к окружающей среде и, следовательно, применительно к неврозам также углубить и расширить наши знания о механизмах их развития» (с. 191).

С наибольшей последовательностью описанная онтологическая позиция воплощена в физиологии и медицине, но «подобный ход мысли можно обнаружить не только у физиологов, но и у психологов. Следствием этого является то, что в психологии термин "объективное описание" употребляется в качестве синонима термина "физиологическое описание", а "психологическое" — в качестве синонима "субъективное"» {Зинченко, Мамардашвили, 1977, с. ПО}. Психология также не избежала стремления уйти от «проклятых» вопросов и, изживая свое чувство неполноценности, вооружилась измерительными приборами, придававшими ей приличный в обществе естественных наук вид. Курсы и учебники психологии были переименованы в «экспериментальную психологию», и мерой научности стала приборная оснащенность. Это происходило даже в таких развитых, передовых и благополучных в методологическом отношении областях, как психология познавательной деятельности, экстрацептивного восприятия и уж тем более в забытой и отдаленной психологии интрацепции или психологии телесности, которой по сути дела не существовало. «По признанию самых авторитетных

Часть 1. Теоретические проблемы психологии телесности

авторов, сейчас не существует никакой убедительной общей теории восприятия, способной охватить накопленные знания, наметить концептуальную схему, отвечающую требованиям диалектико-материалистической методологии. В психологии восприятия остаются по существу не преодоленными физиологический идеализм, прикрытый новой терминологией, параллелизм и эпифеноменализм, субъективный сенсуализм, вульгарный механицизм.

Жалкое состояние теории восприятия при богатстве накопленных конкретных знаний свидетельствует о том, что сейчас создалась острая необходимость пересмотреть то принципиальное направление в котором движутся исследования... А это требует коренного преобразования самой постановки проблемы психологии восприятия и отказа от ряда мнимых постулатов, которые по инерции в ней удерживаются» (Леонтьев А.Н., 1979, с. 3—4). После опубликования этих строк прошло более двадцати лет, но их актуальность несколько не уменьшилась, а возможно даже обострилась, и жалкое состояние теории стало еще более очевидным на фоне бурного развития инструментальных технологий.

Если не понимать психику эпифеноменально, как область, могущую вызывать лишь курьезный интерес, но не оказывающую никакого действия на течение реальных событий, подчиняющихся, в конечном счете, исключительно физическим закономерностям, то оправдание существования психологии как науки должно основываться на доказательстве несводимости всей реальности к безличной игре физических сил.

Это один из самых сложных вопросов, отсутствие ясного и недвусмысленного ответа на который делает столь убедительным и естественным объективный метод, доминирующий в современной науке.

Для того чтобы включить субъект в научную картину мира, следует доказать, что он имеет к нему отношение. Само понятие «отношение» имеет смысл в контексте объективного метода только как причинное отношение. Однако для того, чтобы данное отношение реализовать, необходимо «психическое» и «соматическое» поместить в один объективный мир. Психическое лишь тогда может действовать на соматическое, когда между ними есть нечто *общее*, сводящее их в одно реальное пространство. «...Когда пытаются представить подобное воздействие, воображают нечто вроде материальной или эфирной подкладки, которая якобы лежит в основе сознания и выступает под его именем, вызывая действие организма... Причинное воздействие какого-нибудь органического процесса на сознание столь же непонятно. Подобный процесс состоит в последовательности разворачивающихся материальных процессов, предполагающих

наличие у них массы, силы, сопротивления, энергии и т.д. Для того, чтобы эти материальные процессы модифицировали сознание, нужно было бы, чтобы они нашли в нем точку приложения, природа которой была бы однородна с ними, в форме перемещения массы, ускорения движущейся силы... иначе модификация осталась бы непонятной» (Пиаже, 1966, с. 98). Таким образом существует неразрешимая антиномия: необходимо либо допустить тождественность души и тела, сняв при этом необходимость выделения субъективного как самостоятельной сущности, либо, если постулировать существование особой «психической реальности», становится невозможно логически понять их отношение и связь (как причинную). Хотя снять эту антиномию в рамках субъект-объектного членения принципиально невозможно, для последовательности и полноты рассуждения необходимо найти те или иные способы ее разрешения. «Подобного рода трудности нередко преодолеваются за счет введения понятий, имеющих двойственную интерпретацию (наиболее популярное — эмоциональный стресс). Дело в том, что подобного рода понятия обеспечивают возможность в удобный для теоретика момент спроецировать события из мира психических событий в мир физиологических событий и обратно. Например, зарождение некоторого события (клинического феномена) описывается на языке внутриспсихического конфликта, повествование доводится до опосредующего звена — "эмоционального стресса", а затем продолжение описания осуществляется уже на языке физиологических отношений. Единство рассказа обеспечивается единством ситуационного временного ряда. Хотя о причинном отношении здесь говорить нельзя, но этот недостаток смягчается возможностью обнаружения закономерностей временной координации событий» (Тищенко, 1991а, с. 146). В психиатрии, психологии и физиологии широко применяются подобного рода «двойственные» понятия, представляющие собой место «перетекания» психического в соматическое. Помимо стресса можно назвать уже описанные «кайнестопатию», «детектор», «церебральное информационное поле», «вегетативную нервную систему», «торможение и возбуждение» и пр.

К сожалению, психофизиологическая проблема, составляющая ядро этих теоретических затруднений, несмотря на длительную историю своего существования, не получила адекватного разрешения. Более того, большинство современных психологов и философов старается держаться от нее как можно дальше, зная о теоретических неприятностях и опасностях, которые она приносит ее исследователю. Меньшую осторожность проявляют представители технических и естественных наук, изобретая все новые способы редукции.

Уйти от этой проблемы невозможно и, не претендуя на ее адекватное и окончательное решение, можно попытаться подойти к ней не с точки зрения редукции, а постулировав исходное существование двух реальностей и в качестве сущего рассматривать не только физические объекты. Для прояснения нашей проблемы — телесности во всех ее вариантах — важно не столько то, в каком отношении находятся телесные ощущения к вызывающему их объективному процессу, сколько сам факт их реального субъективного существования, необходимость понимания закономерностей которого не может быть отменена никаким объективным изучением. «...Если голова (мозг) и мир будут все-таки в конце концов описаны с предельно возможной детализацией в физических (физико-химических) терминах в реальном пространстве и времени, то психическое все равно окажется особым срезом и аппарата отражения (мозга), и отображаемых в нем состояний, и объектов мира, не сводимых ни к тому, ни к другому, и живущих в квази-предметном измерении бытия... Субъективность сама входит в объективную реальность, данную науке, является элементом ее определения, а не располагается где-то над ней в качестве воспаренного фантома физических событий... Говоря, что субъективность входит в реальность, мы имеем в виду, что она входит в ту реальность, которая является объективной, каузально организованной по отношению к миру сознания, данному нам также и на "языке внутреннего". Только задав ее с самого начала (также как в биологии явление жизни) в трансцендентной по отношению к "языку внутреннего" части, мы можем затем выделить объективные процессы (идущие независимо от наблюдения и самонаблюдения), выделить стороны предмета психологического исследования, поддающегося объективному описанию. Потом уже поздно соединять сознание с природными явлениями и описывающими их терминами» (Зинченко, Мамардашвили, 1977, с. 116—117).

Если перевести это рассуждение на почву нашей темы, то соотношение между «аллопластической картиной болезни» и ее «аутопластическим» отражением невозможно адекватно объяснить, рассматривая в качестве онтологической только первую, а вторую пытаясь вывести из нее. Это сходно с требованием Э. Гуссерля (Husserl, 1973) радикально изменить понимание самого субъекта познания и трактовку сознания. Онтологическую интерпретацию невозможно осуществить, если за субъектом познания признается только гносеологический статус и не ставится вопрос о бытии этого субъекта, а познавательная активность сознания и его бытие рассматриваются изолированно. Сознание само должно быть онто-логичным (Мотрошилова, 1989; Рубенис, 1989). По Э. Гуссерлю,

совершенно бессмысленно говорить о мире «как о таковом», вне сознания. Речь должна идти о мире, данном в сознании, т.е. иного способа представления мира у субъекта нет. При этом сознание само находится в мире, а не вне его, и поэтому оно может ставить вопрос не о мире как таковом, а только о мире в горизонте его видения сознанием. Разрушается классическая рационалистическая постановка субъекта на точку зрения «абсолютного» наблюдателя, «прозрачного» и не подверженного никаким влияниям. В нашем случае, болезнь доступна субъекту лишь в виде аутопластической картины, лишь в форме ощущений, переживаний и знаний.

Это совершенно не означает, что нет аллопластической объективной картины болезни, она существует, как существует объективный мир. Это означает лишь то, что, став фактом сознания, она с неизбежностью начинает подчиняться законам субъективного. «...Фактически медитирующее Ego не может освободиться от индивидуальных субъективных условий, так как то, что оно познает, оно познает в определенной перспективе. Ни одна рефлексия не может ничего поделать с тем, что я в туманный день вижу солнце на расстоянии двухсот метров, что я вижу солнце на восходе и на закате, что способ моего мышления испытывает "воздействие" моего воспитания, моих предшествующих усилий и моей истории» (*Merleau-Ponty*, 1966, p. 147). Качество болезненного ощущения есть субъективное качество, не совпадающее по сущности с качеством патогенного фактора, и не содержит в себе ни одной его частицы.

Внутренняя картина болезни — не простая калька аллопластической и может не совпадать с ней вплоть до того, что существуют болезни, не имеющие либо субъективного, либо объективного коррелята.

Медицина длительное время ориентировалась на поиски объективных причин болезни и максимальное устранение субъекта из процесса лечения. Несмотря на все ее уверения, что нужно лечить больного, а не болезнь, она практически стала организмо-центрической. На этом пути медицина добилась весьма впечатляющих успехов и, несомненно, ее перспективы неограниченны. Значительно скромнее успехи «субъективной» медицины, которую еще только предстоит создать. Она должна не претендовать на отмену «объективной» медицины, но дополнить ее. Если мы принимаем положение о том, что человек есть не только организм, то и лечение не должно быть только биологическим. Необходимо создать специальную область знания, основанную не просто на здравом смысле и опытности практического врача, но использующую накопленный багаж психологии, философии и других гуманитарных наук, изучающих не фантомы, а реальные, хотя и не физические сущности.

Установленные ими законы не могут и не должны игнорироваться на пути дальнейшего развития научного знания.

Как писал по сходному поводу З. Фрейд, «...продолговатый мозг — очень серьезный и красивый объект. Припоминаю точно, сколько времени и труда много лет тому назад я посвятил его изучению. Но теперь я должен сказать, что мне неизвестно ничего, что было бы безразличней для психологического понимания страха, чем значение нервного пути, по которому проходит его возбуждение» (1922, с. 145). В этой цитате, которая неоднократно приводилась физиологами павловской школы в качестве образца отсутствия логики и предела падения в идеализм, на самом деле речь идет не об игнорировании значения материального субстрата (этого было бы странно ожидать от профессионального невролога), а о невозможности прямой редукции психического и бессмысленности его познания изучением исключительно мозгового субстрата.

Глава 2

Теоретические проблемы

психологии интрацепции

2.1. Активность субъекта в телесном восприятии

Признание онтологии субъективности ставит нас перед необходимостью решения целого ряда сложных теоретических проблем, не существующих в рамках рефлекторного объективистского подхода, в котором возможность возникновения как отдельного ощущения, так и целостного образа ограничивается только наличием стимула и соответствующего сенсорного аппарата, способного его воспринять, рецепторов, содержащих «специфическую энергию», и «проводниковых путей», передающих сигнал к рецепторам коры, а затем к афферентным звеньям. Оpozнание осуществляется по принципу «замок-ключ», и в качестве идентичных будут выступать все сигналы, обладающие общим свойством включения рецептора.

Несмотря на очевидную простоту и логичность рефлекторной схемы, она, тем не менее, не в состоянии объяснить реальную работу восприятия, и к настоящему времени накоплено большое число убедительных теоретических аргументов и экспериментальных фактов, показывающих принципиальную ограниченность рефлекторной парадигмы и невозможность построения в ее рамках непротиворечивой модели познавательных процессов (*Узнадзе, 1966; Брунер, 1977; Кориунов, 1979; Ильенков, 1979; Лекторский, 1980; Смирнов С.Д., 1985*). Ее критика велась с самых разных сторон.

Во-первых, со стороны физиологии, продемонстрировавшей на теоретических моделях и в конкретных экспериментах невозможность построения даже элементарного движения без опережающего «нерефлекторного» характера отражения {Бернштейн, 1947, 1966; Анохин, 1968} (хотя сам оксюморон «опережающего отражения», на мой взгляд, очень хорошо демонстрирует методологические затруднения). В рамках рефлекторной схемы оказалось невозможным объяснение даже отдельных ощущений, например боли. Хотя самоочевидная биологическая ценность боли, сигнализирующей о повреждении тканей, должна была бы обеспечивать ее базовый характер и основываться на самом простом и чисто физиологическом механизме, многие факты говорят о том, что боль зависит не только от величины повреждения, и ее восприятие не определяется только свойствами раздражения {Melzack, 1961; Крыжановский, 1997; Мелзак, 1981}.

Во-вторых, этому противоречат многочисленные психологические эксперименты, свидетельствующие о том, что человек воспринимает реальность отнюдь не так, «как она есть» {Gibson, 1950, 1966; Fraisse, 1967; Грегор, 1970, 1972; Ительсон, 1971; Тондзе, 1974; Уоллах, 1976; Turvey, Shaw, 1979; Fodor, Polyshyn, 1981; Смирнов С.Д., 1981}. «Тезис о прямом характере восприятия... совершенно явно противоречит основному массиву накопленных в психологии данных о перцептивных процессах. От описанных в прошлом веке куба Неккера и оптико-геометрических иллюзий до более современных демонстраций Эймса и примеров неоднозначности предложений в порождающей трансформационной грамматике (Н. Хом-ского. — А. Т.) бесчисленные феномены свидетельствуют о том, что внутренняя репрезентация стимулов может быть неопределенной, неустойчивой, вызывающе неадекватной» (Величковский, 1982, с. 272—273). Поступающая информация обладает гигантским числом степеней свободы и не может служить единственным источником ориентации без адекватного отбора и структурирования. Вопрос же о том, какие впечатления будут восприняты и как будет репрезентирована стимуляция, решается на стадии процесса, предшествующей самому воздействию стимула. Субъект не просто улавливает стимульное воздействие, а выбирает его, или даже, вернее, активно его ищет. Причем стимул, который ищется, уже заранее имеет определенную интерпретацию, значение и эмоционально-личностный смысл. Они как бы предшествуют стимулу, а не «вытягиваются» из него (Столин, 1976). В этом смысле описанию процесса восприятия более адекватна метафора «кувшина», придающего воспринимаемому свою форму, нежели метафора «печати», без изменений передающей форму воспринимаемого (Ортега-и-Гассет, 1990).

Характер восприятия невозможно вывести из знания условий стимуляции, даже при переходе к переменным самых высоких порядков. Так, «отдельные признаки глубины получают статус реальных факторов в определении пространственной организации воспринимаемого, только будучи взяты по отношению к наличной в восприятии перцептивной гипотезе» *{Пузырей, 1980, с. 17—18}*.

Та или иная стимуляция может быть правильно воспринята лишь при наличии идущей вовне активности субъекта. «Характеристика отражения как опережающего предполагает, что оно не является результатом только изменений, вносимых отражаемым объектом в отражающий. Напротив, сущность отражения, определяющая направление его развития от более низких к более высоким формам, заключается в способности отражающего субъекта развивать встречный процесс, в ходе которого осуществляется объективирование, выражение вовне его внутренней природы... Это предположение дает систему теоретико-методологических аргументов для критики механистических теорий психического образа как результата одностороннего запечатления внешнего во внутреннем. Это тем более актуально, что подходы такого рода претендуют на статус единственных последовательно материалистических концепций» *(Смирнов С.Д., 1985, с. 129)*.

Что же противопоставляет субъект воспринимаемому им миру, что, собственно, является истинным психологическим инструментом (помимо очевидного наличия сохранных и работающих органов чувств) «вычерпывания» информации из мира? При ответе на этот вопрос необходимо помнить, что перцептивный образ, рождающийся в результате этой встречи, существует именно в виде субъективных качеств, не содержа в себе ничего из вещества стимула. Стимуляция приобретает свое субъективное существование лишь «отливаясь» в форму субъективных единиц. При этом очевидно, что эти единицы находятся в некоторой системе, так как мы не воспринимаем каждый раз стимул в новом его качестве (хотя невозможно представить даже двух полностью идентичных проявлений стимула, имеющих бесконечное количество степеней свободы проекции, интенсивности, условий появления и пр.). Короче говоря, воспринять стимул — значит отнести его к некоторой категории. «Восприятие предполагает акт категоризации. Фактически... происходит следующее: мы предъявляем субъекту соответствующий объект, а он отвечает путем отнесения воспринятого раздражителя к тому или иному классу вещей или событий. На этой основе только и могут строиться любые наши теоретические рассуждения» *(Брунер, 1977, с. 13)*.

С этой точки зрения восприятие ничем не отличается от познания вообще и нет никаких оснований предполагать, что законы ка-

тегоризации резко отличаются от законов понятийной деятельности. При этом совершенно необязательно, чтобы они были осознанными или произвольными. По мнению Дж. Брунера, развивавшего старую идею Г. Гельмгольца о «бессознательных умозаклечениях», «...теория восприятия должна включать, подобно теории познания, какие-то механизмы, лежащие в основе вывода и категоризации» (*Там же*, с. 14). Это допущение совершенно не означает отказа от классического учения о сенсорных данных. Речь идет о том, что эти данные и могут быть восприняты лишь в виде элемента некоторого множества, но не *как* неповторимое и единичное событие. «Для установления самого простого порядка необходима "система элементов", то есть определение сегментов, внутри которых смогут возникать сходства и различия, типы изменений, претерпеваемых этими сегментами, наконец, порог, выше которого будет иметь место различие, а ниже — подобие» (*Фуко*, 1977, с. 37).

Категоризация необходима даже в механистических моделях, не использующих понятие субъекта. Д.О. Хебб, например, предполагал существование неких примитивных форм перцептивной организации, делающих возможным использование признаков для различения объектов и отнесения их к определенной категории (*Hebb*, 1949). Физиологические модели механизмов таких первичных систем предложены П.К.Анохиным (1968) и Е.Н.Соколовым (1963) в виде «акцептора действия» и «нервной модели стимула».

Тем более категоризация обязательна для существования любого субъективного ощущения, в котором и будет себя обнаруживать. Это весьма принципиальный для уяснения момент. Многими психологами категоризация предусматривается лишь для развитых форм восприятия и служит неким дополнением, оформляющим нормальные (натуральные) чувственные данные. В своем анализе структуры сознания А.Н.Леонтьев (1975) в качестве базового, первичного элемента выделяет его «чувственную ткань». По его мнению, эта «ткань» образует чувственный состав конкретных образов реальности, актуально воспринимаемой или выплывающей из памяти. Эти образы различаются по тону, степени ясности, устойчивости, создают чувственный состав образов, придавая сознанию реальность. Понятие категории же относится к абстрактным внечувственным образованиям, и чувственная ткань противопоставляется значению, как амодальному и надындивидуальному конструкту. Субъект, по мнению А.Н.Леонтьева, способен дифференцировать восприятие реального мира и свое внутреннее феноменальное поле. Первое представлено в сознании «значимыми образами», второе — «чувственной тканью». Чувственная ткань может

быть представлена в сознании в двух формах: как то, в чем существует для субъекта предметное содержание (это составляет обычное «нормальное» явление), или сама по себе. В последнем случае несовпадение обнаруживается либо в результате специально направленной интроспекции, либо в особых экспериментальных условиях. Возможность дифференцирования феноменального поля и предметных «значимых» образов составляет особенность человеческого сознания, благодаря которой человек освобождается от рабства чувственных впечатлений, извращенных случайными условиями. Идея дифференциации феноменального поля и предметных образов высказывалась ранее также Дж. Гибсоном (*Gibson*, 1950), Г. Уоллахом (*Wallach*, 1949), К. Праттом (*Pratt*, 1950) и еще раньше Е. Титченером (*Titchener*, 1916) как различие между видимым полем (мир ощущений, отражающих признаки вещей) и видимым миром (мир предметов, вещей, событий).

Не подвергая сомнению действительно существенную разницу между модальными чувственными впечатлениями и амодальным значением, в котором свернута более широкая совокупность свойств предметного мира и отношений, раскрытых общественной практикой, зададимся вопросом: настолько ли принципиальна и непреодолима эта граница? Ведь для существования даже отдельных чувственных сенсаций нужна сеть категориальных структур. Если отвлечься от врожденных способов категоризации, составляющих, видимо, меньшую часть таких структур, они также представляют собой социально выработанную систему значений. Многими исследователями демонстрировались убедительные факты социокультурной детерминированности чувственных ощущений. Так, отсутствие в языке некоторых цветовых названий приводит к невозможности различения отдельных цветов (*Лурия*, 1974). Древние греки не воспринимали синего цвета и, напротив, большой перцептивный опыт и развитая категориальная система позволяет народам Севера различать сотни оттенков белого, а красильщикам — сотни оттенков черного цвета. Значения, используемые в чувственном восприятии, могут быть менее дифференцированы, не зафиксированы в языке, плохо рефлексиремы, отражать лишь отдельные качества объекта. Выражаясь языком Дж. Брунера, категоризация может быть богаче («это хрустальный бокал, огранный в Дании»), беднее («это стеклянный предмет»), совсем бедной («это предмет, а не звук»), принципиально — все это значения разной степени дифференцированности.

«...Мне кажется необязательным и неразумным предположение, что сенсорные процессы, на которых основываются категоризации более высокого порядка, коренным образом отличны от... процес-

сов сравнения и идентификации, которые входят в состав наших восприятий. Основное допущение, которое мы должны принять с самого начала, состоит в том, что всякий перцептивный опыт есть конечный продукт процесса категоризации. Мы должны принять это допущение по двум причинам. Первая состоит в том, что восприятия имеют родовой характер в том смысле, что все воспринимаемое относится к некоторому классу и лишь через него приобретает свое значение... Факт существования предметов, событий или ощущений, не относимых ни к какой категории — хотя бы категории определенной модальности, — настолько далек от всякого опыта, что его без колебаний следует признать сверхъестественным... Более серьезным, хотя и чисто логическим, является вопрос о том, как вообще человек может сообщить другим о наличии у него не родового или полностью индивидуального опыта. Ни язык, ни предварительное обучение, которое можно дать организму для управления любой другой формой внешней реакции, не позволяют ничего сообщить иначе как в терминах рода или категории. Если бы какое-нибудь восприятие оказалось не включенным в систему категорий, то есть свободным от отнесения к какой-либо категории, оно было бы обречено оставаться недоступной жемчужиной, жар-птицей, погребенной в безмолвии индивидуального опыта» (*Брунер*, 1977, с. 13—16). К этому можно добавить, что столь же трудно представить себе не только восприятие, но и вообще нечто, ставшее содержанием субъективного сознания вне категорий этого сознания. «Природа открывается лишь через решетку наименований, и она, которая без таких имен оставалась бы немой и незримой, сверкает вдали за ними, непрерывно предстает по эту сторону этой сетки, которая, однако, открывает ее знанию и делает ее зримой лишь в сквозной пронизанности языком» (*Фуко*, 1977, с. 39).

Хотя нашему сознанию презентированы не конструкторы, а конкретные предметы, явления, отношения или отдельные чувственные впечатления, каждый раз можно показать, что восприятие опосредствовано определенной системой категоризации. «Порядок — это то, что задается в вещах как их внутренний закон, как скрытая сеть, согласно которой они соотносятся друг с другом, и одновременно то, что существует, лишь проходя сквозь призму взгляда, внимания, языка; в своей глубине порядок обнаруживается лишь в пустых клетках этой решетки, ожидая в тишине момента, когда он будет сформулирован...» (*Там же*).

Что же касается зафиксированного во многих экспериментах рассогласования чувственной ткани и значения, или, если пользоваться другими терминами, рассогласования «видимого мира» и «видимого поля», то этот результат следует интерпретировать как

диссоциацию между разными уровнями категоризации. Чувственные и предметные значения, видимо, обладают разной мерой

стабильности, усвоенности и осознанности и в специально построенных экспериментах могут не совпадать, и даже противоречить друг другу. (Недаром основные феномены их разведения продемонстрированы именно в таких экспериментах, например, в условиях инвертированного зрения.) Возможность подобного рассогласования определяется и двойственностью существования значений для субъекта. Она состоит в том, что значения могут выступать перед субъектом как в качестве объектов его сознания, так и в качестве способов и «механизмов» осознания (см.: *Леонтьев А.Н.*, 1975). Эта двойственность и реализуется, когда одни категории выступают как «объект» сознания, а другие — как «механизм».

А.Н. Леонтьевым обсуждается только высшая форма категоризации, сведенная, к тому же, к зафиксированному в языке, вербализованному, надындивидуальному и абстрактному значению. Однако, означивать предмет, давая ему имя, можно не только оставаясь в границах речи. Воспринимать или переживать его в определенном качестве значит также категоризовать. Эти категории могут быть не идентичны вербальным значениям, могут использоваться классификации, не имеющие явных обозначений, которые с трудом или совсем не могут быть осознаны¹. Они «скорее чувствуются, чем понимаются, — их осознание носит интуитивный характер», но тем не менее они «вполне могут быть более рациональными, нежели явно выраженные классификации» (*Whorff*, 1956, p. 80). Механизмы перцептивной квалификации могут быть основаны на обобщениях иного рода: «сенсорных эталонах» (*Венгер*, 1969), «семантико-пер-цептивных универсалиях» (*Артемьева*, 1980, 1986), «предметных значениях», «оперативных единицах восприятия» (*Зинченко*, 1966, 1971), «конструктах» (*Kelly*, 1963, 1970), «решетках» (*Франселла, Баннистер*, 1987). Категоризация может быть богаче, дифференцированнее, «артикулированнее» или, напротив, беднее, грубее и проще, но она всегда должна быть.

Признание существования категориальных систем значений в качестве основного инструмента сознания ставит целый ряд сложных теоретических и практических вопросов, попыткам ответить на которые и будет посвящена данная работа.

Часть из этих вопросов требуют прояснения, поскольку входят в обоснование самого подхода и содержат некоторые допущения,

¹ Такие тонкие классификации Б. Уорф называл «криптотипами». Крипто-тип — есть «глубинное, тонкое, неуловимое значение, которое не находит выражения в реально используемых словах» (*Whorff*, 1956, p. 70).

нуждающиеся в дополнительном теоретическом обсуждении. Ответы же на другие можно будет дать лишь после представления соответствующего экспериментального материала. Начнем с наиболее, на мой взгляд, важных теоретических вопросов.

2.2. Проблема происхождения категорий. «Первовидение» в интрацептивном восприятии

Самое первое, что нуждается в объяснении, это то, откуда берутся сами категории. Следует, видимо, признать некоторые из них первичными, врожденными, а некоторые приобретенными.

По замечанию Дж. Брунера (1977), полный список врожденных категорий — это излюбленный предмет философских споров, на который было потрачено слишком много чернил и слишком мало экспериментальных усилий. Это одна из наиболее широко обсуждаемых тем в генетической психологии, этологии и зоопсихологии и, в принципе, существование таких категорий (но не конкретный список) можно считать доказанным (*Hebb*, 1949; *Piaget*, 1951; *Tinbergen*, 1951; *Хайдн*, 1975). На базе первичных, врожденных категорий строятся вторичные, производные. Их развитие связано с обучением, воспитанием и усвоением выработанных в культуре систем эталонов. Специфика человеческого развития заключается в том, что все его психические функции претерпевают глубочайшие изменения, превращаясь из натуральных в культурно опосредствованные (*Durkheim*, 1912; *White*, 1949; *Выготский*, 1960, 1982; *Запорожец*, 1963; *Ветер*, 1969; *Лурия*, 1974; *Леонтьев А.Н.*, 1975, 1981). Это принципиальное преобразование не только трансформирует содержание психических функций и их проявление в человеческой деятельности, но делает невозможным их понимание с точки зрения натурального подхода.

Это утверждение уже давно стало тривиальностью в науке, однако рассуждения о культурно-исторической опосредствованности касались лишь высших психических функций, не распространяясь на интрацепцию и телесность. Таким образом, целый блок весьма важной области человеческого существования оказался «теоретически невидим». Это произошло, возможно, потому, что телесность, с реальностью которой человек сталкивается, как правило, в случае ее «неисправности», относилась к компетенции, главным образом, медицины.

Прежде всего, на мой взгляд, должно быть изменено это странное, но тем не менее прочно сложившееся положение, и на телесные явления должны быть распространены принципы социализации натуральных процессов и функций. В онтогенезе человек усваивает

не только категории экстрацептивного восприятия типа геометрических форм, цветов спектра, фоном языка и пр., но и социально выработанные формы восприятия и проявления телесности, в том числе и интрацептивные болезненные ощущения (к более подробному обсуждению специфики социализации телесности мы обратимся далее, ограничившись здесь лишь признанием ее необходимости). Второй, весьма важный вопрос, на который необходимо ответить с самого начала, также тесно связан с проблемой происхождения категорий, но уже на уровне индивидуального акта восприятия. Этот вопрос вызван необходимостью разрешения фундаментального парадокса восприятия, заключающегося в следующем: чтобы воспринять объект, необходимо подобрать соответствующую категорию, однако для того, чтобы ее подобрать, необходимо знать к чему подбирать. Невозможно достаточно логично объяснить выбор правильной категории восприятия до акта восприятия и невозможен акт восприятия без правильно подобранной категории. «Чтобы воспринимать мир, необходимо уже иметь идеи о нем. Знание о мире объясняется из предположения, что такое знание уже имеется. Безразлично, приобретаются эти идеи или они врожденны: порочно само круговое рассуждение» (*Gibson*, 1966, p. 142).

Смягчить этот парадокс можно, только изменяя трактовку восприятия.

Во-первых, следует предположить существование неких ядерных, базальных конструктов, позволяющих начать работу с объектом, разворачивая затем сколь угодно сложную сеть и трансформируя способы репрезентаций.

По нашему мнению, формой ядерного субъективного существования выступает категоризация в виде эмоционально-оценочных конструктов, представляющих сущность своеобразного «первови-дения» (*Тхостов*, 1976; *Артестьева*, 1980). На этом этапе «...давая описание объекта, испытуемый считает необходимым указать, каким (полезным ли, удобным ли, приятным ли) является этот объект в возможных взаимоотношениях с ним... "Вопросы к объекту", которые задаются субъективными структурами опыта... формулируются на языке эмоционально-оценочных координат» (*Артестьева*, 1980, с. 27). В специальных экспериментах при восприятии и опознании объекта в условиях дефицита времени и (или) возможности манипуляции стимульным материалом (тахистоскопическое восприятие, произвольное запоминание) была показана ведущая роль системы эмоционально-оценочных категорий по сравнению с гностическими — типа цвета и формы (*Тхостов*, 1976). Это позволяет предполагать, что на некотором этапе генезиса перцепта

(а именно на этапе первичной категоризации) системы, включающие субъективно значимые свойства, первичны. На этапе «пер-вовидения» выясняются самые грубые (но наиболее важные с эволюционной точки зрения) качества объекта: опасен ли он, хорош ли, — отражающиеся в виде базового разделения объектов на приятные и неприятные. Поэтому вполне понятно, почему эмоционально-оценочные качества оказываются ведущими. Подобный способ субъективного отражения, видимо, имеет врожденную основу. Во всяком случае, это не противоречит этологическим данным, показывающим возможности новорожденных животных отличать силуэты опасных и неопасных объектов. Гипотеза о базовом характере эмоционально-оценочных координат восприятия высказывалась и во многих психоаналитических работах {Klein, Heimann, Isaacs, Riviere, 1952; Spitz, 1968}.

Непервичный характер собственно сенсорных качеств подтверждается многими на первый взгляд парадоксальными фактами, например тем, что впечатление о стимуле возникает по времени раньше, чем знание о том, с помощью чего воспринят объект (зрение, слух и пр.). Ответ на второй вопрос требует специальных усилий и знание такого рода явно вторично (Posner, 1978).

Только признание существования ядерной формы субъективного отражения позволяет понять многочисленные феномены «перцептивной защиты» — повышения порога восприятия опасных, неприятных или социально неодобряемых стимулов {Bruner, Postman, 1949; Rosen, 1954}. В этих явлениях совершенно непонятно не то, что порог восприятия может изменяться в ту или иную сторону (само по себе это не очень удивительно), но то, как он вообще может изменяться в зависимости от значения и смысла воспринимаемого стимула до его восприятия. То есть, для того, чтобы *не воспринять* объект, его нужно сначала *воспринять*. В принципе, тот же парадокс содержится в психоаналитических феноменах «значащего» забывания или ошибки. В этом случае, чтобы *ошибиться*» или *забыть*», необходимо также сначала правильно *вспомнить*.

Форма презентированности объекта сознанию определяется используемыми категориями и меняется соответственно переходу от одной системы координат к другой. В опытах Д.Н. Узнадзе по опознанию предметов на ощупь, было выяснено, что чувственные впечатления до акта опознания и после него существенно различны: «...лабильность, неопределенность, безликость должны, по нашему мнению, наиболее характеризовать так называемые ощущения — эту предшествующую настоящему восприятию ступень, где они и приобретают свою определенность и конкретную индивидуальность».

Стоит испытуемому опознать экспонируемый объект хотя бы неверно, как чувственное содержание его сознания значительно видоизменяется, приобретая конкретность и превращаясь в определенное законченное переживание... В зависимости от вида предполагаемого испытуемым предмета одно и то же ощущение переживается им в различных, а иногда даже противоположных качествах. Конечно, не содержание ощущений определяет значение предъявляемого объекта, но напротив, значение предъявленного объекта придает ясное и определенное содержание самим ощущениям» (Цит. по: *Смирнов С.Д.*, 1981, с. 18).

Этот совершенно неординарный феномен не привлек к себе в свое время того внимания, которого он явно заслуживал, скорее всего потому, что он противоречил доминировавшей в науке рефлекторной теории восприятия и имел явно выраженный привкус идеализма.

Действительно, если принять его за реальность, становится очень трудно понять, как же на самом деле строится восприятие: если качество ощущения определяется значением предмета и именно через него получает стабильное существование, то откуда, как не из ощущения, берется значение предмета? Эксперимент Д.Н. Узнадзе может быть объясним только через порочный круг.

Ситуация разрешается изменением трактовки эксперимента. Дело в том, что испытуемый должен был рефлексировать именно предметные, модально определенные ощущения и именно они требовали существования перцептивной гипотезы, меняя в зависимости от нее свое качество. По-видимому, иная ситуация была бы при восприятии объекта в эмоционально-оценочных координатах. Таких данных у Д.Н.

Узнадзе, к сожалению, нет, но необходимые результаты были получены в сходном эксперименте Л.А. Жуковой (1976). Испытуемым предлагалось ощупывать бруски с различной фактурой поверхности и как можно точнее сообщать сведения об этой фактуре. Стабильным ядром тактильных свойств перцепта оказались не оценки внутри соответствующей модальности (тактильные свойства ощупываемых предметов), а свойства, имеющие оценочный или эмоциональный компонент (см.: *Артемова*, 1980).

Особая устойчивость эмоциональных признаков позволяет предполагать, что категориальные системы, включающие эмоциональные, «субъективные» свойства, используются на ранних фазах порождения перцепта и можно говорить не только о сенсорных, но и об особом рода «эмоциональных» универсалиях. Пережитые эмоции, подобно пережитым манипуляциям с объектом, создают системы шкал и оценок, определяющих отношение к объекту и создающих особую форму субъективности, своеобразную эмоциональную

«чувственную ткань», придающую объекту чувственное существование не в форме цвета или протяжения, а в виде эмоционального переживания.

Можно предположить, что чем менее развитой, социализован-ной является сфера восприятия, тем большее место в ней занимают первичные, ядерные формы объективации. Поэтому понятной становится преобладающая квалификация телесных ощущений в эмоционально-оценочных категориях.

Рассмотрим «нормальный» вариант порождения субъективной картины болезни, начинающийся с соматических, телесных ощущений, вызванных тем или иным патологическим процессом в организме. Если выделить самый первый этап «первичной категоризации» этих ощущений, то они представляют собой крайне неоформленное, плохо формулируемое, неотчетливо локализованное дискомфортное состояние, которое может быть воспринято лишь в эмоционально-оценочных координатах типа «хорошо-плохо». Эти «темные», продромные ощущения очень похожи по своему качеству на «предвосприятия», описанные в опытах Д.Н.Узнадзе. Продолжительность этой фазы существенно зависит от возраста, опыта болезни, развитости категориальной сети интрацептивных ощущений, возможности проверки возникающих гипотез.

Актом означения сенсорные ощущения превращаются в перцептивный образ, ядром которого является схема тела. В результате этого ощущения из зыбких и неопределенных становятся конкретными, получают свою локализацию, сравнимую степень интенсивности, модальность, соотносятся с культурными, перцептивными и языковыми эталонами, могут быть вербализованы.

Хотя мы здесь говорим о роли акта означения, на самом деле — это не совсем точное определение. Неозначенные, хотя бы эмоционально, ощущения вообще недоступны сознанию и их следует так же как при экстрацепции признать сверхъестественными. Этот термин следует понимать достаточно условно, как разделение интра-цептивного восприятия на уровне «первовидения» и категориального восприятия. Экспериментальное изучение интрацептивного «первовидения» крайне затруднено в силу кратковременности этой фазы, а также принципиальной недоступности ее для рефлексии. Поскольку интрацептивный акт к тому же сугубо «внутренний» и в смысле протекания и в смысле «расположения» стимула, экспериментатор никаким образом не может контролировать его и вынужден в значительной степени ориентироваться на косвенные данные. Это диктует и стратегию экспериментов, отличающихся от исследований экстрацептивного восприятия, где стимул доступен контролю.

Категоризация сенсорных данных в виде модальностей сенсорных ощущений переводит их из «темных» чувств в конкретные, обладающие чувственным наполнением. Способы формирования и усвоения этих культурно выработанных эталонов в случае интрацепции также не могут быть прямо заимствованы из экстрацепции. Так как соматические, телесные ощущения являются отражением «объекта», находящегося внутри каждого индивида, само качество, модальность этих ощущений не могут быть прямо соотнесены с ощущениями «другого». Встает вопрос, что же тогда позволяет отдельным индивидам сравнивать эти ощущения и понимать друг друга? Ведь их не объединяет предметно-практическая деятельность с одним и тем же объектом (как это происходит при познании объектов внешнего мира). Выход из этой ситуации, возможность усвоения культурных эталонов связаны, по-видимому, с соотнесением интрацептивных ощущений с экстрацептивными. Подобное допущение нуждается, конечно, в специальных доказательствах, и мы приводим его здесь лишь в качестве достаточно правдоподобной гипотезы. Ее правомерность подтверждается семантикой модальностей, качеств интрацептивных ощущений. Так, боль называется «режущей», «колющей», «острой», «тупой» и т.д., таковы ощущения «жжения», «распирания», «горит», «давит», «саднит», «морозит» и пр. Специальный лингвистический анализ показывает, что народные названия болезней в русском языке передают их внешние признаки, а наименования болезненных ощущений происходит от обозначения либо конкретных действий острым орудием, либо разного рода механических воздействий (и в том, и в другом случае — экстра-цептивных) (Меркулова, 1975).

Дж. Энджел (*Engel*, 1959, 1970) высказывает предположение, что человек, описывая интрацептивное ощущение (в его случае — боль), использует понятия, относящиеся не к «языку боли», а к обстоятельствам, в которых эта боль была когда-то испытана, или к воображаемой ситуации, в которой он мог бы ее испытывать. Так, пациент говорит, что испытывает острую боль, представляя порез, тупую — как ощущения при надавливании, жгучую — ожог и т.д. Когда же пациент с коронарной недостаточностью говорит о своей боли «как будто грудная клетка раздавливается», то он скорее всего строит описание в терминах «воображаемой ситуации».

Г.Е. Рупчев (2001), выделивший психологическую специфику «внутреннего тела», подчеркивает, что кроме того, что внутренние телесные ощущения имеют генетическую связь с экстрацепцией, их структура соответствует структуре метафоры.

Метафора — это один из видов тропа, оборот речи, где общий признак двух сравниваемых слов (объектов) переносится на один из них, который при этом получает «переносный» смысл.

Многие названия телесных ощущений, будучи метафорическими по происхождению, из-за своего частого употребления давно уже так не воспринимаются. Например, «сердце колет», «голова раскалывается», — эти ощущения в обыденном языке имеют характер конкретных телесных ощущений. В своих метафорических формах они и воспринимаются (обнаруживаются) и репрезентируются в качестве первичного, элементарного симптома врачу, не подразумевая никакой субъективной переработки.

Кроме этих, конвенциональных интрацептивных метафор, индивидуальный язык позволяет человеку проявлять творчество в объяснении своего самочувствия, но определенная часть сравнений уже имеет клиническое значение. Это классические истерические стигмы — «globus hystericus» (ощущения кома в горле), «clavus hystericus» (ощущение вбитого гвоздя), головная боль «по типу обруча».

Пожалуй, именно в процессе интрацепции субъект получает возможность использовать метафору как способ передачи непередаваемой информации. Механизм метафоры заключается в «перенесении» значения с одного объекта на другой. В этом контексте область внутреннего тела, недоступная непосредственному «объектному» восприятию, нуждается в «форме», которая должна быть связана с наиболее обобщенной человеческой практикой. Так, неясное ощущение дискомфорта в желудке, не говорящее ни о чем, кроме того что это не нормально, заимствуя значение из обычной деятельности, приобретает форму ощущения тяжести в желудке, представить которую на основе значения слова «тяжесть» легче, чем пытаться вообразить, что можно чувствовать, когда есть ощущение дискомфорта.

В сфере внутренней телесности феномен метафоры — это уже «не роскошь, которую может позволить себе литература, не редкое эзотерическое или чисто декоративное средство» (Гудмен, 1978 — цит. по: Рупчев, 2001, с. 199), а способ знакового овладения, психологическая функция, имеющая несколько связанных друг с другом аспектов:

1. Метафора вербализует интрацептивное ощущение. Этим, в словах, достигается первичное представление, осознание того, что происходит внутри тела.
2. Метафора дает возможность коммуникации внутреннего телесного опыта, чтобы он был понят другим. В этом смысле метафора позволяет «контейнировать» (по Винникоту) боль. Здесь можно предположить, что алекситимичные субъекты, например, имеющие

суженные психосемантические, а значит, и метафорические ресурсы, могут «недополучать» понимание, сочувствие со стороны других в том, что они ощущают, оставляя внутри себя много «некой-тейнированных» чувств.

3. Метафора, опосредствуя интрацептивный процесс, имеющий активный когнитивный характер, оформляя внутреннее телесное ощущение в объект для сознания, этим самым выстраивает между ними дистанцию, возможно, иногда облегчающую его переживание, так как боль в метафоре становится чем-то понимаемым, а не непонятым, непередаваемым и потому страшным.

4. Семантическое преобразование, метаморфоза, проделываемая в метафоре, придает внутреннему телесному ощущению новую степень реальности («Метафора есть вербальная структура, которая в силу своей формы утверждает реальность объекта» {Джордан, 1967 — цит. по: Рупчев, 2001}).

Таким образом, метафоричность внутренней телесности не только решает известные трудности коммуницирования качества своих ощущений², но является одной из центральных ее характеристик.

2.3. Образ тела и телесное ощущение

Вернемся еще раз к парадоксу восприятия. Второе условие, позволяющее его смягчить и достаточно непротиворечиво объяснить происхождение категорий, — отказ от рассмотрения восприятия как единичного акта, вырванного из текущей перцептивной деятельности. Основная ошибочная посылка теоретического характера заключается в том, что чувственное впечатление, вызываемое тем или иным внешним воздействием, рассматривается в качестве элементарного знания, из которого за счет его «переработки» строится знание более высокого уровня. Предполагается непосредственный характер получения исходных элементов знания. На самом деле чувственное впечатление приобретает предметную отнесенность, т.е. становится элементом знания не прямо и непосредственно, а только тогда, когда оно выступает в качестве звена циклического процесса, инициированного субъектом, т.е. исходное звено которого представляет собой движение от субъекта на объект в форме познавательной гипотезы, предварительного знания или регулируемого

² Вирджиния Вульф в своем эссе «Когда болееешь» замечает, что «...у английского языка, способного выражать думы Гамлета и трагедию короля Лира, нет слов для дрожи и головной боли... как только страдающий попытается описать врачу свою головную боль, богатство языка исчезает...» (Цит. по: Мел-зак, 1981, с. 42).

ими практического действия (см.: Смирнов С.Д., 1983а). Наличие стимуляции является только условием, а не причиной возникновения чувственного образа *{Там же}*.

Это отнюдь не принятие объективно-идеалистической точки зрения, выводящей все восприятие из субъекта и игнорирующей вклад объективного мира (кстати, подобный подход не разделяется практически никакими из современных философских направлений). Речь идет о том, что невозможно понять восприятие, если исходить из отдельных чувственных данных, не вписанных в постоянно существующий контекст — «образ мира». Так же точно как отдельный индивид не является Робинзоном, а осваивает культурно выработанные стереотипы в непрерывной связи с социумом, отдельное чувственное впечатление не появляется в виде *deus ex machina* на фоне «пустого сознания». «Образ мира и есть система экспектаций (ожиданий), порождающая объект — гипотезы, на основании которых идут структурирование и предметная идентификация отдельных чувственных впечатлений. Для того, чтобы этот процесс начался, не имеет принципиального значения объективная верность гипотезы. Если гипотеза ошибочна, отдельные ощущения не получают характера устойчивых структур... (отдельный образ. — *А.Т.*) взятый вне контекста, является психологически мертвым образованием, т.е. он не может быть не чем иным, как элементом образа мира или его актуальной частью... ориентирует не образ, а вклад этого образа в картину мира... можно сказать, что отдельные толчки внешней реальности не формируют наше представление о мире, а лишь подтверждают, дополняют или исправляют его» *{Смирнов С.Д., 1981, с. 19}*.

Образ мира как целостная и упорядоченная система — не только средство, привлекаемое для «обработки» стимульного воздействия. Все обстоит как раз наоборот: основной вклад в построение образа вносят не отдельные чувственные впечатления, а сама целостная система образа мира. Радикальное и полное преодоление сти-мульной парадигмы, рассматривающей восприятие как реактивный процесс, возможно только при понимании познания как инициированного субъектом процесса, направленного навстречу стимуляции. Этот процесс не просто запускается в ответ на случившееся в реальности событие, но существует непрерывно.

Для интрацепции таким непрерывно существующим фоном будет своеобразная чувственная ткань нормального функционирования — самочувствие, то, что старыми врачами называлось «*vigor vitalis*», в контексте которого будут получать свое существование отдельные телесные чувственные впечатления.

2.4. Проблема верификации интрацептивного восприятия

Отказ от стимульной парадигмы восприятия и признание за субъективной активностью, в рамках и формах которой только и может осуществляться познание реальности, решающей роли, смягчает парадокс восприятия, но весьма остро ставит проблему истинности его результатов. Если они определяются в первую очередь существующим непрерывным контекстом, а уже затем наличной стимуляцией, то, в принципе, существует возможность искажения в широких пределах качеств объективной реальности. Набор категорий и их структура будут весьма сильно сказываться на том, как именно мы будем воспринимать мир. Это очевидным образом следует принять, если понимать акт восприятия как определяемый не только объективно, извне — характеристиками стимула, но и изнутри — субъективными характеристиками.

«Люди, пользующиеся заметно разными грамматиками, направляются своими грамматиками к наблюдениям различных типов и к разным оценкам внешне сходных актов наблюдения, в связи с чем они не являются эквивалентными наблюдателями и должны приходить к различным представлениям о мире... Одни и те же физические свидетельства не приводят всех наблюдателей к одной и той же картине универсума, за исключением тех случаев, когда их лингвистические основания сходны или их можно каким-либо образом сравнить» (*Whorff*, 1956, p. 214, 221). Как отмечает П. Фейерабенд (1986), последнее означает, что наблюдатели, пользующиеся различными категориальными системами, будут постулировать разные факты при одних и тех же физических обстоятельствах в одном и том же физическом мире, или они будут одинаковые факты упорядочивать различными способами.

Что же тогда обеспечивает необходимую адекватность отражения мира, соответствие нашего восприятия действительности? «Говоря о том, что восприятие представляет действительность или соответствует ей, мы обычно имеем в виду, что результаты восприятия можно более или менее точно предсказать. Это значит, что видимый нами предмет можно также осязать или обонять и должно существовать некое соответствие или конгруэнтность между тем, что мы видим, осязаем и обоняем. Перефразируя высказывание молодого Бертрана Рассела, можно сказать, что то, что мы видим, должно оказываться тем же самым и при ближайшем рассмотрении. Или иными словами, что категоризация объекта при восприятии служит основой для соответствующей организации действий, направленных на этот объект. Например, этот объект выглядит как яблоко — и

действительно, съедая его, мы убеждаемся в этом» (Брунер, 1977, с. 18). Хотя мы познаем мир в существующих у нас категориях, и именно они придают чувственным впечатлениям стабильный характер, тем не менее, есть некий предел несоответствия наших категорий реальности. Миру совершенно безразлично, с помощью каких категорий мы его познаем, и он будет обнаруживать свое присутствие в полном объеме, даже если с точки зрения наших представлений каких-то его качеств не должно существовать. М-ож-но сколь угодно долго строить гипотезы относительно устройства мира и приписывать ему, исходя из наших о нем представлений, любые, сколь угодно фантастические качества, но, вступая с ним в контакт, мы обнаруживаем упругость реальности. Можно быть совершенно уверенным в собственной невесомости и даже чувствовать ее, но если мы захотим полетать, то довольно быстро ощутим необходимость привести наши фантазии и чувства в согласие с действительностью. То же самое происходит и при менее драматических обстоятельствах. Восприятие комнаты Эймса, с точки зрения наших конструктов, например, совершенно не соответствует ее истинному устройству, однако эта иллюзия рассеивается, если просто открыть второй глаз или, еще лучше, в эту комнату войти. Восприятие — это развернутый во времени активный процесс, и поэтому нет пределов для выделения инвариантов все более высоких порядков, и человек может использовать разные уровни и формы действия, проверяя через них адекватность отражения.

Жизненная необходимость обеспечивает отражению адекватность, без которой оно бы превратилось в пустой фантом. «Мы идем к действительности только лишь путем ощущений, но никогда не бывает так, чтобы она давалась в виде ощущений... Ощущения — всего лишь то, что вносится нашими органами чувств в восприятие. Живое существо имеет дело лишь с предметами, свои потребности оно удовлетворяет посредством них, а не с помощью цвета, запаха, вкуса (самих по себе)» (Узнадзе, цит. по: Надирашвили, 1976, с. 98). При несовпадении экстраполируемых характеристик чувственных впечатлений с реально получаемыми в действиях, выходящих за рамки пассивной регистрации, должна происходить модификация познавательных гипотез о природе и характере источника стимуляции. В большинстве случаев так и происходит, и наши представления о мире и налагаемая на него категориальная сеть постоянно подвергаются коррекции. Однако, как уже отмечалось, существуют довольно широкие пределы, позволяющие игнорировать требования реальности. Так, мы можем отличить яблоко от его воскового муляжа, находившегося за стеклом витрины, пытаясь от него откусить; но можно представить себе специально изготовленный муляж

яблока, неотличимый от натурального ни вкусом, ни запахом, но ядовитый. В таком случае верификация истинности яблока осуществляется через летальный исход.

Быстрота и адекватность смены конструкторов зависят от огромного числа психологических факторов, к конкретному анализу которых мы еще обратимся: когнитивного стиля, степени ригидности или гибкости, когнитивной дифференцированности, структуры категориальной системы, ее артикулированности, возможностей или ограничений действий и манипуляций с объектом и пр. Существуют случаи особой ригидности концептуальных систем, в силу той или иной патологии практически не поддающихся коррекции. В качестве примера можно назвать бредовые конструкции, особенность которых заключается не столько в степени ложности лежащей в их основе идеи (случай, довольно нередкий и в норме), сколько в полной ее некорректируемости и непроницаемости для опыта. При столкновении идеи и реальности искажается реальность, причем до пределов, приводящих к летальному исходу (идея о собственной невесомости, например, в этом случае не корректируется практикой падений).

Адекватность восприятия в значительной степени определяется качеством его проверки, возможностями манипулирования, сопоставления, практической деятельности, изменения позиции. Сужение возможностей такой проверки может приводить к стойким иллюзиям и неадекватности восприятия. Поскольку мир дан нам не непосредственно, а через инструмент наших ощущений, то при невозможности проверки мы будем относить искажения, рожденные самим инструментом, к качествам реальности.

П. Фейерабенд (1986) приводит очень интересный случай феномена, который стоит разобрать подробнее. Это неадекватность восприятия космических объектов при помощи телескопа, обнаруженная сразу же после его изобретения и служившая сильным аргументом противников Галилея. Смысл этого феномена заключается в том, что если при рассматривании земных объектов телескоп демонстрировал хорошие результаты, то наблюдения неба были смутными, неопределенными и противоречили тому, что каждый мог видеть собственными глазами. «Некоторые из этих трудностей уже заявили о себе в отчете современника Avvisi, который заканчивается замечанием о том, что "хотя они (участники описанной встречи. — П.Ф.) специально вышли для проведения этого наблюдения... они все-таки не пришли к соглашению о том, что видели". <...> "Это могут засвидетельствовать самые выдающиеся люди и благородные ученые... все они подтвердили, что инструмент обманывает"...» (Фейерабенд, 1986, с. 266—267).

Самим Галилеем были описаны явления, совершенно противоречившие как современному ему, так и более поздним наблюдениям. На рисунке Луны, сделанном им с помощью телескопа, нельзя обнаружить ни одной черты, которую можно было бы с уверенностью отождествить с какими-либо известными деталями лунного ландшафта. Объяснение таких явлений заключается, в частности, в том, что, как это отмечал уже Аристотель, органы чувств, работающие в необычных условиях, способны давать необычную информацию {Owen, 1961}. Человек знаком с близлежащими земными объектами и поэтому воспринимает их ясно, даже если их телескопический образ значительно искажен. При рассмотрении же небесных объектов невозможно опереться на нашу память для отделения черт объекта от помех. Все знакомые ориентиры (задний план, перекрытие, параллакс, знание размеров предметов) отсутствуют, когда мы смотрим на небо, поэтому и появляются новые и неожиданные феномены. Добавим, что при рассматривании небесных объектов трудно проверить на практике получаемые знания.

Кроме того, наблюдатель может находиться под влиянием устойчивых позитивных иллюзий, связанных с его представлениями об устройстве неба. Так, например, кольцо Сатурна в то время «видели» как 2 спутника. «"Луну описывают согласно тем объектам, которые, как считают, можно воспринять на ее поверхности" (Kdstner, 1800 <...>), "Мэстлин увидел на Луне даже ручей" (Kepler, 1865 <...>); см. также записные книжки Леонардо да Винчи... "Если вы помните подробности наблюдаемых на Луне пятен, вы часто обнаружите в них большие изменения — в этом я убедился, зарисовывая их. Это происходит под действием облаков, поднимающихся от лунных вод..."» (Фейерабенд, 1986, с. 273). Большой обзор фактов изменчивости образов неизвестных объектов в зависимости от представлений о них содержится в работе В. Рончи (Ronchi, 1957). Для того, чтобы значительное число телескопических иллюзий исчезло, потребовалось создание И. Кеплером *теории телескопического видения*. Аналогичные феномены описаны для наблюдений с помощью микроскопа (Tolansky, 1964).

Эти примеры, демонстрирующие легкость возникновения иллюзий в условиях ограничения практики, имеют большое значение для понимания особенностей интрацепции, характеризующейся крайне ограниченными возможностями манипуляции, активных действий с источником стимуляции, находящимся, как правило, внутри тела. В этом смысле объект для интрацепции менее доступен, чем Луна для зрения. Ипохондрические иллюзии, связанные с ложными идеями о тех или иных внутренних повреждениях, весьма легко образуются, но с большим трудом поддаются коррекции.

форма переживания этих ощущений, в первую очередь, определяется усвоенными представлениями. Так, при истерии локализация поражения соответствует не реальному анатомическому строению организма, а субъективным ожиданиям пациента (*Ходос*, 1974). Огромный материал для анализа зависимостей такого рода дает этнография и история медицины (*Howells*, 1975; *Якубик*, 1982; *Carry, Feher* (ed.), 1980). На собственном опыте каждый знает, насколько трудно определить и точно локализовать необычное или новое, ранее не испытанное телесное ощущение. Оно лабильно, неотчетливо, изменчиво и единственным способом его более точного определения служат своеобразные викарные формы манипулирования: ощупывание, перкуссия, изменение положения тела и пр. Даже для точной локализации зубной боли требуется пропальпировать всю челюсть. Медицинская статистика полна случаев неправильной оценки и локализации болезненных ощущений, приводящих зачастую к безосновательному оперативному вмешательству.

Г.Е. Рупчев (2001) подчеркивает, что невозможность непосредственного взаимодействия с сердцем или, например, со своим желудком делает невозможной четкую квалификацию их границ, как это возможно с предметами внешнего мира или с видимыми участками своего тела. Не имея стабильных границ, внутреннее тело, соответственно, не получает статуса полноценного объекта в сознании, так как оно лишено необходимых для этого характеристик и свойств.

Эта особенность внутреннего тела позволяет рассматривать его восприятие в качестве «первичного психического процесса»³, характеризующегося снижением контроля за объектом и широкими возможностями искажения, связанными с тем, что «первичные психические процессы» (мечты, сны, фантазии, грезы) подчинены не «принципу реальности», а «принципу удовольствия» и допускают высокую степень свободы интерпретации. В переживаниях внутреннего телесного опыта реализуются, в первую очередь, не объективные характеристики стимула, вызывающие эти ощущения, а скорее проекция аффективных составляющих самосознания: страхов, ожиданий, желаний. Результат «первичных психических процессов» — отражение не объективной реальности, а фантазма-тических представлений о ней, порождающее феномены, близкие к «галлюцинациям воображения».

На близость восприятия внутреннего тела к первичным психическим процессам указывал Гроддек (1917), описывая динамику

³ Фрейд предполагал в Оно «...наличие открытого выхода в соматику» (*Фрейд*, 1925а).

сновидений и органической симптоматики. Он сформулировал концепцию сходства генеза органических симптомов с формированием сновидений и невротических симптомов. Он утверждал, что «не существует принципиального различия между психическими и органическими процессами... Оно проявляет себя в большей мере то психическим, то органическим путем» (Цит. по: Рунчев, 2001).

2.5. Проблема объективации телесности

И, наконец, последняя особенность интрацептивного восприятия, нуждающаяся в прояснении, — это его предметность, объективированность. Это самое фундаментальное качество сознания, которое, конечно, следовало бы обсудить в первую очередь. Однако, поскольку объективированность проявляет себя не непосредственно, а через качества модальности, чувственного наполнения и значения, сделать это до их выделения и определения затруднительно. Несмотря на то, что предметность — самое очевидное качество сознания, оно с наибольшим трудом поддается анализу.

В самом общем виде предметность заключается в том, что чувственное содержание относится *во-вне* сознания. «Особая функция чувственных образов сознания состоит в том, что они придают реальность сознательной картине мира, открывающейся субъекту. Что, иначе говоря, именно благодаря чувственному содержанию сознания мир выступает для субъекта как существующий не в сознании, а *вне* его сознания — как объективное "поле" и объект его деятельности» (Леонтьев А.Н., 1975, с. 134). Раскрывая содержание понятия «чувственной ткани», А.Н.Леонтьев наряду с чувственным содержанием включил в него и объективированность, «отнесенность», понимаемую как имманентное качество чувственного образа.

Признак отнесенности, как самоочевидный, использовался им, в частности, для критики теории «специфических энергий органов чувств». Крупнейшее недоразумение, по его мнению, «заключается в том, что субъективно переживаемые реакции органов чувств, вызываемые действиями раздражителей, были отождествлены И. Мюллером с ощущениями, входящими в образ внешнего мира. В действительности же никто, конечно, не принимает свечение, возникающее в результате электрического раздражения глаза, за реальный свет, и только Мюнхаузену могла прийти в голову идея поджечь порох на полке ружья искрами, сыплющимися из глаз. Обычно мы совершенно правильно говорим: "потемнело в глазах", "звенит в ушах" — *в глазах, в ушах*, а не в комнате, на улице и т.д.» (Леонтьев А.Н., 1975, с. 63).

К сожалению, это недоразумение нельзя отместить так просто. То, что в этих случаях ощущение локализуется таким образом, скорее исключение, чем правило, да к тому же оно является плодом интроспекции. Человеку, у которого никогда не «темнело в глазах», легче ощутить его как изменение обстановки (если это не маловероятно), а в случае же «звона в ушах» можно просто ограничить возможности активных действий (изменения положения головы, угла восприятия звука), как сразу же станет затруднена его правильная локализация. Мир не объективируется автоматически, хотя, действительно, все содержание сознания обладает качеством предметности. Здесь мы сталкиваемся с одной из наиболее сложных психологических и философских проблем разделения реальности на субъектное и объектное, скрывающего в своей обманчивой простоте и самоочевидности ядерную проблему психологии телесности: что такое тело и какой же части реальности — субъектной или объектной — оно принадлежит. Почему я называю тело моим, что такое не мое тело, почему, если оно мое, оно тем не менее отделяется от меня, и что останется от *Я*, если меня отделить от моего тела? Для ответа на эти вопросы нам придется углубиться в дебри феноменологии, но, к сожалению, иного пути у нас нет.

Глава 3

Феноменология телесности

3.1. Границы «Я» или «зонд» сознания

Ответ на вопрос что такое «мое тело», с одной стороны, кажется самоочевидным, поскольку каждый может довольно непротиворечиво определить, что является «моим» телом, а что им не является. Но, с другой стороны, пытаясь это сделать, я сразу же сталкиваюсь с довольно сложными вопросами. Как я определяю, что относится ко мне, а что принадлежит миру? Я совпадаю со своим телом, но порой оно отказывается мне подчиняться. Мои волосы и ногти — это часть моего тела? А ампутированная рука? А протез руки? Как ответить на вопрос Н. Винера: является ли искусственная рука механика, пытающегося починить автомобиль, частью механизма, с которым возится механик, или частью механика, занятого починкой? На эти вопросы затруднительно дать внятный ответ, однако лежащее в их основе субъект-объектное членение реальности — одна из самых фундаментальных оппозиций, укоренившихся в мышлении человека нового времени, — образует наиболее ясную и, на первый взгляд, простую интуицию. Я достаточно легко и просто могу сказать, относится какой-либо феномен к *иному* или *не-иному*, т.е., другими словами, это *Я* или *не-Я*. Каждое совершающееся со мной событие я могу непроблематично квалифицировать как *случившееся со мной* или *сделанное мной*. В первом случае я сталкиваюсь с независимыми от меня си-

лами объективного мира, во втором — выступаю автором своего поступка. Граница, проходящая между этими событиями, и есть граница, отделяющая *объект* от *субъекта*.

Эта простая и очевидная интуиция сразу же становится запутанной, если мы зададимся несколькими простыми вопросами. Что служит критерием различения этих событий? Устойчива ли эта граница, что ее определяет и как она устанавливается?

Неоднозначность местоположения такой границы может быть продемонстрирована в классическом психологическом феномене зонда (Бор, 1971; Леонтьев А.Н., 1975). Его смысл заключается в том, что человек, использующий для ощупывания объекта зонд, парадоксальным образом локализует свои ощущения не на границе руки и зонда (объективно разделяющей *его* тело и *не его* зонд), а на границе зонда и объекта. Ощущение оказывается смещенным, вынесенным за пределы естественного тела в мир внешних вещей. Зонд, включенный в схему тела и подчиненный движению, воспринимается как его продолжение и не объективируется.

А.Н. Леонтьев проницательно отмечал, что локализация объекта в пространстве выражает его отделенность от субъекта: это «очерчивание границ» его независимого от субъекта существования. Границы эти обнаруживаются, как только деятельность субъекта вынуждена *подчиниться* объекту: «Замечательная особенность рассматриваемого отношения заключается в том, что эта граница проходит как граница между двумя физическими телами: одно из них — окончность зонда — реализует познавательную, перцептивную *деятельность* субъекта, другое составляет объект этой деятельности. На границе этих двух материальных вещей и локализуются ощущения, образующие "ткань" субъективного образа объекта: они выступают как сместившиеся на осязающий конец зонда — искусственного дистанторецептора, который образует продолжение руки действующего субъекта» (Леонтьев А.Н., 1975, с. 61—62).

Наиболее важно в этом феномене то, что граница локализации ощущений (т.е. граница между *Я* и *не-Я*) прямо зависит от границы автономности/предсказуемости. В случае с зондом, например, ощущение сразу смещается на границу рука/зонд, если зонд начинает двигать не только сам субъект. Движимая другим лицом или неясным механизмом палка, которую я держу в руке, сразу же перестает быть зондом, а становится объектом. То же самое происходит, если мне не известна конфигурация зонда и ожидаемые ощущения не совпадают с действительными.

Феномен зонда позволяет продемонстрировать как минимум Два момента субъект-объектной диссоциации. Во-первых, факт

подвижности границ субъекта, а во-вторых, универсальный принцип объективации: свое феноменологическое существование явление получает постольку, поскольку обнаруживает свою непрозрачность и упругость. Сознание проявляет себя лишь в столкновении с *иным*, получая от него «возражение» в попытке его «поглотить» («иное» не может быть предсказано, и именно граница этой независимости есть граница субъект-объектного членения). Все, что оказывается по одну сторону этой границы, есть *Я*, а то, что лежит по другую, — *иное*. Нестабильность границы позволяет изменять содержание объективного мира, и можно создать специальную ситуацию, в которой проявится не существующее в обычных условиях явление. Так, в широко известной иллюзии «глазного яблока» {Джемс, 1901) обнаруживается несуществующее реально движение видимого мира. Под внешней простотой эта иллюзия содержит весьма необычные моменты, которые стоит рассмотреть подробнее. Нажав на глазное яблоко пальцем, мы убеждаемся в нарушении стабильности воспринимаемого объекта в виде его несуществующего движения. Интерес в данном случае это явление представляет потому, что оно связано не просто с движением самого глазного яблока, а именно с его необычным принудительным характером. В норме под воздействием светлой точки, попадающей на периферию сетчатки, глаз тотчас же перемещается на нее, и испытуемый сразу видит ее стабильно локализованной в объективном пространстве. То, что испытуемый не воспринимает вовсе, — это смещение этой точки относительно сетчатки в момент скачка и самого движения глаза. Последние «прозрачны», не объективированы и не существуют для субъекта именно потому, что полностью «предсказаны» и учтены в акте восприятия. Светящаяся же точка объективирована именно потому, что она независима от познающего субъекта. Спонтанное и принудительное движение глазного яблока разнятся только в одном: первое «нормально», поэтому учтено и вписано в картину ожидаемых изменений, и движение стимула относительно сетчатки в этом случае не воспринимается. Последнее же в силу «ненормальности» такого движения не имеет программы ожидаемых изменений, и смещение проекции на сетчатку расценивается как движение самого объекта. Сходный механизм лежит в основе «феномена Гельмгольца»: при парализации глазной мышцы попытка двигать глазами приводит к скачку изображения в том же направлении, в котором переводится взор. Объективный мир существует для моего сознания именно постольку, поскольку не может быть раз и навсегда учтен и требует постоянного приспособления, осуществляющегося «здесь и сейчас».

Плотность внешнего мира определяется степенью его «предсказуемости», придающей его элементам оттенок «моего», т.е. понятного и знакомого, или, напротив, «чуждого», т.е. неясного, «непрозрачного». Становясь «своим», внешний мир начинает терять свою плотность, растворяясь в субъекте, продвигая свою границу вовне. Близкий мне мир внешних вещей постепенно начинает исчезать, я перестаю замечать, слышать и ощущать конструкцию моего жилища, родного города, знакомые запахи и звуки, удобную и привычную одежду и даже других, но знакомых и привычных мне людей и т.п. Этот привычный мир, образующий своего рода сложное тело, пронизанный чувством причастности, «теплоты» {Бахтин, 1979), и человек, теряющий в нем свою плотность, может вдруг ее обнаружить при резком изменении окружения. Попав в новые условия быта, столкнувшись с резкими переменами, он испытывает «культурный шок», со страхом и удивлением обнаруживая забытую плотность бытия. Размерность субъектности резко сокращается, а в мире объектов появляются, казалось бы, уже давно исчезнувшие вещи, неудобные детали, непривычные отношения, создающие ощущение враждебного, непослушного, «чужого».

Наиболее четким критерием освоенности, сворачивания в устойчивый конструкт служит само «исчезновение» феномена, которым я начинаю пользоваться, не испытывая никаких затруднений, и само существование которого становится для меня неясным. Так, осваивая язык (или в более широком смысле, по Л. Витгенштейну (1991), «языковые игры»), я научаюсь им пользоваться совершенно бессознательно, затрудняясь даже рефлексировать лежащие в его основе правила. Язык, которым я овладел, должен быть как бы «проглочен», и затруднения, с которыми я сталкиваюсь, суть затруднения в том, *что* сказать, но не *как* это сделать. Пример с языком — частный случай таких растворов, которые можно продемонстрировать и в актах восприятия (конструкты, перцептивные универсалии, решетки, схемы), и в действиях с орудиями. Культурная история человека, история создания орудий, инструментов, метрических систем, способов действия, технологий и Др., — это одновременно история формирования и человеческого тела, и конфигурации субъект-объектного членения. Инструмент лишь тогда становится «орудием», когда он хорошо освоен и перестает существовать в качестве объекта, *на границе* с которым действует субъект. Вписываясь в схему моего тела, он транспонирует границу субъект-объектного членения к другому объекту, *на который* становится направлена моя активность. Пианист начинает не нажимать на клавиши, а играть музыку, художник — не рисовать

линию, а писать картину, ремесленник — работать не с инструментом, а с объектом труда, ребенок — не гулить, а говорить. Однако, абсолютизируя эту точку зрения, мы сталкиваемся с весьма интересным явлением: с полной утратой самого субъекта, обнаруживающего себя лишь в месте столкновения с «иным» и отливающегося в его форму; со странной «черной дырой» чистого познающего Его, не имеющего ни формы, ни содержания и ускользающего от любой возможности его фиксации. Феноменологически это проявляется в интенциональности сознания, являющегося всегда «сознанием о» (*Brentano*, 1924; *Husserl*, 1973), и его «трансфеноменальности» (*Sartre*, 1949). Собственно субъект, чистое Его познающего сознания прозрачно для самого себя и если удалить из него все объективированное содержание, все не-сознание, то не остается ничего, кроме неуловимой, но очевидной способности проявлять себя, создавая объекты сознания в виде ли мира, тела или эмпирического и особого, трудно передаваемого «чувства авторства». В этом виде оно представляет собой весьма специфическую реальность. Оно не натурально и не субстанционально. Про него трудно сказать, что оно обладает определенными качествами: оно не имеет «природы». Сознание — «ничто» в том смысле, что невозможно найти феномен, о котором мы могли бы сказать, что вот именно это и есть сознание, и ни один сознательный феномен не обладает «привилегией» представлять сознание (*Sartre*, 1949).

Но каким же образом с этой точкой зрения согласуется тот очевидный для каждого факт, что кроме «черной дыры» и объективированного мира существует огромная область «эмпирического я»? Ведь на самом деле существует *мое* тело. Я знаю, что это я испытываю те или иные чувства, это *мои* воспоминания, это я думаю или говорю. Эти очевидные для каждого интуиции невозможно просто отбросить. Необходимо понять, что я имею в виду, говоря «мое», и что представляет собой на самом деле чувство самоидентичности.

3.2. Феномен тела

Можно попытаться ответить на эти вопросы, начав с феномена «тела», используя его как удобную модель для понимания феноменологии «своего» и «чужого». «Собственное тело для нас прототип и ключ всех форм. Только его мы знаем динамически, изнутри, и лишь в силу этого знания получаем возможность истолковывать как форму пространственные грани вещей. Мы угадываем в них изнутри идущий напор, который, встречая противодействие извне,

остановлен в своем нарастающем усилии и, несмиренный, напряженно закрепляет себя в пространстве» {Бахтин Н.М., 1993}.

Внутри ощущения «моего тела» содержится универсальный принцип порождения феномена субъективности, реальность которого обнаруживается лишь в точке сопротивления, соприкосновения с *иным*. Если допустить, что ощущение локализуется не на границе рецепторов, а на границе автономности субъекта, то весьма интересным становится вопрос о возможности существования самих телесных ощущений, их локализации в телесном пространстве.

Тело, полностью подчиненное субъекту, есть *универсальный зонд* и должно осознаваться лишь на уровне своих границ, разделяющих мир и субъекта, вернее, именно *своими границами*, уподобляющимися границам мира. Поскольку внешняя реальность может себя обнаружить лишь через воздействие {Бор, 1971} на меня, мое тело, то именно происходящие *в них* изменения я интерпретирую как факт *внешнего* мира. Сама размерность тела может быть изменена за счет включения в него инородных частей, но лишь постольку, поскольку они войдут в его границы (например, зонд, хорошо освоенный протез и пр.) и не будут объективироваться. Свое существование (как объект сознания) тело получает, лишь демонстрируя упругость и непрозрачность, неадекватность прогнозирования и управления. Совершая какое-либо действие, я никогда в привычных условиях не озабочен тем, как мне необходимо управлять им: пытаюсь что-либо взять или куда-то пойти, я не учитываю, что между моим волевым усилием и необходимым действием лежит вполне объективный посредник — механизм тела {Бахтин М.М., 1979}. Если оно мне не послушно или осуществление такого акта сталкивается с каким-либо затруднением, лишь в подобном случае я обнаруживаю существование этого неловкого посредника.

Но именно эта исходная, всегда присущая телу «недостаточность» и несовершенство его механизма порождают стабильное существование самого феномена тела. Тело как физический механизм подчиняется целому ряду объективных законов и ограничений: я не могу поднимать неограниченную тяжесть, не могу передвигаться с неограниченной скоростью, тело недостаточно ловко для выполнения моих причуд, оно слабо, устает и пр. Его «прозрачность» исходно неполна, и естественными формами его «проявления» выступают физиологические функции. Мы не можем управлять голодом и жаждой, не полностью и не всегда способны регулировать естественные отправления, вегетативные проявления эмоциональных состояний, сексуальные и некоторые другие потребности. Наконец, тело подвержено деструкции со стороны внешнего мира:

3*

для него, а не для субъекта существуют законы физики, острота ножа и жар огня. Короче говоря, тело — это еще и организм¹, с чем приходится мириться.

При этом тело более или менее мне послушно, я могу им управлять. И именно это чувство авторства позволяет мне называть его *моим*. Это внутреннее противоречие зафиксировано языком в самом определении «мое тело», подчеркивающим его одновременную принадлежность/непринадлежность. Тело — это не вполне Я, ибо для чего бы тогда его выделять, и в то же время мое, т.е. не вполне чужое. Значительная часть ограничений, накладываемых на тело, усваивается субъектом так же, как перцептивные схемы и языковые игры, «растворяя» жесткую конструкцию организма-объекта и оставляя лишь его редуцированную, «превращенную» часть, которую я и называю — «мое тело».

Строго говоря, реальным и, по сути дела, единственным феноменом сознания является не столь укоренившаяся оппозиция субъективного и объективного, а именно феномен тела, понимаемого в самом широком смысле «*полупрозрачной*» (одновременно и *объективированной*, демонстрирующей сопротивление, и *субъективированной*, допускающей управление) реальности. В этом смысле *тело* располагается в некотором гипотетическом континууме, заполняющем разрыв между «черной дырой» чистого познающего Его и непроницаемой стеной непознанного, неосвоенного, непонятого, а посему и не имеющего никакой глубины познаваемого мира. Следует заменить бинарное субъект-объектное членение реальности на трехчленное: субъект-тело-объект (рис. 1).

Если быть до конца последовательным, то речь даже должна идти только об одном реально существующем феномене — теле. Ибо только оно одно и доступно нашему сознанию, и именно его в различных степенях «замутненноеTM» мы называем субъектом или объектом.

Повторим, что когда оно становится полностью «прозрачным», полностью управляемым и предсказанным, то оно не-

¹ Здесь можно провести различие между «организмом» как объективной реальностью, подчиняющейся собственным закономерностям и всегда равной самой себе (независимо от того, чувствуем ли мы сердце или печень, они работают, в них происходят биохимические процессы, которые никак в своем прямом виде не могут быть доступны человеческому сознанию), и «телом» как реальностью субъективной и не равной своему объективному корреляту — организму («тело» может включать неорганические компоненты: протезы, зонды и пр., иллюзорные органы или части: фантомные ощущения, псевдогаллюцинации и пр. — или, напротив, не включать объективно существующих частей «организма»: игнорирование частей тела, недоступность сознанию многих реально происходящих процессов или функций).



Рис. 1. Условная схема соотношения субъекта, тела и объекта

удержимо утрачивает и свою плотность существования, исчезая в качестве феномена сознания. Оно продолжает существовать лишь в виде *не-необходимости* в буквальном этимологическом смысле невозможности обойти, раз и навсегда учесть потенциальные изменения. Сознательные феномены в этом случае осуществляют постоянную *здесь-и-сейчас* адаптацию к таким необходимым феноменам. И именно по отношению к сознательным феноменам действует старый психологический закон ограниченности психической деятельности 7+2 одновременно существующими объектами (на неосознаваемом уровне субъект одновременно оперирует куда большим их количеством: самый простой акт движения или речи требует учета числа стимулов, на несколько порядков превышающего этот объем). Если же тело избыточно «замутняется», то оно переходит в разряд объектов, причем в случае полной «непрозрачности» мы оказываемся перед плоской стеной «неясного». Это нечто вроде стекла: когда оно абсолютно прозрачно (и мы не можем никаким иным образом ощутить его сопротивления), мы его не видим, если же оно абсолютно непрозрачно, то мы не можем оценить его объем, поскольку мы ограничены лишь его поверхностью; оно доступно восприятию лишь будучи «замутненным», загрязненным, полупрозрачным, давая взгляду одновременно и погрузиться, и «упереться» в себя. При этом мне хотелось бы подчеркнуть, что речь идет именно о «феноменологическом» теле, включающем в себя все феномены сознания, от внутренних чувств до внешнего мира. Все они в равной степени могут *стать* феноменами сознания лишь через формирование своеобразного «тела». Субъективное — через затруднение автоматизированного исполнения, объективное — через частичную предсказанность, «понятность», «прорезанность» субъективным. Своеобразный зонд представляют собой перцептивные схемы. Восприятие и другие познавательные процессы — это не просто операции, совершаемые в голове индивида, но и акты взаимодействия

с миром, и такое взаимодействие не просто информирует субъекта, но и *трансформирует* его (Найссер, 1981). В этом случае сворачивается не телесная конструкция, а вынесенная вовне когнитивная активность. Именно возможность пренебречь опосредующим звеном, «растворить» промежуточный зонд, задавая особую топологию субъекта, создает и ряд специфических переживаний *иного*. Параллакс, изменения сетчаточного изображения, последовательность переживаются как «расстояние». «Вряд ли будет преувеличением, если уже из психологических опытов заключить, что понятия пространства и времени в сущности приобретают определенный смысл лишь благодаря тому, что можно пренебречь взаимодействием со средствами измерения» {Бор, 1971, с. 60)². Плотность тела, плотность мира, состоящего из неудобных, жестких предметов, осваивается ребенком, пока не исчезает совершенно. Так же, как он обучается языку, не имея представления о лингвистике, он осваивает законы тела-механизма и физические законы мира (закон инерции через столкновение с массой, а закон всемирного тяготения через практику падений), и так же, как в случае языковых игр, эти законы не рефлексированы, но их существование всегда можно обнаружить, создавая особую экспериментальную ситуацию.

Для ребенка на стадии овладения произвольными движениями и телесной регуляцией тело должно максимально объективироваться и восприниматься как «отдельное», «чужое», «предстоящее» образование. Осваивая собственное тело, ребенок тем самым параллельно формирует и собственное *Я*, замечая, что он является автором собственных телесных движений, присоединяя к себе как субъекту «нехватки» (испытывающему голод, жажду, страх) чувство субъекта-автора. Ж. Лакан, высказывая гипотезу о роли стадии зеркала как образующей функцию *Я*, замечает особое чувство, испытываемое маленьким ребенком, наблюдающим себя в зеркало (Lacan, 1949). Можно объяснить странность особого отношения к визуальному образу в холодном стекле, на фоне куда более значимых для ребенка объектов, таких как мать или его близкие, любимые игрушки и пр., если понять, что причиной такого выделения столь малозначительного объекта служит то, что он относится к числу тех редких зависимых *от* ребенка предметов, движение, появление и исчезновение которых определяется *им* самим.

² Существование подобных скрытых опосредующих инструментальных зондов отчетливо вскрывается при резком переходе к непривычной системе измерений; например, для европейца, попавшего в США, температура по Фаренгейту, длина в футах и милях, вес в фунтах лишены непосредственного чувственного содержания температуры, веса и размера.

Это развивающееся «чувство автора» как центр самоидентичности хорошо иллюстрируется классическим случаем детской игры «прочь — сюда», описанной З. Фрейдом (1925а), в которой ребенок распространяет свое управление катушкой с нитками на символическое овладение приходом и уходом матери.

По мере освоения в онтогенезе тело становится «прозрачным», растворяясь в субъекте и проявляя себя лишь в особых случаях «противостояния», например таких, как освоение необычных движений, неловкость при опьянении, «одеревенение», «онемение», «непослушность», либо — резкого изменения стереотипа³. Существование артикуляционного аппарата становится очевидным при обучении иностранному языку (как, кстати, и существование самого языка, в обычной ситуации столь же неочевидного для нас, как неочевидно для героя Мольера, что он говорит прозой), а существование рук и ног — при обучении танцам. Впоследствии по мере автоматизации они вновь «исчезают». Это может произойти не только при «появлении» нового феномена, но и при «исчезновении» старого: например, необычное и ясное ощущение, возникающее после удаления зуба.

Что касается «внутреннего тела», то в реализации тех же принципиальных условий его порождения можно отметить значительно меньшие возможности для объективации, меньшую непредсказуемость случайных событий, связанную с гомогенностью и автономностью среды возможной топологии. За исключением, пожалуй, ощущений со стороны желудочно-кишечного тракта, пульсации сердца и ритма дыхания для здорового человека «внутреннего тела» практически не существует и он не знает о работе и расположении своих внутренних органов до того момента, пока их деятельность осуществляется автоматически.

Ситуация совершенно меняется в случае соматического заболевания. Патологическим процессом нарушается нормальное протекание телесных функций, и они «проявляют» себя, объективируясь в границах тела и получая качества чувственного содержания. Естественно, что отсутствие готового словаря интрацептивных значений затрудняет возможности их тонкой дифференциации, рефлексии или вербализации. В первую очередь, на уровне про-дрома, используются эмоционально-оценочные координаты, категории самочувствия, готовые словари знакомых ощущений и лишь затем — с формированием соответствующей категориальной

³ Например, феномен «остановившегося эскалатора». По внезапно остановившемуся эскалатору, ничем фактически не отличающемуся от обычной лестницы, очень трудно идти. Это может быть объяснено только резким изменением стереотипа.

сети — происходит формирование специализированных словарей, дающих возможность четкого выделения тех или иных состояний. Использование «готовых» словарей и телесных конструкторов приводит к частым диагностическим ошибкам, «маскировке» симптомов, стереотипному реагированию. Так, практически любые недомогания в детском возрасте связаны с жалобами «на живот». Эта ситуация становится вполне понятной, если учесть, что желудочно-кишечный тракт — одна из наиболее рано выделяемых и освоенных телесных областей (первичность ощущений голода и жажды, систематическое обучение правильным опорожнениям, частые диспепсические расстройства, внимание, уделяемое в нашей культуре питанию ребенка). При этом, в полном соответствии с концепцией Л.С. Выготского, для формирования осознанных и рефлексированных представлений о собственном теле весьма важна роль матери. О.Г. Мотовилин (2001), сравнивая их развитие у детей в условиях семьи и интерната, отмечает отставание у детей, находящихся вне семейного окружения, при том, что частота соматических расстройств, которые могли бы стать основой формирования таких представлений, у них значимо выше. Возникновение препятствий внутри собственного тела создает специфическую конфигурацию, топологию «внутреннего тела», погруженного внутрь анатомического тела человека. Если зонд выносит эту границу тела вовне, то в случае соматического заболевания тело из универсального зонда, совпадающего с размерностью внешнего тела, становится собственным объектом, сжимаясь до границ нового сопротивления.

3.3. «Отчуждение» как деструкция топологии субъекта

«Упругость», «неподатливость», «непрозрачность» составляют, по-видимому, универсальное условие объективации как внешнего мира, тела, так и сознания. Обычно я легко и просто идентифицирую *мои* мысли, *мои* чувства, *мои* желания, *мою* волю, *мою* речь. Но чтобы понять, какие серьезные теоретические затруднения лежат за обманчивой простотой этих интуиции, отметим, что в психопатологии описаны особые необычные, незнакомые, непривычные состояния отчуждения мыслей, чувств, воспоминаний, желаний и воли. Например, я могу испытывать удивительное для меня ощущение ненависти к тому, что привык любить, мне приходят в голову странные желания, мысли или воспоминания. Возможна и истинная отчужденность состояний, проявляющаяся в синдромах деперсонализации, дереализации, психического автоматизма, obsessions и пр.

Вдумываясь в феномен отчуждения сознания, мы сталкиваемся с целым рядом противоречий. Зададимся вопросом о том, что служит критерием различения таких состояний: например, как я способен испытываемые *мною* мысли или чувства отличить от *не моих*? Каким образом вообще можно испытывать не свои чувства или мыслить не свои мысли — ведь сам факт их испытывания прямо доказывает их принадлежность мне? Универсальным критерием такого различения (как и в феномене тела) служит степень сопротивления (мера управляемости), испытываемого субъектом на границе *иного*, погруженного уже в само сознание, и само существование феномена говорит о его хотя бы частичной объективированности. Содержание сознания («объект-сознание») порождено «непрозрачностью» мыслей, памяти, чувств, на напряженной границе с которыми и возникает субъективный образ моего сознания — *я-для-себя*. Я узнаю о существовании мышления, лишь сталкиваясь с трудностями решения, о памяти — когда она мне отказывает. Собственно мышление или память в их нормальном протекании мне недоступны, так как прозрачны, а я могу зафиксировать лишь моменты столкновения с непрозрачным *иным*. «Лишь в акте проблематизации разум оказывается открыт существующему самому себе (подлинно интенционален по отношению к нему), и, одновременно, лишь в этом акте нечто реально существует для познающего разума именно как от него не зависящая реальность, как неподатливая, сопротивляющаяся уяснению в понятии плотность бытия. Только получая воздействие извне, объект обнаруживает свою "массу" и только в действии на другой объект — "силу". Точно так же "масса" и "сила" познающего разума обнаруживаются только придя в соприкосновение с не-разу-мом» (Тищенко, 19915, с. 48). Выражаясь точнее, субъект может осознать себя лишь в превращенной внесубъектной форме — в форме объекта, в результате чего «при осознании мышления мысли действительно воспринимаются как бы извне» (Фрейд, 1924, с. 21). При объективации мир, тело и сознание приобретают оттенок «чуждости», и только в «отчужденном» виде они могут существовать *для меня* и становятся доступны анализу.

В случае нормального протекания мышления оказывается весьма затруднительным указать, что это, собственно говоря, такое. Мысля, я не могу выделить никакого особенного инструмента мышления, аналогично тому, как, совершая движение, я не фиксирую наличия медиатора-тела, лежащего между моей волей и объектом, на который она направлена. То, что я называю мыслью, есть только фиксация затруднений, задержек, имеющая так же мало общего с мышлением, как тело с организмом. «Мысль несется стремглав, так

что почти всегда приводит нас к выводу раньше, чем мы ее успеваем захватить. Если же мы и успеваем захватить ее, она миглом видоизменяется» (Джемс, 1901, с. 120).

Особый интерес для понимания субъективной феноменологии мышления представляет его связь с речью. Речь, в которой выражается объективированная мысль, не совпадает с соответствующей мыслью и не может ей предшествовать. Речевое высказывание по своей природе сукцессивно, тогда как лежащая в его основе мысль симультанна: начиная высказывание, я более или менее представляю себе, чем оно окончится. Поэтому изначально высказывание скорее представляет собой намерение, к которому я подбираю адекватные слова и «можно допустить, что 2/3 душевной жизни состоят именно из этих предварительных схем мыслей, не облеченных в слова» (Там же). Именно задержка облечения в слова, демонстрирующая упругость языка как объективной лингвистической реальности, поиск «точного» адекватного слова, зазор между словом и мыслью образуют «реальность» *моего* языка (и, в значительной степени, мышления) *для-меня*. Язык не существует, если он полностью мне подвластен; он мой, если я могу управлять его неподатливостью (вернее, он может быть репрезентирован мне лишь в форме неподатливости); он чужой, если не подчиняется мне совсем. Отчуждение мысли, проявляющееся в различных психопатологических синдромах (от «скачки идей» и навязчивых мыслей до синдрома Кандинского—Клерамбо), — это всегда утрата контроля: от контроля над течением до контроля над содержанием.

Аналогично могут быть интерпретированы и эмоциональные состояния, испытываемые человеком. Правда, здесь мы наталкиваемся на некоторые не вполне ясные моменты, но можно попытаться наметить хотя бы гипотетическую линию рассуждения. Сложность заключается в том, что согласно идее «прозрачности» эмоции должны быть направлены лишь на внешний мир: именно внешний объект оценивается как страшный, приятный или неприятный. Однако в действительности они в большей степени характеризуют мое субъективное состояние: мне страшно, печально, грустно, весело и пр. Можно предположить, что архаическая функция эмоций как определенного этапа «первовидения» в восприятии внешнего мира была заменена более развитыми категориальными системами, но сохранила свое значение для оценки внутреннего субъективного мира. Возможность их «непрозрачности» связана, по-видимому, с диссоциацией физиологического механизма эмоций (сопровождающихся вегетативными изменениями, выделением гормонов, активацией срединных отделов мозга) и их феноменоло-

гического содержания⁴. Физиологические структуры можно рассматривать как своеобразный аналог организма, имеющего возможность стать субъективным телом. То, что «тело» эмоций имеет весьма малое сходство с их анатомическим и физиологическим аппаратом, не должно нас смущать: субъективное тело тоже имеет весьма приблизительное сходство с организмом.

В рамках такого подхода могут быть по-новому осмыслены теории эмоций Джемса—Ланге и Кэннона—Барда. Высказанным в них положениям о том, что после восприятия события, вызвавшего эмоцию, субъект переживает ее как ощущение физиологических изменений в организме (которые по сути и есть сама эмоция), не нашлось адекватного места в позднейших психологических теориях, хотя эти положения и были подтверждены целым рядом экспериментальных исследований. Еще Г. Мораньоном (см: Блум, Лейзерсон, Хофстедер, 1988) было показано, что при введении испытуемым адреналина часть из них ощущала нечто схожее с эмоциональными состояниями, другие же говорили, что не чувствуют эмоций, но описывали состояние физиологического возбуждения. Люди, сообщавшие об эмоциях, уточняли, что они чувствовали себя так, «как если бы» они были напуганы. Но когда Мораньон говорил с этими людьми о некоторых важных событиях их недавнего прошлого, о смерти членов семьи, о предстоящей свадьбе, их чувства теряли форму «как если бы» и становились настоящими эмоциями, будь то печаль или радость. Необходимость контекста для приобретения физиологической активацией конкретного субъективного содержания неоднократно подтверждалась и в позднейших исследованиях⁵.

Для нашего рассуждения важно то, что в этих экспериментах демонстрируется особая отчужденность, в рамках которой могут порождаться эмоциональные состояния. Когда я говорю о своей тоске, радости или тревоге, я имею в виду некоторую особую ситуацию *неуправления* состояниями, *овладевающими* мной. Эти особая форма отчуждения, остающаяся (так же, как в случае с телом) либо в зоне *моего*, либо, в случае особой упругости или интенсивности,

⁴ Ср.: «В грудь он ударил себя и сказал раздраженному сердцу: Сердце, смирись...» (Гомер, 1913). Здесь отчетливо видны объективация эмоционального состояния (*он* не равен «раздраженному сердцу», а «говорит» ему) и смешение эмоции и телесного ощущения («раздраженное сердце»).

⁵ По сути дела, современные психиатры, использующие анксиолитики и антидепрессанты, воздействуют именно на физиологический субстрат эмоций, однако почему-то совершенно не уделяют внимания созданию необходимого когнитивного контекста.

в виде *иного*, например депрессии, витальной тоски, навязчивого страха или возбуждения. Такие состояния не вытекают из реальных событий жизни и отчетливо рефлексированы субъектом как *не его* истинное состояние: я не могу ничего поделать со своим настроением, не могу развеселиться, опечалиться или иным образом «взять себя в руки».

Эмоциональные состояния и явления внешнего мира с самого начала мало управляемы и исходно отличаются высокой степенью отчужденности, создавая фиксированные полюса объективации мира и меня. То, что я могу сказать о мире, — это совокупность противостоящего мне *иного*, а в сердцевине того, что я могу сказать о себе, — совокупность *особого иного*: мира моих эмоций и чувств. Радикал отчужденности присущ всему содержанию моего сознания, но степень ее выраженности зависит от возможностей произвольного овладения. Патологические феномены отчуждения часто отмечаются больными именно в тех сферах, где это овладение хорошо развито (произвольные движения, мышление, память, воля), и значительно реже там, где овладение развито мало; так же и в норме (два полюса «нормальной» отчужденности: внешний мир и эмоциональные состояния). Отчуждение — это не появление у меня чужих мыслей или желаний, а особая трансформация *моего*, переживаемая как утрата *чувства самости*.

3.4. Проблема «истинного» субъекта

Здесь мы сталкиваемся с весьма важным феноменом онтологии *я-для-себя*. Если поставить вопрос о том, что же останется в сознании, если исчезнут все точки сопротивления в виде эмоций, чувств, неудовлетворенных желаний, совести, вины, то мы снова столкнемся с исчезновением *я-для-себя*. Утрачивая сопротивление *иного* (неважно, где я с ним встречаюсь), сознание превращается в исчезающую «шагреневую кожу», в «черную дыру» *ничего*. Лишение субъекта точек опор, снятие плотности окружающего мира в экспериментах по сенсорной депривации (помещение испытуемого в темноте и тишине в ванну, наполненную жидкостью с температурой и плотностью, равными температуре и удельному весу человеческого тела) приводили его к дезориентации во времени и пространстве, нарушениям мышления, особым эмоциональным состояниям, галлюцинациям (Vexton, 1954). Предлагаемые интерпретации этого состояния как проявления мотивации общения (Нют-тен, 1975) не кажутся вполне убедительными. На самом деле речь идет о более фундаментальном моменте: о самой возможности очерчивания местоположения субъекта, для чего абсолютно необходимо

существование разрыва, размечающего *Я* и *не-Я*. Моя самоидентичность есть другая сторона границы *не-Я*. *Я* расположено именно там, где начинается *не-Я*. Возможность и необходимость онтологии субъекта связаны с универсальностью разрыва между *мною* и *не-мною*, в просвете которого и существует то, что называется *моим* сознанием, разрыва, который должен заполняться здесь и сейчас, и в котором рождается *эмпирическое Я*. По одну сторону этого разрыва находится «черная дыра» истинного субъекта, по другую — плотный мир. Мир вещей и сознания возможен только в гетерогенной среде, в ситуации неустойчивого равновесия, когда между состоянием нужды и ее удовлетворением нет сиюминутной непосредственной связи. Момент рождения сознания можно с известными оговорками отнести к моменту рождения человека, переходящего из гомогенной пренатальной среды в гетерогенную и сталкивающегося с жаждой, голодом, теплом, холодом, осваивающего первое коммуникативное орудие — крик — для овладения миром, персонифицированным матерью. «Невыносимая плотность бытия» — не затруднение, а обязательное условие существования сознания: пловцу только кажется, что плотность воды мешает ему плыть, на самом деле именно она дает ему эту возможность.

С этой точки зрения истинный субъект очень схож с истинным субъектом психоанализа — *Оно*. Еще З. Фрейд проницательно заметил, что «сознание является поверхностью психического аппарата», а «*Я* является измененной частью *Оно*. Изменение произошло вследствие прямого влияния внешнего мира при посредстве воспринятого — сознательного» (Фрейд, 1924, с. 14). Субъект есть неопознанное и бессознательное *Оно*, которое поверхностно охвачено *Я*, возникшим как ядро из системы восприятия. *Яне* целиком охватывает *Оно*, а покрывает его лишь настолько, насколько система восприятия образует его поверхность. «Нетрудно убедиться в том, что *Я* есть только измененная под прямым влиянием внешнего мира и при посредстве внешнего восприятия часть *Оно*» (Там же, с. 22). Близкое понимание ограниченности сознательного *Я* содержится в философии М.М. Бахтина (1979), считавшего, что *я-для-себя* — это не весь *Я*. *Я* превышает всякий объект в переживании своей субъективности и абсолютной неисчерпанности в объекте в противоположность чистой исчерпанности Другого.

Понимание *сознательного Я* не как истинного субъекта позволяет пересмотреть декартовское доказательство онтологии субъекта. Для Декарта (1925) субъект — прежде всего рациональный субъект: *Я* есть *Я мыслящее*. В онтологическом обосновании используется принцип тотального сомнения: если я могу усомниться во всех своих чувствах и ощущениях, то сам факт существования *меня*

сомневающегося сомнению не подлежит. Необходимость тотального сомнения вытекает из идеи поиска абсолютно несомненного и истинного *места* субъекта, хотя само по себе тотальное сомнение — не большее доказательство существования, чем ложное ощущение. Истинность или ложность моих ощущений не имеет принципиального значения, доказательством является сам факт *ощущения* безотносительно к проблеме истинности — кто-то ведь все равно должен испытывать ложные ощущения. Вопрос в том, существую ли я там, где я испытываю эти ощущения, или, в терминологии Декарта, *ubi cogito — ibi sum* (где мыслю — там и существую). Если признать, что место чувствования или место *cogito* это не место субъекта, а место его столкновения с *иным*, место его превращения в *иное*, лишь в виде которого оно может замутиться, утратив прозрачность, то более точным было бы утверждение, что *Я* как истинный субъект существую там, где не мыслю, или *я есть там, где меня нет*.

Практика психоанализа привела Ж. Лакана, правда совсем другим путем, к такому же отказу от декартовской парадигмы. Формула связи бытия и сознания, по его мнению, не может быть двучленной, так как мысль не обосновывает бытие непосредственно. *Cogito* не исчерпывает субъекта, а из очевидности не следует экзистенция. По Лакану, я мыслю там, где я не есть, а есть я там, где я не мыслю. Субъект мышления и субъект существования не идентичны (*Lacan*, 1988).

3.5. Фантом реальности

Форма феноменологического существования субъекта, требующая своего превращения в отчужденную форму через *иное* (*Я* может существовать только в форме *не-Я*), принципиально есть *фантом*, иллюзорно совпадающий с истинной реальностью. Тело по отношению к организму, образ мира по отношению к миру, *эмпирическое Эго* по отношению к *чистому Эго* суть более или менее адекватно адаптированные фантомы реальности, позволяющие с минимизированным припуском жить в реальном мире. Усвоенная субъективная схема реальности, существующая в виде ли перцептивных конструкторов, языковых игр, свернутых правил, ставших «прозрачными» и незаметно для меня структурирующих мир, вносит в него порядок и саму возможность разрядить/разредить «невыносимую плотность бытия». Набор существующих скрытых сетей, образующих конструкцию фантома, можно обнаружить в особых случаях: например, иллюзиях, наркотических галлюцинациях и пр.

Обнажение этой универсальной конструкции реализуется в классическом фантомном ощущении. После ампутации больной

испытывает абсолютно реальные ощущения отсутствующей у него конечности, степень убедительности которых настолько велика, что, даже видя отсутствие ноги или руки, он тем не менее может попытаться на нее встать или потянуться к предмету. Фантом есть проявление свернутого зонда, чья усвоенная схема стала невидимой, но чье существование становится очевидным при изменении условий функционирования. Подобные зонды в виде перцептивных схем, стереотипов движения, семантико-перцептивных универсалий, проявляясь в особых условиях, приводят к иллюзиям, внутри каждой из которых может быть найден этот скрывавшийся зонд. Телесный фантом — просто наиболее демонстративный частный случай внезапного обнаружения ранее скрытой схемы, вернее — факта абсолютной необходимости ее существования.

Фантомность мира нужно понимать не как его нереальность, а как единственно возможный вариант приспособления к миру, зависящий не только от его объективно существующих качеств, но и от возможностей и конструкции совокупности опосредствующих восприятие зондов. Искажения, вносимые в эти конструкции, могут менять качество воспринимаемого мира, остающегося на самом деле неизменным.

Наркотическое опьянение, специальные психотехники, медитация, трансовые состояния не открывают другой реальности, как склонны думать их апологеты, а скорее строят иной фантом. Причем непосредственно-чувственное переживание его реальности не более доказательно, чем ощущение реальности фантомной конечности или галлюцинации. Странные переживания больных в состоянии комы проще понять не как свидетельства «жизни после смерти», а как результат восприятия в условиях измененного функционального состояния, как особый фантом функциональной депривации, неординарных условий функционирования. Сходство же подобных переживаний у различных людей доказывает не существование особого мира, а универсальность усвоенных перцептивных зондов.

В экспериментах по сенсорной депривации были получены результаты, которые можно интерпретировать как нарушения топологии субъекта. В особых условиях обедненности или искаженности внешней стимуляции у испытуемых возникали странные ощущения изменения формы и размерности тела, конечностей и пр. (*Bexton*, 1954). Г.Бекеш продемонстрированы фантомы пространственного «предвижения» ощущения, которое могло локализоваться вне тела. Используя пару специальных вибраторов, раздражавших кончики пальцев или участки бедра, и изменяя интервалы между стимулами, Г.Бекеш показал, что ощущение может локализоваться в пространстве между пальцами или между коленями (*Becesy*, 1967).

Фантомное ощущение можно рассматривать как реализацию сохранившейся схемы тела при изменившейся анатомии: чем прочнее эта схема освоена, тем прочнее фантом. В ампутированной правой руке ощущения сохраняются дольше, чем в левой, а в руках дольше, чем в ногах.

Утрата схемы-зонда может порождать не только тактильные или гаптические фантомы. Г. Бекеши описывает изменение локализации звуков при использовании двух слуховых аппаратов, воспроизводящих звук от микрофонов, расположенных на груди. В этих условиях при утрате бинаурального параллакса стереофонический эффект оставался, но восприятие расстояния до источника звука было утрачено (*Там же*).

Скрытая сеть перцептивных конструкторов обнаруживает себя, например, в иллюзиях, заставляя нас искажать реальность в соответствии с упроченными схемами, а их культурная детерминированность как раз и вытекает из культурной детерминированности лежащих в их основе схем. Существуют особые перцептивные схемы, порождавшие необычные ощущения: например, описанная У. Найссером (1981) «этак» — когнитивная карта мореплавателей острова Палават, не имеющая никаких аналогов со стандартными способами ориентации.

Признание гибкости, подвижности и фантомности границ субъекта, строящихся каждый раз заново, позволяет с иной точки зрения взглянуть на старый спор между Дж.Э. Муром и Л. Витгенштейном (*Moor, 1925; Витгенштейн, 1991*). Причиной этого спора послужило утверждение Дж.Э. Мура о существовании очевидно истинных положений типа «Я знаю, что это моя рука». Аргументация Л.

Витгенштейна сводилась к тому, что такого рода утверждения находятся за пределами собственно знания и базируются на некотором *предзнании*: «картине мира» и «языковых играх». Это некий предел обоснования, ниже которого сомнение не может простирается. В высказывании типа «Я знаю, что это моя рука» или «Я знаю, что мне больно» содержится невыводимый из логики и лежащий вне ее элемент, базирующийся на непосредственном чувстве, которое не может быть оспорено. Когда человек, хорошо владеющий языком и не дезинформирующий окружающих, говорит: «Я себя плохо чувствую», то в этом случае он: 1) не подвержен ошибке, 2) не нуждается в дополнительных доказательствах, 3) не может быть опровергнут (*Malcolm, 1977*). Эмоции и чувства не нуждаются в подтверждении, так как они говорят о самих себе и их доказательством служат они сами. Это очень интересный момент, ибо на самом деле такая же неопровержимость относится и к высказываниям типа «Я вижу...» или «Я слышу...». Опровержение су-

существования того, что я вижу или слышу, ни в какой степени не является опровержением факта, *что это вижу или слышу Я*. Вообще следует признать, что ощущение имеет лишь одну модальность — модальность истинности. Иметь ложные ощущения так же невозможно, как невозможно испытывать ложные чувства. Для субъекта ощущение и истинное ощущение — абсолютная тавтология, зафиксированная в языке как *«оче-видность»*. Я принципиально не могу чувствовать ложно. Каждое испытываемое ощущение может быть только истинным, и его ложность, понятая мной из опыта, есть лишь смена его на другое истинное ощущение.

Просто знание без практики иных ощущений не приводит к изменению ложных чувств. Самая массовая иллюзия в истории человечества заключается в том, что, хотя разумное представление о расстоянии до Луны и ее размерах существует по крайней мере 2000 лет со времен Гипарха, мы продолжаем видеть ее как диск диаметром 30 см на расстоянии 1-1,5 км (*Грегори, 1972*). В классической иллюзии Мюллера—Лайера даже предпринятое измерение не изменяет непосредственного ощущения разной длины стрелок, а изменения воспринимаемой формы комнаты Эймса или гипотез в рисунках Рубина происходят скачкообразно: от одного «истинного» восприятия к другому. Странность переживания сюрреалистических изображений или гравюр У. Хогарта и М. Эшера вытекает из столкновения взаимно противоречивых, но одинаково «истинных» восприятий.

Пример абсолютно очевидного, по мнению Дж. Мура, предложения «Я знаю, что это моя рука» несостоятелен не только с философской и логической точек зрения, но и с психологической. *Оче-видность* ощущения может свидетельствовать лишь о существовании этого ощущения. Дж. Муру было бы весьма трудно ответить на уже упоминавшийся вопрос Н. Винера о том, является ли искусственная рука механика, пытающегося починить автомобиль, частью механизма, с которым возится механик, или частью механика, занятого починкой (*Найссер, 1981*). Дело в том, что на этот вопрос не существует объективного ответа: частью механика может быть и отвертка, которой он работает, а может и не быть даже оставшаяся от руки культя. Граница, разделяющая субъекта и объект, не задана раз и навсегда, а образуется каждый раз заново и может сдвигаться в любую сторону. Если же речь идет о формах *эмпирического Эго*, то вопрос о локализации — это вопрос об управляемости или границе преграды, местонахождение которой не имеет фиксированного адреса, а задается либо условиями деятельности, либо целым рядом специальных технологий.

Варианты социальной идентичности, задаваемые введением коммуникативных или социальных ограничений (или бенефитов, являющихся перевернутыми ограничениями), порождают столь же иллюзорно реальные фантомы социальной, классовой, кастовой, корпоративной или национальной идентичности. Кровь, пролитая человечеством, защищающим эти кажущиеся ему абсолютно бесспорными фантомы, лучше всяких аргументов доказывает степень их феноменологической «реальности».

3.6. Присвоение vs отчуждение

Наиболее важная особенность, позволяющая зонду «сворачиваться», — это его контролируемость, отсутствие «непредсказанных» изменений. В соответствии с наиболее фундаментальной интуицией инерции с зондом не должно происходить никаких «самопроизвольных изменений» — он должен быть *механическим, мертвым* проводником активности субъекта. Любая непредсказанность, обнаруживаемая зондом, интерпретируется как его активность и приводит к его вычленению, сдвигу границы субъективности. На уровне непосредственно-чувственного переживания он начинает восприниматься как *непонятный*⁶.

С этой точки зрения познание может идти только одним способом: через превращение жизни в мертвый, расчленяемый объект, ибо лишь таким образом его можно превратить в зонд. Понятое — значит включенное в границы субъекта, *усвоенное*. Эта особенность заставляет ученого, строящего специфический зонд — научное знание, использовать принцип объективации. «Созданная исследователем экспериментальная идеализация есть форма объективации самого познающего разума, вынесенная вовне... К ставшему чужим, т.е. отчужденному своему же собственному бытию разум применяет тот же схематизм, что и к созерцаемому в пространстве объекту. Идеализация остается сама собой (т.е. разум не сталкивается с "иным") в том случае, когда она либо "покоится", либо находится в состоянии "равномерного движения" — изменяется в направле-

⁶ Та же интуиция лежит в основе разделения на *мертвое* и *живое*. Мертвое не должно нарушать принцип инертности, а если я сталкиваюсь с его непредсказуемостью, то начинаю приписывать ему качество жизни. 3. Гиппиус, описывая восприятие кинематографа в начале века, очень точно передает ощущение ужаса от действия автомата, имитирующего жизнь. В норме именно границы допустимых изменений задают интуиции живого-неживого, а их нарушения — одушевление природы. Дикарь, населяющий мир духами и богами, на самом деле дает наиболее очевидное, простое и ясное объяснение непонятному происходящему.

нии обнаруживаемых дедуктивно логических возможностей. Отклонение экспериментальной идеализации (в результате опыта) из состояния "покоя" или "равномерного движения", т.е. отклонение в сферу логически и теоретически невозможного, означает для разума *встречу с иным*, столкновение с неподатливой плотностью внешнего для познающего разума бытия» (Тищенко, 19916, с. 14). Необходимость превращения познавательного акта в мертвый зонд укореняет принципиальные противоречия и ограничения объективного знания: на рациональном уровне оно может существовать лишь в такой же форме *окаменелости*, как и *эмпирическое* Эго. В этом состоят «блеск и нищета» рационального познания и объективного метода: создавая принципиальные возможности для познания, они приводят к тому, что знание, полученное в результате процедуры объективации, может быть по своей природе только мертвой структурой. «Степень оформленности есть степень хрупкости. И именно то, что дает вещи ее бытие, именно как этой вещи, — то же самое обрекает ее к уничтожению» (Бахтин Н.М., 1993).

Иными словами, *понятным*, т.е. *предсказанным* может быть только механическая природа, а собственно субъективное, представляющее собой сердцевину и сущность человека, не может получить статуса *понятности*. Когда я говорю: «Я понял, что происходит, я знаю это, я понимаю этого человека», — я подразумеваю, что могу предсказать развитие событий. Когда мать говорит о своем повзрослевшем ребенке: «Он стал как чужой», — она хочет сказать, что он перестал ей подчиняться и следовать ее указаниям. Когда психиатр или психолог создает ту или иную «классификацию типов личности», он прежде всего стремится упорядочить непонятное, непредсказуемое, сведя очевидную невыводимость индивидуальных поступков к более или менее ограниченному набору стереотипных паттернов. В этом смысле *понять* всегда означает нивелировать подлинную субъективность, и можно довольно уверенно полагать, что подобная попытка «понимания», несмотря на ее очевидную феноменологическую убедительность, не может в принципе привести ни к какому пониманию. Я ни в коей степени не призываю свести психологию к бессмысленным и мутным рассуждениям о «несказанном» или «невыразимом», но хочу лишь подчеркнуть как принципиальную невозможность объективного понимания субъективности, так и принципиальную невозможность иного понимания. В этом случае мы, видимо, обречены совершать шаги, приводящие нас к утрате искомого, это *не-обходимое* свойство мышления, ибо только неживое и может быть *у-своено*, и единственным выходом психологии в этом случае может быть постоянная рефлексия ограниченности ее выводов. Это утверждение в

каком-то смысле можно рассматривать как следствие принципа дополнительности Н. Бора. Хотя И. Лакатос (1995) и полагал, что непротиворечивость должна оставаться важнейшим регулятором науки, это утверждение имеет смысл лишь в контексте гипотетического предела, или направление развития должно дополняться пониманием противоречия как проявления «живой жизни». Сходное, хотя и более мистическое утверждение лежит в основе понимания «внутреннего опыта»⁷ Ж. Батаем: «Опыт это — пылкая и тоскливая постанова под вопрос (на испытание) всего, что известно человеку о деле бытия... Бог, абсолют, основа мира суть ничто, если они не суть категории рассудка. Стоит мне сказать: "Я видел Бога", — как сразу то, что я вижу, изменится. На месте непостижимой неизвестности — дико свободной передо мной, меня оставляющей в дикости и свободе, — возникнет мертвый объект теологии... (Это) суть прежде всего понятия, прибавленные к другим понятиям. И хотя они связаны с устранением мнимостей, сами они — расширяя области знания — становятся мнимостями. Так работает в нас рассуждающая мысль. И эта трудность выражается следующим образом: *даже слово "тишина" производит шум...*» (Ба-тай, 1997, с. 18, 33).

Из этого положения вытекают довольно важные следствия. В частности, мысль о том, что законы, посредством которых строится топология социального субъекта, могут быть лишь жесткими, «мертвыми». «Мягкость» закона не позволяет его интериоризовать и разрушает четкость границ ответственности. С феноменологической точки зрения «закон» — это не то, что написано на бумаге, пусть оно и называется «Конституцией», а в первую очередь именно его неумолимость, пусть нигде не записанная, ибо я могу превратить в зонд лишь негибкие, однозначно предсказуемые вещи. В этом смысле древние были правы, говоря, что «*dura lex, sed lex*». Это свидетельство не ограниченности, а, наоборот, пронизательности. Размывание карательных функций власти, обязанной быть гарантом неукоснительности исполнения закона, приводит к коррозии морали и нравственности именно потому, что «необъективность» законов, возможность их неоднозначной интерпретации — путь к деструкции топологии социального субъекта. Нестабильность закона-зонда — это прежде всего нестабильность меня.

Интуиция важности стабильных ограничений рождала специальные практики, позволявшие примирить жесткость морали с ее нарушениями. Исповеди и индульгенции имели глубочайший

⁷ На мой взгляд, в понятии «внутреннего опыта» Ж. Батай пытался выразить принципиально субъективное переживание своей «самости».

Глава 3. Феноменология телесности

смысл, заключавшийся в возможности сохранить жесткость налагаемых христианством правил, создавая легитимный канал, в котором естественное для грешной души человека стремление к нарушению строгих запретов не подтачивало самого факта обязательности наиболее важных моральных скреп. Для согрешившего человека как бы оставалась возможность «начать все сначала», ибо иначе он должен был либо жить с ощущением безнадежности, либо подвергнуть сомнению сами скрепы⁸. Отказ от закона не может происходить безнаказанно для субъекта; законы могут нарушаться, но не могут отменяться. Моральная деструкция общества, осуществленная энциклопедистами, совершавшими ревизию «ненатуральных» законов (*Cad*, 1992), не преодолена до настоящего времени. Из совершенно правильной мысли о том, что в мире не существует никаких неподвижных объективных моральных законов, ими был сделан совершенно неправомочный вывод о возможности их полной отмены.

И мир, и тело, и сами феномены сознания равно становятся реальностью как сопротивляющаяся субстанция, как то, что не может быть раз и навсегда учтено, а требует постоянного приспособления. Содержание сознания существует как «не растворенный» им остаток. Оно рождается из необходимости преодолеть непрозрачность *не-сознания*, репрезентируя его в качестве эмоций, чувственных ощущений, абстрактных конструкций, языка, мышления, памяти, совести, вины, морали и пр. Качество предметности связано не просто с отнесенностью *вовне-сознания* — предметным может быть и само сознание. Явление объективируется самим фактом представленности в сознании. Уровень же отнесенности определяется «длиной зонда» сознания и в зависимости от границы автономности может простираться до любой точки связки «сознание — тело — мир». Членение диады «субъект—объект» проходит по линии напряженного взаимодействия, непрозрачная граница между элементами которого и рождает необходимость субъективного, образа объективной реальности. Сам субъект может появиться лишь в этом разрыве, точке непрозрачности, порождающей одновременно и субъекта и то, что называлось в средневековой философии «иным». Граница этого разрыва создает *топологию* субъекта, не являющуюся постоянной и однозначной, но рожденную предшествующим индивидуальным опытом и наличной ситуацией. Топология субъекта не совпадает с эмпирическими границами его тела: она может

⁸ Отсюда же вытекает вопрос о том, что если нет Бога, то возможно любое преступление, ибо нет верховного гаранта, а следовательно, нет и неотвратимого наказания (см.: *Достоевский*, 1958).

быть как вынесена вовне, так и погружена внутрь тела и даже в само содержание сознания.

В рамках идеи зонда возможно переосмысление метапсихологии психоанализа. *Я* и *Сверх-Я* можно интерпретировать как превращенные, окаменелые формы объективации истинного субъекта психоанализа — *Оно*. Во всяком случае данная модель обладает преимуществами экономии: она постулирует не три автономных психических образования, а только одно, предлагая к тому же вполне конкретный и универсальный психологический механизм экспликации его производных форм взамен метафорических конструкций классического психоанализа.

Предложенная модель построения топологии субъекта имеет не только чисто теоретическое значение. Она, на мой взгляд, позволяет по-новому поставить целый ряд достаточно актуальных вопросов: от понимания психопатологических феноменов до проблем коммуникаций, обучения, воспитания, власти, наслаждения, смерти, ответственности, вины и свободы.

4.1. Коммуникативные формы объективации телесности

Другой, не менее важный, чем патология, способ объективации телесности связан со специфическими особенностями бытия человека. Человек включен не только в мир внешних вещей, противопоставленных ему самой силой природы, с безличной «железной» необходимостью навязывающей ему свои законы, но и в человеческую среду, осуществляющую свои коммуникативные запреты. «Коммуникативные акты обнаруживают, придают оформлен-ность и постоянно перепроверяют присутствие говорящего в пространстве человеческого общения. Они создают его "место" и одновременно место других, с чьим *сопротивлением-противоречием* говорящий в этом пространстве сталкивается» {Тищенко, 1991а, с. 29). С самого раннего детства ребенка приучают к «правильному» осуществлению целого ряда функций, связанных с питанием, отправлениями, овладением инструментами. Мать, добиваясь от ребенка контроля за функциями его организма путем соблюдения режима питания, награды и наказания, приписывания ответственности и вины, по сути дела, создает совокупность «сопротивлений», порождающих конфигурацию «культурного тела», особый контур Я, не совпадающий с границами Я, очерченными природными преградами. Культурная функция не только не равна нату-

ральной, на почве которой она формируется, но способна в значительной степени ее видоизменять. Метафора Ф. Кафки становится буквальной, и общество «вырезает» свой приговор на теле своей жертвы. Результат этой операции — новая реальность «культурного», содержащая в себе новые возможности и пространство «культурной патологии».

Так же как в случае «моего тела», моя идентификация может быть рождена в рамках коммуникативных затруднений. «Эмпирическое Я» проясняется на ограничениях, налагаемых на меня как на субъекта социальных отношений. Когда я идентифицирую себя с отцом, воином, гражданином, то речь идет о подмене чистого Его на эмпирическое Его в виде физической, социальной или духовной личности (если использовать терминологию У.Джемса). Я, идентифицированное как *Отец*, не совпадает с чистым Его познающего сознания. Это весьма интересное несовпадение можно отметить в различных точках, но прежде всего в степени свободы, открытого волеизъявления, границе инициации и контроля поступка. У Джемса приведен отчетливый пример такого несовпадения: «...например, частное лицо может без зазрения совести покинуть город, зараженный холерой, но священник или доктор нашли бы такой поступок несовместимым с их понятием чести. Честь солдата побуждает его сражаться и умереть при обстоятельствах, когда другой человек имеет полное право скрыться в безопасном месте или бежать, не налагая на свое социальное Я позорного пятна» (Джемс, 1901, с. 137). Заметим, что социальное Я куда менее свободно, и его поступки определяются не рациональностью (подразумевающей свободный выбор), а более или менее четким, предписанным (а следовательно, не вполне рациональным) канонам сохранения той или иной формы самоидентификации. Эти идентификации ограничены в волеизъявлении и именно этими ограничениями и созданы. Субъект, идентифицировавшийся с отцом, солдатом и пр., должен совершать поступки, не вытекающие из его воли, но предписанные избранной ролью. Гражданин античного полиса, совершая суицид, предписанный ему понятием о благе полиса, не совершал свободного поступка. Его свобода заканчивалась выбором своей социальной идентификации.

Проблема суицида как некоторой крайней экзистенциальной ситуации отчетливо проясняет специфику «социальной» телесности. Так, обосновывая возможность «рационального» суицида, П.Д. Ти-щенко (1993) предлагает некий мыслительный эксперимент. Речь идет о допросе на Лубянке, во время которого следователь, пытающийся выбить нужные показания, угрожает жертве пытками его детей. В такой ситуации наиболее рациональным поступком будет

пожертвовать собой, используя представившуюся возможность самоубийства.

Строго говоря, сам по себе факт спасения детей еще не свидетельствует о рациональности такого поступка. На этом основании можно было бы судить о рациональности самоубийственного поведения курицы, защищающей цыплят от нападения ястреба. Поведение человека в сходной ситуации мы будем называть рациональным, если, в отличие от курицы, он принимает это решение осознанно, совершая выбор. Как пишет П.Д.Тищенко (1993), у отдельного морально развитого человека и цивилизованного сообщества есть ценности, которые безусловно выше индивидуального существования и телесного самосохранения. Например, сохранение своей самоидентичности. Но сохраняя в данном случае выбранную роль «отца», я как раз и *не совершаю* самоубийства в отношении своего «социального тела», тогда как установка на физическое самосохранение как раз и приведет к подобному результату. Таким образом, рационального суицида не получается ни в одном случае: либо я сохраняю себя как определенную самоидентичность, либо, если откажусь от этого, — как физическое тело.

Конечно, это в значительной степени зависит от «строгости» правил идентификации и, как следствие, — устойчивости идентичности.

Плотность коммуникативных ограничений, запретов, табу «вырезает» особую конфигурацию ответственности и вины за проявление моих желаний и реализацию наслаждения. Super-ego суть продукт сворачивания, интериоризации своеобразного зонда контроля, формирующего особую форму самоидентичности: топологию социального, морального субъекта.

4.2. Конверсия как патология «культурного» тела

Несовпадение натурального и «культурного» тела человека образует зазор, в пространстве которого развиваются специфические расстройства, относимые обычно к группе функциональных или конверсионных симптомов. Принципиальной особенностью такого рода расстройств является сочетанное отсутствие какой бы то ни было объективной патологии с особым символическим смыслом данного нарушения. Принципиальная возможность их реализации обусловлена подвижностью границ телесного *Я*, позволяющих создать особую конфигурацию «ложных границ», имитирующих органическую патологию. Хотя эта гипотеза нуждается в специальном обсуждении и доказательстве, можно предположить, что механизм

формирования конверсионных симптомов заключается в том, что они разворачиваются только в сфере «полупрозрачных» функций, которыми человек овладевает (или принципиально может овладеть). Сущность конверсионной патологии заключается именно в отказе/поломке управления этими функциями (или, напротив, введении скрытого управления ранее автоматизированными функциями) и перемещении границы субъекта с внешнего контура к внутреннему. Нарушение движений в случае астазии-абазии, мутизм, колиты, запоры, поносы, энурез, нарушение глотания, рвота, одышка, аспирация и пр. происходят не на анатомическом или физиологическом уровне, а именно как нарушение регуляции, перемещение зоны контроля. Они, как правило, исчезают во сне, под воздействием психотропных препаратов или даже при отвлечении внимания. Сама возможность конверсионных функциональных расстройств есть плата за превращение анатомического организма в культурное тело и приобретение им семиотических свойств.

«Культурность» функции предполагает возможность овладения ею и включения ее в контур произвольной регуляции в соответствии с определенными правилами, не совпадающими с требованиями природы. Произвольные и произвольные функции в отношении прозрачности к ним телесного механизма сходны только внешне. В условиях нормального функционирования произвольные функции прозрачны для субъекта *первично*, они только *еще могут стать* непрозрачными при овладении ими, они подчинены логике механизма и описываются на языке тропизмов. «Прозрачность» *{постпроизвольность}* произвольных функций *вторична*, они *уже стали* прозрачными после освоения, но свернутая внутри них возможность снова стать объектом легко демонстрирует себя в различных сложных ситуациях. Они могут стать произвольными, лишь пройдя путь растворения в субъекте, продвигая постепенно границу субъективности. Но когда-то они были объектными и сохранили в замаскированном виде свой исходный характер. Мы просто забываем, сколько усилий необходимо было затратить ребенку, обучавшемуся правильно есть, пользоваться горшком, ходить, бегать, говорить, писать, рисовать, ездить на велосипеде и пр.

Вписывание ребенка в контекст культуры связано с особой практикой объективации его физической активности, физиологических проявлений, установлением ограничений, последующее преодоление, «сворачивание» которых и есть путь социализации, развития произвольности и вторичной «прозрачности» телесных функций. Создание «объектов» на пути субъекта — это постоянно текущее задание новой топологии субъект-объектного членения.

Патология же в данном случае лишь подтверждает существование этой уже скрытой внутренней «несущей конструкции». Различные культуры и исторические эпохи, приписывая субъекту специфические атрибуты ответственности и вины, создают различные конфигурации субъект-объектного разрыва и соответственно различные типы скрытых конструкций, определяющих культурно-исторический патоморфоз конверсионных расстройств (Якубик, 1982).

4.3. Сексуальное «культурное» тело¹

Ограничения, налагаемые обществом на натуральные функции, создают принципиально новый «ландшафт» культурного тела. Запреты и правила еды и отпавлений образуют новую реальность «алиментарного тела», правила гигиены — субъективный феномен «чистоты и грязи», сексуальные запреты — «эротическое тело».

Особенно демонстративна в этом смысле последняя группа запретов. Сексуальная потребность, сталкиваясь с регламентацией ее проявлений, формирует совершенно особые представления об эротическом/неэротическом, тесно связанные с историческими, религиозными и этническими вариантами запрещенного/разрешенного.

В европейской культуре XVII—XIX вв. эротически провоцирующим для мужчин было обнажение женщиной даже части ноги, тогда как размер декольте, явно превышавший допустимый в наше время, не нес практически никакого эротического оттенка. Вместе со снижением требования к степени закрытости ног снижается и их эротическая привлекательность. Трудно представить современного поэта, которого, как Пушкина, могла бы настолько взволновать женская лодыжка. Одна и та же часть тела в зависимости от регламентации ситуации ее обнажения способна вызывать совершенно различные чувства. В качестве примера можно назвать ситуации нудистского пляжа, бани и стриптиза. На наш взгляд, абсолютно необходимым условием существования эротики является само существование запрета, в зоне нарушения которого она и возникает. Эротично именно это «преодоление», тогда как полная отмена запретов приведет к деструкции «эротического тела». Тема эротики демонстрирует еще один, довольно интересный пример необходимости *иного* для возникновения *Я*. Почти любая форма сексуальной активности (за исключением некоторых «неполных», маргинальных форм: онанизма и др.) требует «партнера», т.е. непрозрачного *другого*, создающего плотность *моего* эротического тела.

¹ Разделы 4.3, 4.4, 4.5 написаны совместно с Ю.П. Зинченко.

Несмотря на то что сексуальное влечение традиционно относится к числу основных, наиболее фундаментальных человеческих потребностей, нормирование его реализации прослеживается с самых ранних этапов человеческой истории, в особенности европейской культуры.

Причины столь раннего развития репрессивной сексуальности не до конца понятны, поскольку в этнографии описываются культуры иного типа, например антисексуальные или просексуальные.

Первые достаточно редки и связаны с представлением о том, что половая жизнь делает людей слабыми, восприимчивыми к опасным заболеваниям, или с тем, что она рассматривается как нечто позорное или унижительное (микронезийские племена Каролинских островов, папуасы).

Противоположное, крайне терпимое отношение к сексуальным проявлениям отмечается у полинезийских племен, где идеалы красоты откровенно эротичны, любые формы проявления сексуальности открыто поощряются (Кон, 1989).

Европейская культура образует некий промежуточный вариант, характеризующийся выделением зон «допустимого» проявления сексуальности и четкой «маркировкой» запретного. Специфика такого отношения требует от человека *овладения* своими эротическими влечениями и превращения сексуальной потребности из натуральной, произвольной в *произвольно регулируемую*.

Начиная с работ З. Фрейда, усвоение запретов и, прежде всего, табу на инцест, считается основным социально-психологическим фактором превращения первобытной орды в человеческое племя. Хотя, как отмечает Г. Маркузе (1995), слишком очевидны, а возможно и непреодолимы трудности научной верификации или просто логического согласования подобной гипотезы, психологический смысл нормирования сексуальных проявлений вполне очевиден: формирование произвольной регуляции человеческой сексуальности.

При этом совершенно не важен факт, что такая регуляция была в конкретных социально-экономических условиях в той или иной степени фрагментарна, часто скорее декларировалась, чем реально воплощалась, что существовали многочисленные случаи нарушений самых строгих запретов и канализирующие формы реализации запретов — во всех этих отклонениях речь идет не об отрицании самого факта произвольной регуляции сексуальной функции, а лишь о том, что в ряде случаев такая регуляция не всегда совершенна.

Если считать, следом за Л.С. Выготским, что самое главное «свойство высшей психической функции — овладение собственным процессом поведения» (Выготский, 1982), то достаточно логично, что сексуальность на довольно раннем этапе утрачивает свой непро-

извольный характер. Более того, это единственная человеческая функция, каноны реализации которой фиксировались даже в рамках законодательства, в результате чего сформировался новый, социально детерминированный регулятивный принцип сексуального поведения (Фуко, 1996; Маркузе, 1995; Фрейд, 1924; Хорни, 1993). Именно сексуальность в наибольшей степени отвечает идее «культурного развития», заключающегося в том, что «не природа, но общество должны рассматриваться как детерминирующий фактор поведения человека» (Выготский, 1982, т. 1, с. 184).

Иерархическое строение человеческой сексуальности проявляется в том, что природная потребность в продолжении рода, инстинктивная по своему характеру, имеющая четко очерченный круг безусловных стимулов, реализующаяся в виде цепного рефлекса в условиях, отвечающих этим безусловным раздражителям, с какого-то момента начинает подчиняться условностям, носящим не биологический, а социальный характер, и трансформируется в «генетически более сложную и высшую форму поведения». Иерархичность строения человеческой сексуальности проявляется в возможности ее повторного расщепления, например, в случае «снятия» высших регулятивных форм, в ситуациях алкогольного или наркотического опьянения, состояниях патологического аффекта, лобном синдроме или других поражениях корковых отделов головного мозга. Как и при других вариантах высших психических функций в новых структурах человеческой сексуальности, в противоположность низшим, различие заключается прежде всего в том, что «...непосредственная слитность стимулов и реакций в едином комплексе оказывается нарушенной» (Там же, с. 116).

4.4. Формирование человеческой сексуальности

Точно так же, как и другие высшие психические функции, человеческая сексуальность характеризуется прижизненным социальным характером формирования. Однако специфичность социализации в этом случае определяется сочетанием жесткости запрета, его внутренней противоречивости и не всегда явной формулировкой. Радикальное отличие сексуальности от классических высших психических функций определяется тем, что интерпсихический этап формирования характеризуется разделением не *выполнения* функции, а ее *запрещения*, и сначала усваивается не только и не столько модель реализации, сколько стереотип торможения.

Хотя понятие социализации не связано для Л.С. Выготского с репрессивной функцией культуры, нет никакого принципиального теоретического ограничения для его применения при интерпрета-

ции репрессии. Такое расширение понятия позволит использовать преимущества хорошо проработанной в современной западной философии и психологии темы репрессивной функции культуры и соединить ее с достоинствами отечественного культурно-исторического подхода.

В отношении сексуальности интериоризуется в первую очередь система ограничений, правил и нормативов, существующая вначале в качестве развернутой экстрапсихической совместной деятельности ребенка и его воспитателей.

То, что конкретное артикулирование темы сексуальности в детском возрасте достаточно редко, не должно вводить нас в заблуждение. М. Фуко (1996) в своей «Истории сексуальности» указывает, что, начиная с XVII в., когда в педагогике возникает идея греховности проявлений детской сексуальности, о сексе не начинают говорить меньше, — напротив. Но говорят совсем по-другому, и другие люди. Он замечает, что ни один из педагогов XVII в. не стал бы, как Эразм Роттердамский в своих «Диалогах», давать совет ученику по поводу выбора хорошей проститутки. «И громкий хохот, который так долго сопровождал раннюю сексуальность ребенка, мало-помалу затих... Само молчание, вещи, о которых отказываются говорить или которые запрещают называть, сдержанность, которая требуется от говорящих, — все это является не столько абсолютным пределом дискурса, другой стороной, от которой он якобы отделен жесткой границей, сколько элементами, функционирующими рядом со сказанными вещами, вместе с ними и по отношению к ним в рамках согласованных стратегий. Не следует проводить здесь бинарного разделения на то, о чем говорят, и то, о чем не говорят; нужно было бы попытаться определить различные способы не говорить об этом, установить, как распределяются те, кто может и кто не может об этом говорить, какой тип дискурса разрешен, или какая форма сдержанности требуется для одних и для других. Имеет место не одно, но множество разных молчаний, и они являются составной частью стратегий, которые стягиваются и пересекают дискурсы» (Фуко, 1996, с. 123—124). М. Фуко демонстрирует, что это молчаливое руководство проявлениями детской сексуальности в виде *интерпсихической* деятельности может реализоваться даже не в словах, а просто в самой архитектуре учебных зданий. «Глядя на образовательные колледжи XVIII века, — говорит он, — может показаться, что о сексе здесь практически не говорят. Но сама архитектура, планировка, дисциплинарные уставы и вся внутренняя организация доказывают, что речь все время идет именно о сексе» (Там же, с. 125). О нем в вещественной форме думали строители, все, кто обладает властью,

приведены в состояние постоянной бдительности мерами предосторожности, игрой наказания и ответственности.

Пространство классов, форма столов, планировка спален, — все явственно «говорит» о сексуальности детей и реализованном стремлении управлять ею. Это своеобразный внутренний дискурс учреждения, исходящий из молчаливой констатации того, что сексуальность существует и ею *необходимо управлять*².

«Было бы неточным говорить, что педагогическая институция в массовом масштабе навязала молчание о сексе детей и подростков. Напротив, начиная с XVIII века она умножала формы дискурса о нем; она установила для него разнообразные точки внедрения; она закодировала содержание и определила круг тех, кто имеет право говорить. Говорить о сексе детей, заставлять говорить о нем воспитателей, врачей, администраторов и родителей, или же говорить им о нем, заставлять говорить о нем самих детей и окутывать их тканью дискурсов, которые то обращаются к ним, то говорят о них, то навязывают им канонические познания, то образуют по поводу них ускользающее от них знание, — все это позволяет связать усиление власти и умножение дискурса. Начиная с XVIII века, секс детей и подростков становится важной ставкой, вокруг которой выстраиваются бесчисленные институциональные приспособления и дискурсивные стратегии. Вполне может случиться, что и у взрослых, и у самих детей отняли определенный способ говорить об этом, и что этот способ был дисквалифицирован как прямой, резкий и грубый. Но это было лишь оборотной стороной, и, быть может, условием функционирования других дискурсов — множественных, пересекающихся, тонко иерархизированных и весьма сильно артикулированных вокруг пучка отношений власти» {Там же, с. 126—127}.

Отсутствие темы сексуальности в структуре реального общения может свидетельствовать о совершенно противоположном феномене—о незримом, молчаливом, но постоянном *присутствии*.

² Полицейский устав для лицеев, 1809 г. (Цит. по: Фуко, 1996, с. 124):

Статья 67. Во время классных и учебных часов всегда должен быть классный воспитатель, наблюдающий за тем, что происходит снаружи, дабы воспрепятствовать ученикам, вышедшим по нужде, оставаться и собираться вместе.

Статья 68. После вечерней молитвы ученики должны быть препровождены обратно в спальню, где воспитатели сразу же должны уложить их спать.

Статья 69. Воспитатели должны ложиться спать не ранее, чем удостоверятся, что каждый ученик находится в своей постели.

Статья 70. Кровати должны быть отгорожены друг от друга перегородками высотой в два метра. Спальни должны быть освещены в течение ночи.

Хотя со времени, описываемого М.Фуко, прошло почти три века, тема «асексуальной сексуализации» остается более чем актуальной. Яркий пример этого — актуализация за последнее десятилетие в протестантских странах темы «sexual harassment» или «sexual abuse», заставляющей обнаруживать скрытый сексуальный подтекст в самых невинных поступках. *Отсутствие* темы сексуальности в «приличном обществе» на самом деле — изнанка ее постоянного текущего *присутствия*.

4.5. «Культурная» патология эротического тела

Другая особенность *интерпсихического* этапа социализации сексуальности, оказывающей решающее значение в формировании ее патологии, — это *противоречивость, двойственность* предъявляемых к ней социальных требований. С одной стороны, сексуальные проявления должны подавляться, либо быть заключены в узкие границы канонической реализации, с другой — постоянно поддерживается и сосуществует параллельно с этими границами тема «мужской предприимчивости», активности, инициативности, нарушения табуированных запретов. Канон одновременно и существует, и его надлежит «выполняя, нарушать», что в дальнейшем создает плодородную почву для формирования различных сексуальных расстройств.

Социальный, исторически обусловленный, относительно условный характер запретов и ограничений проявлений сексуальности четко связан с особенностями формирования *произвольности регуляции* этих проявлений.

М. Фуко (1996) приводит очень яркий пример такого рода запрета, формирующего через атрибуцию ответственности новый тип *произвольности*, — проблему детского онанизма, объективирующуюся через установления культурного коммуникативного ограничения.

До начала XVIII в. такой собственно педагогической проблемы как детский онанизм не существовало (особенно в низших классах), ибо все формы детской сексуальности рассматривались как вполне невинные, и ребенку не ставилось в вину или ответственность их проявление. С момента артикулирования запрета ситуация резко меняется. В течение XVIII в. это становится общественной и педагогической проблемой. Врачи, педагоги, родители едины в своем упорном желании полного уничтожения любых проявлений детской сексуальности (именно с этого момента берут начало пугающие «научно обоснованные» теории об абсолютном вреде детского онанизма). Хотя в отчетливой форме эти ограничения артикулируются к началу XVIII в., можно установить прямые заимствования

или очень тесные преемственные связи между первыми христианскими учениями и моральной философией античности: «Первый значительный христианский текст, посвященный сексуальным отношениям в супружеской жизни, — 10 глава II книги "Педагога" Климента Александрийского, — опирается на несколько мест из Священного Писания, но также и на ряд принципов и предписаний, непосредственно заимствованных из языческой философии. Здесь уже можно увидеть определенное ассоциирование сексуальной деятельности и зла. В этом тексте легко распознать те навязчивые страхи, которые культивировались медициной и педагогикой, начиная с XVIII века...

Прогрессирующее истощение организма, смерть индивида, истребление его расы и, в конечном счете, урон, наносимый всему человечеству, — все это поток словоохотливой литературы обещал тому, кто стал бы злоупотреблять своей половой функцией. В медицинской мысли XIX века эти возбуждаемые у людей страхи составили, как кажется, "натуралистическую" и научную замену христианской традиции, которая приписывала удовольствие к области смерти и зла» {Фуко, 1996, с. 285—286}. «Вокруг ученика колледжа и его секса быстро разрастается целая литература наставлений, предупреждений, наблюдений, медицинских советов, клинических случаев, схем реформы, планов идеальных учреждений. Благодаря Базедову и немецкому "филантропическому" движению это выведение в дискурс подросткового секса приняло значительный размах. Зальцманн организовал даже экспериментальную школу, особенность которой состояла в настолько хорошо продуманном контроле и воспитании в области секса, что универсальный грех юности никогда не должен был иметь там места. И среди этих мер ребенок не должен был оказаться лишь бессловесным и несознательным объектом забот, согласованных между одними лишь взрослыми, ему предписывался определенный дискурс о сексе: разумный, ограниченный, канонический и истинный, — своего рода дискурсивную ортопедию» {Там же, с. 125}.

Здесь М. Фуко вплотную подходит к основной теме культурно-исторической концепции формирования высших психических функций, связывающей *произвольность со знаково-символическим опосредствованием*. Для Л.С. Выготского эти аспекты высшей психической функции неразрывно связаны, ибо именно через знаково-символическое опосредствование и реализуется модус произвольности. Отличие между занимающими различное иерархическое положение низшими (натуральными) и высшими функциями заключается прежде всего в том, что между стимулом, на который направлено поведение, и реакцией человека выдвигается новый промежуточный элемент, и вся операция принимает опосредство-

ванный характер и непосредственная слитность стимулов и реакций в едином комплексе оказывается нарушенной (см.: *Выготский*, 1982). Л.С. Выготский использует здесь для объяснения механизма произвольной регуляции понятие «опосредствования», предложенное Гегелем, говорившим, что разум столь же хитер, сколь могущественен (*Гегель*, 1992). Хитрость, по его мнению, состоит в опосредующей деятельности, которая давала бы объектам действовать друг на друга соответственно их природе и истощать себя в этом воздействии, не вмешиваясь непосредственно в этот процесс, но осуществляя, тем не менее, свою цель. Понятие опосредующей деятельности в дальнейшем было расширено введением в качестве инструмента опосредования знаков, или, в более широком смысле, «означения», а новому типу поведения с необходимостью соответствовал новый регулятивный принцип.

Смысл его новизны в том, что развитие предстает в виде некоторой естественной истории знаков, истории их интериоризации через применение *к себе* тех же самых форм поведения, которые первоначально употреблялись *извне*.

Сексуальность человека, как и другие формы телесного опыта, вполне подчинена этому закону. Человек становится не просто рабом своих инстинктивных влечений, но и обладает целым набором *психологических инструментов* управления телесными влечениями.

Одни из них вполне очевидны, например, для усиления аппетита или возбуждения сексуальности разработаны целые технологии *овладения*, такие как *кулинария* или *порнография*. Другие же опосредующие инструменты менее очевидны и основаны на придании сексуальности особых семантических оттенков, либо наделения ее особым значением.

Поскольку эректорная составляющая — наиболее зримое и вещественное проявление сексуальной энергии и, следовательно, мужской состоятельности, то на протяжении довольно значительного исторического периода именно к этому важному, но, тем не менее, частному аспекту сексуальности приковывается пристальное внимание. Во всяком случае, оно практически в современной форме зафиксировано в одном из самых старых литературных памятников — «Сатириконе» Петрония Арбитра, датируемом примерно первым веком нашей эры. Главный герой романа, Энколпий, лишенный за оскорбление Приапа мужской силы, обращается к своему непослушному органу с обвинительной речью: «Ну, что ты скажешь, позорище перед людьми и богами, — потому что нельзя даже причислить тебя к вещам маломальски серьезным? <...> Неужели я заслужил, чтобы ты, отняв у меня цветущие ве-

сеннее свежестью годы, навязал мне бессилие глубокой старости?» (Петроний, 1990, с. 214). В этом фрагменте особенно интересны два момента: во-первых, отношение к случившемуся, как к чему-то личностно дискредитирующему героя — «позорище», а во-вторых, ощущение ответственности за действия своего органа, который всегда должен быть безотказным.

Последнее убеждение настолько укоренилось, что «отождествление сексуальных способностей мужчины с наличием у него эрекции специфично для европейской цивилизации. Жалобы на слабость эрекции занимают ведущее место среди причин обращения европейских мужчин к сексопатологам или шарлатанам.

Конечно, ложась в постель с новой партнершей или даже супругой, знакомой до кончиков ногтей, мужчина может беспокоиться, будет ли удовлетворена женщина, сам он и т.д. Но только в европейской цивилизации эти проблемы принимают вид гипертрофированного страха: будет ли эрекция? Из чисто технической детали полового акта эрекция стала символом мужского достоинства, половой силы, степени привлекательности для женщины. Европейский идеал мужчины — некий цирковой артист, всегда готовый выполнить отработанный трюк — овладеть женщиной в любых условиях» (Буйлин, 1995, с. 11—12).

Произошла странная аберрация: с одной стороны, на эрекцию оказалось нагружено колоссальное семантическое поле различных значений и личностных смыслов, а с другой стороны, вся область сексуальности оказалась сконцентрированной исключительно на эректорной составляющей. Вместо богатства чувственной ткани, включающего в себя все модальности ощущений: звук, образ, запах, осязание, вкус, — сексуальность оказалась сконцентрированной исключительно на «технической детали полового акта».

В силу такой асимметричности, эта конструкция оказалась неустойчивой и обладающей парадоксальной психологической хрупкостью при высокой физиологической прочности (Васильченко, 1983). Европейский мужчина стал уязвим именно благодаря избыточной опосредованности сексуальности, развившейся в условиях ее произвольной регуляции.

Поскольку сексуальность обладает избыточным семантическим полем, то наряду со значением, направленным на «искусственную» стимуляцию, актуализируются и дисгармоничные денотативные комплексы, связанные с опасением несоответствия уровню притязаний, подтвержденные неадекватной самооценкой и инфантильными страхами. Поэтому избыточность означаемых не улучшает произвольную регуляцию, а, напротив, значительно ее ухудшает, причем пропорционально личностной значимости ситуации сексу-

ального контакта, высоте притязаний и тревоге оказаться не соответствующим высоким ожиданиям.

Эта гипотеза подтверждается тем, что частота сексуальных неудач возрастает по отношению к высоко оцениваемому объекту, либо в непривычной ситуации нового сексуального контакта, требующего адекватно высокого уровня подтверждения мужских качеств, понимаемых исключительно через призму эректорной составляющей.

Функциональную психогенную импотенцию, таким образом, можно рассматривать как дисфункцию произвольной регуляции, связанную с нарушением опосредствования натурального организ-мического акта вследствие избыточности семиотических связей. Это расстройство обладает структурным сходством психологического механизма симптомообразования с большим классом конверсионных и диссоциативных расстройств, связанных с нарушением произвольной регуляции различных психических функций либо видов деятельности. Другим подтверждением высказанной гипотезы может служить факт отсутствия функциональной импотенции в культурах, где не существует столь жестких, как в европейской, требований к произвольной регуляции сексуальности. Этот феномен становится понятным, если учесть, что атрибуция ответственности за возникновение эрекции в этих культурах приписывается не мужчине, а женщине, либо вообще потусторонним силам. Р. Леви отмечал, что для жителя острова Таити отсутствие эрекции ни в коей мере не означает неудачи в интимной жизни или чего бы то ни было дискредитирующего. «Если, начав ласкать женщину, мужчина обнаруживает, что эрекция не наступает, он решает, что эта женщина в данный момент времени его не возбуждает и отказывается от сокоупления. Это не расценивается как фиаско. Он просто делает вывод, что ему *не хочется* иметь сношения» (Цит. по: *Прокопенко*, 1989, с. 12).

Данная гипотеза может рассматриваться в качестве дополнительной к существующим аналитическим, когнитивным и поведенческим моделям психогенной импотенции, поскольку определяет универсальное звено собственно психологического синдрома.

»

Глава 5

Семиотика телесности

5.1. Вторичное означение интрацептивных ощущений

Как мы постарались показать, порождение отдельного конкретного соматического ощущения невыводимо из наличной ситуации и в качестве субъективного феномена далеко выходит за рамки простого рефлекторного акта. Становясь явлением сознания, элементарное ощущение включает в себя скрытую категориальную сеть, лишь в ячейках которой оно и приобретает свое субъективное существование. При этом, естественно, оно принимает и все несовершенства устройства этой сети, налагающей на восприятие принципиальные ограничения и служащей источником специфических ошибок. Несмотря на то, что подобное усложнение, на первый взгляд, умножает число возможных искажений, эту цену необходимо заплатить за рождение субъективности, позволяющей освободиться от ненужного изобилия частных проявлений реальности, выделяя в них универсальные принципы, и резко повышающей адаптивные возможности индивида.

Однако в реальности ситуация оказывается еще сложнее и система интрацептивных значений — не единственный источник влияния на восприятие телесных проявлений. Означение отдельных сенсорных качеств может происходить не только на уровне перцептивных универсалий, последние сами могут служить материалом для означивания.

Так, телесность в контексте болезни обладает особым качеством: болезненные ощущения означают не только себя, но и то, что, в принципе, им внеположно — болезнь. Они развернуты не только внутрь, т.е. представляют собой не просто чувственную ткань, получившую означение в категориях телесного пространства внутренних органов, модальности, градации интенсивности и пр., но и вовне — означают болезнь. Хотя разворачивание телесных ощущений вовне не всегда происходит только в категориях болезни, они могут быть интерпретированы и иным образом (даже боль может оцениваться как знак особой отмеченности, особого состояния, например в религиозных обрядах), мы остановимся на проблеме связи телесных ощущений и болезни. Такое допущение, не меняя, на мой взгляд, содержания ситуации, позволит более четко ее рассмотреть.

Вторичное означение в целом сходно с тем, что обычно квалифицировалось как интеллектуальный уровень внутренней картины болезни, оценочный этап ее становления и хорошо описано в патопсихологии. Формирование вторичного означения телесных ощущений связано с усвоением существующих в культуре взглядов на болезни, их причины, механизмы и вытекающие из этого методы лечения. Этнография и история медицины демонстрируют различные формы таких представлений. Несмотря на их архаичность, отсутствие в них, на современный взгляд, логического обоснования, структурно они мало отличаются от свойственных новоевропейской культуре естественно-научных объяснительных принципов.

С семиотической точки зрения представления о болезнях могут быть интерпретированы как классические мифы, описанные Р. Бартом на знаковых моделях (1989). Рассмотрим семиотический подход подробнее.

Его использование для анализа телесности возможно потому, что значения изучаются в нем независимо от их содержания. В соответствии с традицией, идущей от Ф. де Соссюра, знак не сводим к языковой системе, навигационные сигналы, жесты вежливости, церемонии, мода и пр. также представляют собой семиотические системы, где главным принципом является отношение между означаемым и означающим. Р. Барт специально подчеркивает, что хотя обычно говорят, что означающее выражает означаемое, в действительности дело обстоит несколько сложнее — в каждой семиотической системе имеется не два, а три различных элемента. Эти три элемента, соответственно, есть означающее, означаемое и собственно знак, представляющий собой результат связи первых двух элементов. Означающее становится знаком означаемого, вступая в семиотическое отношение с последним. Некоторая запутанность проблемы заключается в том, что реально (субстанционально) существует

лишь один элемент — означающее. Однако, участвуя в акте означивания и становясь знаком, оно приобретает новые содержательные функции.

Для большей ясности обратимся к какому-либо из примеров Р. Барта. Возьмем простой темный камешек. Есть много способов сделать его что-либо значащим. Существенно одно — стоит наделить его определенным означаемым (например, он будет означать смертный приговор при тайном голосовании), как камень становится не простым камнем, а знаком. В плане анализа можно выделить три элемента:

«отягощенный смертью» камешек может быть с полным основанием разложен на камень и смерть; оба эти явления существовали по отдельности до того как объединиться и образовать третий объект — знак. Трудность заключается в том, что субстанционально этот знак остался тем же самым камнем, но нельзя смешивать камень как означающее и камень как знак: «означающее само по себе лишено содержания, знак же содержателен, он несет смысл» {Барт, 1989, с. 77}. Превращение в знак совершенно преобразует означаемое, однако это преобразование осуществляется в семиотической сфере, с физико-химической точки зрения с означаемым не происходит ничего.

Эта формальная схема имеет универсальный характер и ее можно заполнить различным содержанием. В нашем случае она может описывать отношения между отдельным чувственным ощущением (или чувственной тканью) и телесным конструктом. Например, определенным образом локализованное модально специфическое ощущение означает боль в сердце.

Самое важное заключается в том, что отношение означающего и означаемого может особым образом трансформироваться, порождая вторичную семиологическую систему, названную Р. Бартом мифологической. «В мифе мы обнаруживаем ту же трехэлементную систему...

Но миф представляет собой особую систему и особенность эта заключается в том, что он создается на основе некоторой последовательности знаков, которая существует до него; *миф является вторичной семиологической системой*. Знак... первой системы становится всего лишь означающим во второй системе. ...Материальные носители мифического сообщения (собственно язык, фотография, живопись, реклама, ритуалы, какие-либо предметы и т.д.), какими бы различными они ни были сами по себе, как только они становятся составной частью мифа, сводятся к функции означивания; все они представляют собой лишь исходный материал для построения мифа; их единство заключается в том, что все они наделяются статусом языковых средств. Идет ли речь о последовательности букв или о рисунке, для мифа они представляют собой

знаковое единство, глобальный знак, конечный результат, или третий элемент первичной семиологической системы. Этот третий элемент становится первым, т.е. частью той системы, которую миф надстраивает над первичной системой. Происходит как бы смещение формальной системы первичных значений на одну отметку шкалы» (*Барт*, 1989, с. 78).

Таким образом, в мифе сосуществуют параллельно две семиотические системы, одна из которых частично встроена в другую. Во-первых, это языковая система (или иные способы репрезентации), выполняющая роль языка-объекта, и во-вторых, сам миф, который можно назвать метаязыком и в распоряжение которого поступает язык-объект. Миф понимается Р. Бартом не как вещь, концепт или конкретная идея, а как универсальный способ вторичного означивания. Совершенно не имеет значения субстанциональная форма мифа, важен не сам предмет сообщения, а то, как о нем сообщается. Хотя впоследствии в связи с критикой его понимания мифа со стороны многих семиотиков Р. Барт отказался от сведения его лишь к вторичной семиотической системе и интерпретации как метаязыка, тем не менее, на мой взгляд, данная концепция хорошо применима для понимания специфики вторичного означивания, играющего в построении обыденного сознания принципиальную роль (*Улыбина*, 1998), и поэтому, с известными оговорками, мы будем придерживаться в данном тексте терминологии Р. Барта.

Анализируя метаязык, можно, в принципе, не очень интересоваться точным строением языка-объекта, в этом случае важна лишь его роль в построении мифа. Поэтому с полным правом можно использовать данный подход к любому языку-объекту (письменному тексту, вербальному языку, музыке, живописи или, как в нашем случае, телесности). Важно то, что он является знаковой системой, готовой для построения мифа. Сущность мифа не определяется ни тем, о чем он повествует, ни его материальным носителем (см.: *Барт*, 1989, с. 79). Переформулируя предложенную модель к проблеме телесности, можно модифицировать Бартовскую схему «мифологического» так, как представлено на рисунке 2. Здесь знак (означенное телесное ощущение), являющийся ассоциацией чувственной ткани и телесного конструкта, становится означающим в мифологической схеме болезни и, разворачиваясь *вовне*, превращается в симптом¹.

¹ Следует оговорить, что речь идет не об объективном симптоме, не сводящемся для современной медицины к субъективным ощущениям, а именно о субъективном явлении — ощущении, означающем болезнь и ставшем ее знаком, т.е. симптомом.

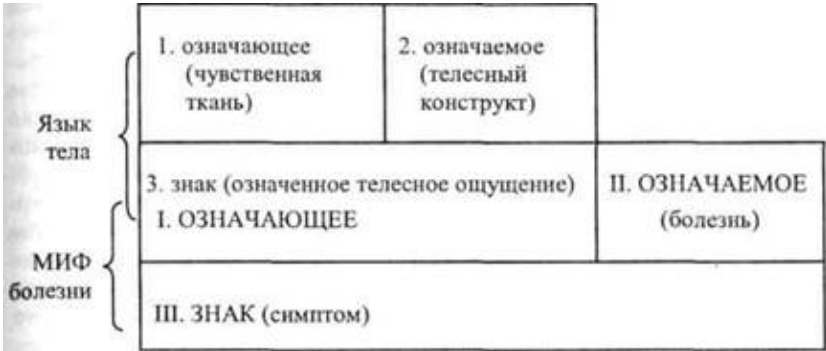


Рис. 2. Семиотическая схема формирования симптома

Рассмотрим в качестве примера простую ситуацию: пациент, приходящий к врачу, говорит, что у него болит живот. Это сообщение не так просто, как выглядит на первый взгляд и, по меньшей мере, двусмысленно. Во-первых, пациент сообщает о некотором ощущении определенной интенсивности и модальности, более или менее локализованном в его теле. Кроме того, сам факт обращения к врачу предполагает, что это ощущение означает не только само себя — болезненное ощущение в определенной части тела, — а также и то, что это есть не нормальное состояние, что оно имеет некую причину и на него необходимо воздействовать. «Больной живот» — это сообщение не только об определении ощущения пациента в данное время и в данном месте, но это и сообщение о том, что с больным происходит нечто, выходящее за рамки заурядного факта.

В разных культурах и эпохах объем и распространенность мифов «болезни» существенно меняется, но как только мы выходим за рамки первичной семиотической системы, рассматривая конкретное телесное ощущение как означающее нечто более общее, мы моментально попадаем в сферу мифа. При этом объективная верность мифа не имеет существенного значения: термин «миф» не несет в семиологическом подходе никакой оценки, характеризуя лишь способ связи конструктов разного уровня. С этой точки зрения собственно научное объяснение — также вариант мифа (*Malinowski, 1926; Лотман, 1965; Мелетинский, 1976; Голосовкер, 1987*). Мифологическая структура особенно характерна для обыденного сознания, а в эмоционально значимых сферах человеку свойственно мыс-

лить в большей степени мифологично, нежели рационально. На мой взгляд, психология вообще гипертрофирует рациональное познание (в чистом виде реально наблюдаемое лишь в специальных лабораторных условиях или в специфической научной деятельности), не замечая того, что в обыденной жизни человек есть существо далеко не рациональное. Противоречивость, совмещение противоположностей, многозначность, логика желания представляют собой ошибки, которые следует не столько признавать как неизбежное несовершенство или игнорировать, сколько сделать предметом собственно психологического исследования, ибо ошибка говорит о сути человека часто больше, чем любое формально правильное исполнение. Обыденное сознание больше похоже на многослойную структуру, разворачивающуюся параллельно во многих пластах и при отсутствии *не-обходимых* противоречий не требующую однозначного вывода, парадоксально сглаживающую периодически возникающие противоречия самым фантастическим образом. На мифологическом уровне обыденного сознания человек разрешает противоречия на уровне «бриколажа», своеобразной «самоделки», хорошо описанной К. Леви-Стросом (1983). «Бриколер» похож на обыденного человека тем, что приспособливает к разрешению той иной ситуации все подручные средства, мало заботясь о чистоте стиля, но пытаясь воссоздать непротиворечивую картину мира. Элементы научного знания соседствуют с самыми фантастическими и нелепыми представлениями, логика — с элементами магии, партиципации, метафоры, внешнего сходства, а наукообразные теории на самом деле могут представлять собой не что иное как научный или медицинский фольклор, science-fiction (Улыбина, 1998).

5.2. Влияние вторичного означения на интрацептивные ощущения

Самое существенное во всем этом то, что вторичное означение не безразлично для первичных ощущений, на которых оно строится и паразитирует. Став симптомом, телесное ощущение только внешне не меняется, оно строится по другим законам и содержит в себе то, что недоступно ему натурально. Будучи означающим в мифе, оно двулико: с одной стороны — это телесное ощущение, заполненное конкретными переживаниями, и с другой — это полая форма — ощущение, лишенное своей собственной истории, которая означает концепт болезни. В первом своем качестве его можно почувствовать, ощутить, оно имеет чувственную реальность, обладает собственной ценностью и содержанием, которые, в принципе, самодостаточны. Оно уже содержит готовое значение, пред-

полагает некоторую «собственную историю», соотнесение с опытом, категориальное решение и пр.

Во втором качестве, как означающее в мифологической системе, оно превращается в полую паразитарную форму. Став симптомом, телесное ощущение теряет свою непосредственность, обедняется. Богатство конкретного содержания отодвигается на второй план, подчиняется логике мифа болезни. Как его элемент, телесное ощущение теряет собственную значимость, но не умирает, а, по необходимости, существует, питая собой миф. Оно остается для мифа чем-то вроде хранилища конкретных событий, которые всегда можно позаимствовать, чтобы миф (концепт болезни) мог «пустить корни» в реальной телесности и, впитав ее, принять облик природы в ее конкретной «неоспоримости».

Миф болезни деформирует природную сторону телесного ощущения, не уничтожая ее, а урезая, отчуждая. Означающее в мифе болезни открыто в две стороны, оно есть результат первичного означения чувственной ткани и начало мифа. Это приводит к двойственности и постоянному «мерцанию» формы и фона ощущения-симптома, демонстрирующего попеременно рассудочное и чувственное, опосредствованное и непосредственное, произвольное и естественное. Столкнуть же мифическое и реальное в телесном ощущении невозможно, потому что оно и есть единая для них точка, в которой они никогда не оказываются одновременно. В результате этого вопрос об истинности, «подтвержденное™» телесной реальностью концептуального мифа болезни крайне запутывается. Миф очень трудно «проверить» с точки зрения истины, «...ничто не мешает ему сохранять вечное алиби; наличие двух сторон у означающего всегда позволяет ему находиться в другом месте» {Барт, 1989, с. 89). Телесное ощущение всегда наготове, чтобы стать означающим для мифа; означающее же всегда здесь, чтобы «заслонить» конкретное телесное ощущение. Пытаясь уловить миф, мы находим только результат соединения означающего и означаемого — телесное ощущение, ставшее симптомом, а принимая его за природную данность, мы не замечаем перехода в область мифологического.

Хитрость заключается в том, что мифологичность телесности скрыта от простодушного наблюдателя: миф выступает в обличье реальности, но при ближайшем рассмотрении эта реальность оказывается фальшивой, заимствованной.

Однако потери в непосредственности частично компенсируются включением телесности через концепт болезни в накопленный общественный опыт. Через концепт вводится «новая событийность», время, эпоха, люди, история, принципы устройства мира

и пр. В этом смысле миф — открытая система, постоянно улавливающая все новое, что появляется в общественном сознании. Другое дело, что мифические концепты неустойчивы и не всегда являют собой то, на что внешне похожи. Многие научные медицинские представления в обыденном сознании преломляются в совершенно невероятные фантастические теории, а новомодные «индийские медицины» ближе к балету «Баядерка», чем к реальной Индии. «...При переходе от смысла к форме (в нашем случае — от конкретного телесного ощущения к означающему — симптому. — *А.Т.*) образ теряет какое-то количество знаний, но зато вбирает в себя знания, содержащиеся в концепте. На самом деле, представления, заключенные в мифологическом концепте, являются смутным знанием, сформировавшимся на основе слабых, нечетких ассоциаций... это никоим образом не абстрактная, стерильная сущность, а скорее конденсат неоформившихся, неустойчивых, туманных ассоциаций; их единство и когерентность зависят прежде всего от функции концепта» (*Барт*, 1989, с. 84).

Включаясь во вторичную семиотическую систему мифа, ощущения могут как изменять свое качество, так и порождаться сверху самим мифом, нуждающимся в чувственном подкреплении и ориентирующим на поиск подходящих сенсаций. Модификация и порождение необходимых для подтверждения мифа ощущений осуществляются прежде всего через выбор или усвоение соответствующих означаемых первичной семиотической системы, т.е. телесных конструкторов. Так как ощущение, становясь содержанием сознания, с необходимостью отливается в форму соответствующих категорий, то их актуальный набор, зависящий от предположений и ожиданий субъекта, будет определять качество переживания телесных ощущений.

Целые медицинские направления или методы, сохранившиеся до наших дней, такие как, например, аюведическая, антропософская и тибетская медицины, натуропатия или акупунктура основаны на весьма своеобразных представлениях об устройстве организма и выявляют у своих адептов соответствующие этим представлениям симптомы (*Эберман*, 1925; *Чаттопахья*, 1961; *Канур*, 1982; *Хи-гель*, 1983; *Базарон*, 1984; История китайской философии, 1989). Существует большое количество этнографической литературы, посвященной описанию разнообразных мифологических моделей и конструкций тела (*Антонович*, 1877; *Robbins*, 1959; *Healing, Magic and Religion*, 1985; *Carry, Feher*, 1980). Важно, что независимо от степени соответствия этих моделей реальности, они всегда подтверждаются субъективными телесными ощущениями. Доказательство этого — культурно-исторический патоморфоз симптомов, до-

минирование в клинике истерии, неврозов и ипохондрических синдромов жалоб, соответствующих господствующим медицинским теориям. В качестве более современных примеров можно назвать болезни студентов-медиков 3 курса, демонстрирующих симптомы изучаемых ими форм патологии, или феномен ятрогении. Многие болезни, никак не проявлявшие себя, после установления диагноза начинают обрывать чувственной тканью. Так, при случайном выявлении опухолевых образований у больных появляются определенным образом локализованные болезненные ощущения. Стабильность таких ощущений связана с уже отмечавшимися трудностями их проверки и коррекции. Богатейшая феноменология вторичного порождения телесных ощущений в рамках сверхценных идей и первичного ипохондрического бреда описана в психиатрии (*Huber, 1957; Потштейн 1961; Ladee, 1966; Lopez-Ibor, 1972; Эглитес, 1977; Смулевич, 1987*). Не столь вычурные, но также весьма яркие случаи встречаются и у психически здоровых людей. Для иллюстрации приведем два клинических наблюдения.

Больная К.А.Е., 47 лет, диагноз: рак тела матки, состояние после комбинированного лечения. Больная поступила в онкологический центр с жалобами на непереносимые неприятные ощущения в брюшной полости, связанные, по мнению больной, с прогрессированием онкологического заболевания.

При объективном исследовании никаких патологических изменений не выявлено. Отмечается анатомический вариант расположения брюшной аорты близко от брюшной стенки. Прощупав пульсацию аорты, больная решила, что это метастатическое поражение каких-то сосудов. Возник страх разрыва сосудов, сопровождавшийся появлением непереносимых болезненных ощущений в области живота. Больной О.А.О., 23 года, практически здоров. Больной поступил в онкологический центр с жалобами на боли в животе слева, иррадиирующие вниз живота по прямой кишке и вверх, в сердце. Проекция болей не соответствует анатомическому расположению органов. Считает себя больным около 5 лет, когда после обильной еды появились болезненные ощущения в животе. Незадолго до этого от рака прямой кишки умер отец больного, что по его (больного) мнению служило доказательством наследственного онкологического заболевания у него самого. При обследовании выявлен ускоренный пассаж пищи в тонкой кишке, послуживший, видимо, источником интрацептивных ощущений.

Эти случаи показывают, насколько под воздействием усвоенной концепции болезни могут быть развиты самые невинные и ми-

молетные интрацептивные ощущения. Несмотря на отсутствие каких-либо объективных оснований, эти больные на протяжении многих лет были убеждены в своем смертельно опасном заболевании, вводя в заблуждение многочисленных врачей.

Интересный случай такого же рода приведен в книге Э.Б.Тай-лора «Первобытная культура»: «Не одно только зрение приводит к обманчивой реализации мечты, грезы, фантастического образа. Для подтверждения их все внешние чувства как будто вступают в заговор. Укажем следующий поразительный пример. Существует раздражающая кожная болезнь, постепенно покрывающая тело лишаем, точно поясом. Нетрудно понять работу воображения, которое эту болезнь приписывает какой-то извивающейся змее, и я помню случай в Корнуэллсе, где семейство заболевшей девушки с ужасом наблюдало, будет ли она вся опоясана этим гадом, так как на основании поверья больной должен умереть, если голова и хвост змеи сойдутся. Но значение этого фантастического представления отражается еще полнее в сообщенном д-ром Бастианом случае, когда один врач страдал чрезвычайно мучительной болезнью, причем ему казалось, будто змея обвилась вокруг него, и эта идея дошла в уме его до такой реальности, что в минуту чрезмерных страданий он мог видеть змею и ощущать руками ее твердую чешую» {Тайлор, 1989, с. 143}.

5.3. Семиотическое опосредствование интрацептивных ощущений на модели медицинского ритуала

Особенно ярко влияние концепта болезни на телесные ощущения проявляется в особом феномене — ритуальном лечении. Ритуальность — настолько характерная черта народной медицины, что невозможно найти ни одной медицинской системы, где бы она отсутствовала. Феномен ритуального лечения демонстрирует влияние символического действия, объективно не связанного с причинно-следственными характеристиками заболевания и объединенного с последними лишь в сознании индивида. Тем не менее, это действие, лишенное непосредственной целесообразности и служащее лишь обозначением определенных семиотических отношений, приводит к субъективному, а иногда и объективному улучшению состояния больных. Этот эффект очевиден даже для тех, кто скептически относится к ненаучным медицинским системам, и если бы его не было, то магические приемы не имели бы такого распространения во все времена и на всех континентах.

Пытаясь снять это противоречие, научная медицина искала в ритуалах естественно-материалистическую основу. При этом подразумевалось, что лечит, конечно, не сам ритуал (это невозможно), а те конкретные материальные действия (фитотерапия, физические методы), которые с ним связаны. Собственно магическая часть при таком понимании — это вздор, недостаточность логического мышления, отсталость и либо не имеет практической ценности вообще, либо, в лучшем случае, несет не вполне ясные психотерапевтические функции успокоения пациента.

Определенный смысл в таком подходе есть, но, к сожалению, он не решает проблемы до конца. Эффективность «естественного» лечения, вырванного из ритуального контекста, значительно снижается, тогда как одно магическое действие отчетливо улучшает состояние пациента. «Во всех... случаях терапия (насколько известно, часто действенная) трудно поддается объяснению: когда она направлена на больной орган, она слишком груба и конкретна (обычно это чистый обман), чтобы оказать какое-либо действие на внутренние органы, а когда она состоит в повторении ритуальных обрядов, зачастую весьма абстрактных, остается неясным, на чем основано ее лечашее действие. Обычно, чтобы избавиться от трудностей, связанных с объяснением этого воздействия, говорят, что речь идет о психологическом лечении. Но этот термин остается лишенным содержания до тех пор, пока мы не поймем, каким образом определенные психологические представления могут положительно влиять на строго определенные физические расстройства» {Леви-Строс, 1983, с. 170}.

Трудно с большей очевидностью показать, что решение этой проблемы возможно только на психологическом уровне. Эффективность ритуального лечения останется загадкой, если считать болезнь, симптом и телесное ощущение натуральными физиологическими процессами, и превратится в решаемую проблему, если их понимать как сложные семиотические образования.

Обратимся к конкретному примеру ритуального лечения, приведенному К. Леви-Стросом в его работе «Колдун и его магия» {Там же}. Это ритуальное исполнение особого песнопения шаманом в момент трудных родов. В песнопении описывается путешествие по телу больной неких маленьких существ, являющихся причиной болезни, которое заканчивается победой над ними шамана. Это чисто психологический способ лечения, так как шаман не прикасается к телу больной и не дает ей никаких лекарств, но в то же время явно и прямо говорит о патологическом состоянии и о том, чем оно вызывается. Смысл этого песнопения заключается в следующем: оно переводит неопределенные ощущения больной в четко локализован-

ные, понятные и, предоставляя ей язык, превращает аффективно заряженную ситуацию в безопасную, не таящую в себе ничего угрожающего. «...Песнь представляет собой как бы психологическую манипуляцию с больным органом и... выздоровление ожидается именно от этой манипуляции» (*Там же*, с. 170). Это конкретный пример влияния мифа на первичную чувственную ткань, модифицируя которую, шаман существенно облегчает муки больной.

Однако, поняв свои муки, больная не только смиряется, — она выздоравливает. Это легко можно объяснить в случаях функциональных заболеваний, когда первичной причиной болезни выступают какие-либо психологические факторы. Но заболевания, хотя и многочисленные, не исчерпывают всех случаев патологии. Существует не меньшее количество органических заболеваний с первичным поражением материального субстрата. В этом случае понять лечение ритуалом можно, только признав, что болезнь, во всяком случае у человека, — это не просто болезнь какого-либо органа, а прежде всего ее отражение в сознании субъекта. Иными словами, она не может быть презентирована ему иначе как в виде внутренней картины болезни. В логике развития болезни следует различать две стороны: объективную, подчиняющуюся собственно натуральным закономерностям, и субъективную, связанную с закономерностями психического. Только в абстрактном пределе они совпадают полностью, в реальности же они могут весьма значительно расходиться. Так, даже при объективном прогрессировании болезни больные, верящие в эффективность проводимого им лечения (часто совершенно неадекватного), могут длительное время чувствовать субъективное улучшение. (Мне приходилось довольно часто наблюдать это явление у онкологических больных.) Пределы такого рассогласования поистине удивительны: фанатичные последователи лечебного голодания, несмотря на очевидную угрозу здоровью и жизни, тем не менее, иногда вплоть до летального исхода чувствуют непрерывное улучшение, а в различных религиозных обрядах весьма болезненные действия совершенно не воспринимаются как таковые.

Напротив, если какое-то состояние означает как болезнь, а лечение воспринимается как невозможное или недостаточное, то даже при объективном излечении пациент будет продолжать считать себя больным. Это может произойти в том случае, когда болезнь реально вовсе не существовала. «Сглаз», «приворот», связанные в сознании субъекта с болезнью, вызывают соответствующие соматические ощущения. Крайнее выражение такой связи — Вуду-смерть, следующая в результате заклинания, колдовства или нарушения табу (*Рейковский*, 1979; *Леви-Строс*, 1983). Лицо, считающее себя объектом колдовских чар, убеждено, в полном соответствии с

традиционными верованиями, что оно обречено и действительно скоро умирает. Случаи излечения от Вуду-смерти с помощью методов европейской медицины возможны, лишь если пациент считает магию белого человека самой сильной.

Объективная верность мифа, лежащего в основе метода лечения, не имеет принципиального значения. Самые фантастические и нелепые лечебные приемы находят своих убежденных последователей. Именно это и есть неспецифический фактор, обеспечивающий любой терапевтической (в том числе и психотерапевтической) тактике определений успех, особенно в плане ближайших результатов. Как и в случае с шаманом: «то, что мифология шамана не соответствует реальной действительности, не имеет значения: больная верит в нее и является членом общества, которое в нее верит. Злые духи и духи-помощники, сверхъестественные чудовища и волшебные животные являются частью стройной системы, на которой основано представление аборигенов о вселенной. Больная принимает их существование или, точнее, никогда не подвергала его сомнению. То, с чем она не может примириться, это страдания, которые выпадают из системы, кажутся произвольными, чем-то чужеродным. Шаман же с помощью мифа воссоздает стройную систему, найдя этим страданиям в ней соответствующее место» (*Леви-Строс*, 1983, с. 176). Успех любого психотерапевта в значительной степени определяется не «истинностью» используемой им теории, а совершенно иными качествами: авторитетностью, убедительностью, артистизмом, тонким «чувством пациента», умением заставить поверить в предлагаемый им миф. Слава исцелителя сама по себе является готовым мифом, помогающим придать убедительность предлагаемому лечению, и, в известном смысле, «великий исцелитель» велик не потому, что его метод помогает лучше других, а, скорее, наоборот, метод излечивает именно потому, что исцелитель считается «великим».

Большое значение имеет и готовность общественного сознания к восприятию мифов определенного рода, соответствие мифа больного и мифа врача. Еще К. Леви-Стросом было замечено, что рождение психоанализа и упрочение его позиций как научно-обоснованного метода лечения привело к формированию в общественном сознании Европы начала века особой «психоаналитической» культуры, появлению «психоаналитического пациента», артикулирующего свои жалобы «психоаналитическим» образом. Психоанализ сродни шаманской практике: «в обоих случаях цель состоит в том, чтобы перевести в область сознательного внутренние конфликты и помехи, которые до тех пор были неосознанными либо потому, что они были подавлены иными психическими силами, либо по-

тому (как в случае родов), что происходящие процессы по природе своей носят не психический, а органический или даже механический характер. Равно в обоих случаях внутренние конфликты и внутренние помехи исчезают не в силу самого того факта, что больная постепенно приобретает действительное или предполагаемое знание их, а в силу того, что это знание делает возможным особого рода переживание, при котором конфликты реализуются в такой последовательности и в такой плоскости, которые способствуют их беспрепятственному течению и разрешению... Из того факта, что шаман не анализирует психику своего больного, можно сделать вывод, что поиски утраченного времени, которые иногда рассматриваются как основа терапии психоанализа, являются лишь видоизменениями (ценностью которых пренебречь нельзя) основного метода. Определение этого метода должно быть независимо от происхождения мифа, индивидуального или коллективного, поскольку мифическая *форма* превалирует над содержанием рассказа» (*Леей-Строе*, 1983, с. 176, 182). Не удивительны в связи с этим равные успехи бесчисленных психоаналитических (и других психотерапевтических) школ.

С другой стороны, неусвоенность предлагаемого мифа, например неразвитость естественно-научной парадигмы в традиционных обществах, ведет к значительному снижению в них эффективности европейской медицины (*Капур*, 1982; Как работает традиционный врачеватель..., 1982; *Хигель*, 1983; *Конно*, 1983). В результате этого в Нигерии, например, 70 % пациентов продолжают пользоваться услугами народных врачевателей, даже при возможности обращения к научной медицине (*Chiwuzie et al.*, 1988). В этих культурах предлагаемое европейской медициной лечение не имеет почвы для формирования адекватного мифа.

Понимание этого момента позволяет избежать многих недоразумений, связанных с интерпретацией роли объективных факторов в тех или иных лечебных процедурах. Врач, принимающий мифологизированную реальность за истинную, рискует вести борьбу «не на том поле». Это сравнительно невинное заблуждение становится серьезным, когда ближайший позитивный субъективный эффект лечения скрывает отдаленные результаты, и больные теряют время, необходимое для патогенетического лечения. Опасность такого смешения велика и потому, что, получив подтверждение своего метода улучшением субъективного состояния больного, врач начинает верить в объективный характер метода, вводя в заблуждение как себя и больных, так и многочисленные научные учреждения. Еще дороже такое непонимание обходится исследователю. Так, еще недавно актуальная идея изучения совершенно очевидно мифоло-

гического телевизионного лечения А.М. Кашпировского объективными методами напоминает попытку объяснить действие Библии на верующих химическими свойствами бумаги, на которой она напечатана.

Классический пример, демонстрирующий влияние мифа на телесные ощущения, — плацебо-эффект. По своей сути это не что иное, как вариант ритуального действия: сохранение всех атрибутов лечения по схеме естественно-научной медицины (прием пустышки под видом и в форме лекарственного препарата, наличие у пациента более или менее разработанных представлений о сущности действия лекарств, опыта их применения) при отсутствии самого главного — собственно лекарства. Ритуал плацебо-лечения интересен тем, что его можно моделировать в экспериментальных условиях, позволяющих выделить и оценить различные факторы, принимающие участие в его формировании. Однако прежде чем начать обсуждение результатов таких исследований, рассмотрим подробнее мифологические схемы, связанные с представлениями о здоровье и болезнях. Это позволит перейти от спекуляций к конкретным фактам и даст возможность обнаружить в их многообразии логическую закономерность.

5.4. Классические и современные мифы болезни и здоровья

Мифология болезни весьма сильно варьирует на протяжении человеческой истории. Но это, скорее, содержательное историческое и этнографическое разнообразие, в котором можно выделить устойчивые структурные архетипы.

Мифы о болезни и смерти относятся к числу наиболее распространенных и древних. В центре таких мифов находится основополагающее представление о болезнях как о чем-то внешнем и чужеродном. Объяснение строится от противного. Заболевание противостоит нормальному здоровому состоянию как нечто такое, что не свойственно человеку, привнесено извне и от него не зависит. Первые люди не болели и не умирали до тех пор, пока не были нарушены какие-либо божественные установления или не совершены грехи. В библейской традиции это грехопадение Адама и Евы, в индийской мифологии смерть создает Брахма, чтобы избавить мир от перенаселения.

Чужеродная болезнь — это неуправляемое явление, обладающее независимой от человека собственной активностью. Объективация болезни есть естественное психологическое следствие нарушения ею нормального, автоматизированного протекания каких-либо про-

цессов или невозможность произвольной регуляции деятельности. Человек становится больным, когда *не может* справиться со своим состоянием и нуждается в посторонней помощи. При этом именно эта невозможность позволяет нам отличать заболевание от притворства, распушенности или дурных привычек. В последних трех случаях человек *не хочет* «взять себя в руки», а в первом — *не может* этого сделать.

В древней и современной народной медицине естественные причины болезней встречаются крайне редко и даже в этих случаях они далеки от этиологических. Традиционные врачеватели в Заире объясняют различные болезни беременных женщин тем, что червь, который завелся в организме, выгрызает плод, а по мнению врачевателей Мали, любая болезнь — нарушение равновесия между теплом и холодом (Как работает традиционный врачеватель..., 1982; *Konno*, 1983). Хотя это вполне конкретные и реалистические причины, они не более чем воображаемые. Естественными причинами объяснялся только небольшой круг болезней и рациональными методами лечились, как правило, лишь небольшие травмы и повреждения кожи. Естественное объяснение понималось как более простое, и хирурги, занимавшиеся подобными «видимыми» болезнями, относились к низшим кастам медицинского сословия (*Фуко*, 1998). Болезни, не имеющие явных визуальных признаков (заболевания внутренних органов или психические болезни), объяснялись иррационально (*Янгни-Ангате*, 1982; *Ваго*, 1990). Причины таких болезней — действие злых духов, колдовство, проникновение в организм антропоморфных и зооморфных существ. В качестве персонифицированных воплощений болезни можно назвать Навь и Морену в славянской мифологии, Сабдага — в тибетской, Кутысь — в удмуртской, Гильтине — в литовской, и тысячи других божеств или духов.

Такая точка зрения вытекает из общих представлений древнего человека об устройстве мира, изначально наполненного живыми существами, являющимися причиной всего происходящего. Понятие о живом предшествует понятию о мертвом, и для первобытного сознания мертвой природы не существует, а течение событий определяется действиями этих существ. Причинность понимается как результат чьей-то воли, не «как», а — «кто», и в ней не ожидается обнаружения универсального безличного закона (*Франкфорт* и др., 1984).

Новое время значительно видоизменило представления о причинности и персонифицированности болезни, оставив их рудименты и породив новые мифы. В механистическом материализме появились представления о человеческом организме как о сложном

%

механическом устройстве, а болезнь стала пониматься как его засорение или неполадка. Интересно, что сложность и устройство такого механизма прямо заимствовались из наиболее распространенных механических приборов своего времени. В XVIII—XIX вв. излюбленными аналогами были манекены, часы, а в наше время — автомобильный мотор, послуживший образцом схем «загрязнения», «накопления шлаков», «пережимания», «преграды» и пр. До настоящего времени крайне популярны водопроводные и гидравлические объяснения работы организма. Следует ожидать появления аналогов с компьютерами, атомными реакторами и прочей новой техникой. Первые примеры такого рода уже появились в виде метода «кодирования» от алкоголизма по А.Р. Довженко. Совершенно невероятная по своей абсурдности идея, тем не менее, упала на подготовленную в обыденном сознании почву, породив многочисленных последователей, расширивших идею до «кодирования» от неприятностей и огорчений. Успех метода породил у его авторов (совершенно так же, как в случае с Леви-Стросовским шаманом Квесалидом²) убеждение в его истинности, а в соответствии с традициями объективизма — стремление к теоретическому обоснованию с позиций нейрофизиологии.

Образцы такого водопроводно-компьютерного понимания работы организма нашли место в регулярных публикациях журнала «Свет. Человек и природа», предлагающих своим читателям самые разнообразные варианты оздоровления и «очищения организма»: от «заземления» до «сухого голодания».

В качестве примера такого рода мифа можно рассмотреть небольшую публикацию Аринчина «Гомокибернетика», изданную в 1990 г. 200-тысячным тиражом под грифом Министерства здравоохранения БССР. От других подобных она отличается лишь лапидарностью и особой прямолинейностью изложения. «Гомокибернетика», по определению автора, «это искусство управления

² Речь идет об отрывке из автобиографии туземца по имени Квесалид на языке квакиутль, записанной Францем Боасом (*Boas*, 1930). Квесалид не верил в могущество колдунов и, побуждаемый желанием раскрыть их обман, добился посвящения в шаманы. Его обучили симулировать обмороки, нервные припадки, вызывать у себя приступы рвоты, петь магические песни, использовать «видящих», т.е. шпионов, обязанных подслушивать частные разговоры и тайно сообщать шаману сведения об источнике и симптомах болезней, которыми страдал тот или иной соплеменник. Утвердившись в своих наихудших подозрениях, Квесалид решает продолжить свое расследование, однако неожиданно сталкивается с тем, что его лживые приемы приносят очевидный терапевтический эффект и громкую славу великого шамана, что заставляет его переосмыслить свое отношение к колдовству (*Леви-Строс*, 1983).

здоровьем и долголетием, опирающееся на новые научные данные о роли скелетных мышц в присхождении человека и кровообращении». Основная причина болезней заключается в том, что из-за того, что человек стал прямоходящим, нарушился приток венозной крови из капилляров нижних конечностей. Как указывает автор, «...в результате исследований, мышцы оказались прежде всего присасывающе-нагнетательными микронасосами — самостоятельными периферическими микросердцами». Цель гомотехники — «заставить работать всех помощников сердца», так как во время сна они отдыхали, а сердце продолжало трудиться. В процессе сна кровоснабжение органов снижается, а форменные элементы крови — эритроциты и лейкоциты — депонируются в печени, селезенке. Кровь становится жиже, и сердцу легче проталкивать ее по сосудам. После пробуждения надо перевести хранившиеся в «депо» форменные элементы крови в кровяное русло, «промыть», «промасса-жировать» внутренние органы, запустить в работу «помощников сердца». Страшно даже представить себе, какая масса новых интра-цептивных ощущений ожидает человека, решившегося последовать этим советам! Создание в XIX в. Вирховым клеточной теории и работы Пастера в области микробиологии открыли обыденному сознанию новый вид зооморфных существ: бактерий, микробов, вирусов. Описанное Л.Н. Толстым в «Плодах просвещения» мифологическое понимание микробиологических теорий сохранилось до наших дней: обычному человеку кажется, что избавление от болезней лежит в тотальной стерилизации организма, представления о «нормальной», «патогенной» и «условно патогенной» флоре непопулярны и понятны лишь лицам, имеющим медицинское образование. Природные силы, ранее персонифицированные в виде божественных существ, в последнее время были «реинкарнированы» в виде «биополя», «кармы», «чакр», «жизненных сил», понимаемых во вполне мифологическом духе.

Близко к мифологическим представлениям о болезнях находится и их естественное дополнение: представления о здоровье. отождествление здоровья с реальным конкретным предметом проявилось в широко распространенных мифах о существовании объекта — носителя здоровья. Эта связь понималась чисто материалистически: трудно представить себе большего материалиста, чем древний человек, полагавший, что, съев сердце льва, можно приобрести его храбрость. Главный герой киргизского эпоса «Манас» пьет для этих целей кровь убитого врага. Гильгамеш — герой шумерского эпоса — получает вечную жизнь, съедая плод «растения жизни». Добывание «жизненной силы» служило причиной «охоты за головами», как

»

местом ее пребывания, у индейцев Нага (*Шинкарев*, 1988). Можно назвать также «живую воду» и «молодильные яблоки» в славянских сказках, «яблоки Индунн» — в Младшей Эдде, «яблоки Гесперид» и «амброзию» — в греческой мифологии, «амриту» и «мандрагору» — в индийской, «яблоки Нартского сада» — в нарте ком эпосе, «активную воду» — у экстрасенсов, витамины, микроэлементы, бифидобактерии и «проникающие в самые корни питательные вещества» — в современной рекламе.

Конкретные носители здоровья часто материализовывались в виде лекарств, содержащих в себе либо само здоровье, либо некую активную субстанцию, побеждающую болезнь. Элементы этих верований можно проследить от «панацеи» древних до современных «стимуляторов иммунитета».

Субстанциональные или персонифицированные представления о болезнях и здоровье настолько широко распространены, что такую форму можно рассматривать как особенность человеческого сознания. Одна из возможных причин этого заключается в существовании различных «призраков языка» — ловушек речевого мышления. Л. Витгенштейном этот феномен связывался с влиянием «грамматического гипноза». В нем проявляется грамматическая практика фиксации в существительных функциональных реалий, рождающая ложные представления об их природе (*Wittgenstein*, 1964). Существительные же побуждают искать определенные предметы, нечто субстанциональное (*Ryle*, 1949; *Козлова*, 1989).

Непосредственная причина заболевания вытекала из общих представлений о причинности. Если болезнью управляют высшие существа, то они посылают ее, когда необходимо за что-либо покарать человека. Конкретная вина может быть разной: оскорбление богов, нарушение табу, неповиновение, невыполнение каких-либо обязательств или, наконец, просто плохой характер божественных существ, отвечающих за болезнь. Батонеби — группа духов в грузинской мифологии — приносят инфекционные болезни, когда к ним относятся без должного уважения, поэтому в семьях, где есть больные, необходимо приготовить для них угощение и подарки. Ведь-ава — хозяйка воды в мордовской мифологии — может наслать болезни, и чтобы откупиться от нее, нужно бросить в воду деньги или зерно. Идомений — внук греческого царя Миноса — после похода на Трою попал в бурю и дал обет Посейдону принести в жертву первого встречного. Этим человеком оказался его сын. Разгневанные боги наслали моровую язву. Насылание «моровой язвы», чумы, холеры, проказы как кары за грехи является сквозной темой многих мифологий.

С пониманием причинности как безличного закона в Новое время резко сокращаются теории «кары», расплаты за вину. Болезни включаются в стихийные события, никем и ничем целенаправленно не управляемые. Их течение не зависит от человека и все, что ему остается сделать, — это постараться их избежать. Стихией нельзя управлять прямо, но можно принять меры предосторожности. Параллельно остаются осколки веры в возможности прямого божественного воздействия. Таковы моления о ниспослании выздоровления, обращенные к чудотворным образам. Божественная сила может изменить течение событий, прервав причинно-следственную связь, и произойдет «чудо». Сам Христос совершал такие чудеса, исцеляя больных и оживив Лазаря. «Чудо» — это редкое событие, по самому своему содержанию выходящее за рамки реальности, управляемой законом причинности, видимое нарушение правила, существование того, что не может существовать. Понятие «чуда» предполагает возможность прорыва за границу этого закона. В этом случае ритуал, как символическое действие, материализует иррациональные отношения, позволяя взаимодействовать материальному и идеальному по законам «иной причинности». Эффективность ритуала определяется не просто соотношением конкретного действия с причиной заболевания, но всей областью мистических представлений. При этом ритуал может даже утратить непосредственно понятную связь со своей целью и логически понятная целесообразность заменяется верой в возможности сверхъестественного влияния.

В обычных же случаях методы лечения последовательно реализуют на практике представления о сущности болезни. Только на современный взгляд они абсурдны и бессмысленны. Если болезнь вызвана разгневанным божеством, то совершенно логично умиловить его, принеся жертву. В процессе камлания шаман или его духи-помощники ведут поединок с духами болезни и если первые побеждают, то больной выздоравливает. Понятным и обоснованным становится использование заклинаний, специальных танцев и ритуальных действий. Их цель — умиловить злые силы, либо отпугнуть их от больного, нейтрализовав их враждебные действия.

«Чтобы обеспечить себе долгую жизнь, китайцы прибегают к сложным колдовским приемам. Они улавливают магическую силу... от времен года, вещей, людей. Проводником этих благоприятных воздействий является не что иное как саван... Многие китайцы готовят себе саван при жизни. Скроить и сшить его большинство из них поручает незамужним девушкам и молодым женщинам, рассчитывая на то, что, поскольку портниха проживет еще много лет,

|

часть ее жизненной силы, конечно, должна перейти на саван и таким образом отсрочить на много лет тот момент, когда он будет использован по назначению. Одежду покойника предпочитают шить в високосный год, так как для китайца кажется очевидным, что сшитый в длинный год саван будет в большей степени обладать способностью продлевать жизнь... Так как такое одевание предназначено для того, чтобы продлить жизнь владельца, тот часто, особенно в торжественных случаях, надевает его, чтобы благодатное воздействие... сказалось на нем в полной мере. Прежде всего он не упустит надеть его в день рождения, так как здравый смысл побуждает китайцев создать в день своего рождения запас жизненной энергии, расходуемой в течении остальной части года» {Фрэзер, 1980, с. 46-47}.

Механистические теории болезни логично обосновывают специфические приемы лечения: «промывание», «очищение», «упрочнение» и пр. На таких воззрениях основано большое число разнообразных «диет», исключаящих из питания «вредные», по мнению авторов, элементы, лечебное голодание, «промывание» организма с помощью большого количества минеральной воды или клизм, удаление «шлаков», особые физические упражнения. Диета становится логическим продолжением таких установок и реальной лечебной деятельностью. «Заземление» служит способом избавления организма от «избыточных ионов», а употребление «активной» воды способствует стимуляции организма. Автор уже упоминавшейся «го-мокибернетики» в полном соответствии с необходимостью «промас-сажировать» внутренние органы рекомендует «безостановочно шевелить пальцами ног», «сокращать ягодичные мышцы и анус», «массажировать слуховой проход против атеросклероза» и прочие «различные движения туловищем».

Магические, ритуальные приемы, за исключением мистических, имеют вполне натуральное обоснование, хотя мифопоэтическая мысль строится по особым пралогическим законам: спекуляция не ограничена правилами вывода истины; реальность не отличается от видимости; часть объекта может нести функции целого и быть им; имя, знак — это полноценная часть объекта, принадлежащая ему в такой же степени, как и объективные качества. Поэтому классические варианты симпатической магии, описанные Дж. Фрэзером, несмотря на свою кажущуюся нелогичность, совершенно не иррациональны.

Гомеопатическая, или имитативная, магия строится по принципу подобия и позволяет производить манипуляции с изображением или именем для достижения лечебного эффекта. «Одним из великих

достоинств гомеопатической магии является то, что она делает возможным проведение курса лечения не на больном, а на самом враче; видя, как последний корчится перед ним от боли, больной освобождается от всех признаков болезни» (*Там же*, с. 27). В народной медицине до сих пор существуют магические приемы лечения кори и краснухи предметами красного цвета, а желтухи — желтого.

Остаточные следы гомеопатической магии в наше время обнаруживаются в принципах гомеопатической медицины, в практике экстрасенсов, ставящих диагноз и проводящих лечение по фотографиям больных и планам жилища. Коррекция биополя с помощью «бесконтактного массажа» — яркий пример неожиданного оживления магических приемов. Смысл этой процедуры заключается в том, что экстрасенс проводит массаж или коррекцию осязаемого им биополя, что должно отразиться на работе реальных органов. Интересно, что массаж и коррекция проводятся теми же движениями, что и реальный массаж, включая в некоторых вариантах «стряхивание» с рук «плохого» биополя. Видимо, предполагается, что биополе может каким-то образом «приклеиться» к рукам и обладает некоторой массой, позволяющей его стряхнуть.

Тот же принцип содержался в идее телевизионных сеансов А.М. Кашпиrowsкого и А.В.Чумака, удивительных для современного читателя, но еще совсем недавно приковывавших к себе огромное внимание. Даже если не вдаваться в обсуждение того, обладают ли они какими-либо особыми способностями в реальности, наделить этими способностями их телевизионное изображение, являющееся объектом принципиально иного рода, можно только с позиции гомеопатической магии, не различающей предмета и его знака.

Другой вариант симпатической магии — контактиозный. Принцип его действия заключается в том, что предметы, находившиеся в соприкосновении, остаются в симпатическом единении, приобретая необходимые лечебные свойства. Можно использовать для лечения ногти или волосы и совершенные с ними процедуры будут переданы их хозяевам. Принцип контактиозной магии лежит в основе лечения методом «наложения рук», «святой воды» и т.п. Он же обосновывает лечебный эффект различных сакральных предметов, носителей «исцеляющей силы», получивших свои свойства через соучастие в каком-либо необыкновенном событии или контакт с высшими силами: исцеляющая от болезней «чаша святого Грааля», из которой пил Христос на Тайной вечере, копьё, которым он был пронзен на кресте, щит Давида, амулеты, обереги, пепел бумаги, на которой было записано изречение из Корана и пр. Контактная магия субстанциирует влияние чудесных сил, материализует неконкретные идеи, плохо усваиваемые обыденным сознанием.

»

Даже «исцелителю» нашего времени А.В. Чумаку требуются для передачи «исцеляющих сил» материальные носители в виде воды, газетной бумаги, крема и пр.

Исходя из общих соображений о происхождении болезней, решается и вопрос о том, кто должен заниматься лечением. Для диагностики и лечения необходим человек, входивший в контакт с духами, понимающий и умеющий толковать их указания, «прочитать» симптом, проникнув в дела богов. Классический пример такой диагностики — «гадание». «Для современного образованного человека бросить жребий или монету — значит рассчитывать на случай, т.е. на неизвестное. <...> Нецивилизованный человек думает, что жребий или кости при своем падении не случайно располагаются соответственно тому значению, какое он придает их положению. Он неизменно склонен предполагать, что некие духовные существа парят над гадателем или игроком, перемешивая жеребья или переворачивая кости, чтобы заставить их давать ответы» (Тайлор, 1989, с. 71). Такое же цивилизованное «гадание» лежит в обосновании точности и истинности медицинской диагностики тем, что она проводится с помощью компьютера. В этом случае в роли высшего существа, обладающего недоступным знанием и «производящего» диагностику, выступает «одушевленный» компьютер.

Совершенно естественно, что чем ближе лекарь к богам и лучше их понимает, тем проще ему выполнить свой долг. Набор необходимых качеств определяется в первую очередь сущностью болезни. Если она результат действия злых сил и духов, то, естественно, врач должен быть вхож в их круг и уметь с ними обращаться. Если болезнь излечивается чудесным образом, то лекарь как-то должен быть приобщен к миру чуда. В любом случае, необходимо подтверждение права на столь важную в любом обществе деятельность, как медицинская практика. Проще всего это решается отношением лекаря к кругу тех же божественных сил, которые отвечают за саму болезнь. В греко-римском пантеоне врачами были сам Аполлон и его сын Асклепий, за здоровье отвечали богини Гигея (дочь Асклепия) и Салюс. Один из главных богов древнеиндийской мифологии Варуна был по совместительству и лекарем. В китайской мифологии бог Яо-Ван — покровитель аптекарей и врачей. Реальные лекари получали свои способности либо от главных медицинских божеств, жрецами которых они были, либо иным способом доказывали свою причастность к миру духов (генеалогические претензии, шаманские болезни, «отмеченность» при рождении или в детстве). Знаками получения таких способностей могли быть необычные события — удар молнии и

пр. Иногда такие «указания» специально инсценировались: «явления святых», письма от Махатм, якобы получавшиеся в конце XIX в. известной авантюристкой Еленой Блаватской, «чудесные исцеления» и пр. Можно было продать душу злым силам, получив взамен особые качества, позволяющие насыщать болезни или лечить. Так объяснялись умения ведьм в европейской мифологии, самовил — в фольклоре южных славян. Буртиники — колдуны-лекари в литовской мифологии — не могли умереть, не передав своего знания другому человеку. Принадлежность к «чуду» должна была доказываться периодическими демонстрациями различных необычайных явлений, основанных зачастую на фокусах или элементарном мошенничестве. Именно это, скорее всего, обеспечивает поразительную популярность, живучесть и терапевтическую эффективность гипнотических методов, связанную в большей степени не с их содержательной стороной, а с сопровождающим их на протяжении всей истории мистическим ореолом.

Универсален и другой мотив, объясняющий особые способности лекарей: мотив эзотерического, тайного знания. Эти знания, обеспечивающие успех лечения, доступны лишь узкому кругу лиц. Можно назвать много вариантов эзотерического знания: семейные, родовые, утерянные и вновь найденные знания, знания других цивилизаций.

В настоящее время такое обоснование стадо наиболее распространенным. Поскольку трудно всерьез обосновать свое божественное происхождение, можно утверждать, что лекарь узнал что-то из недоступного другим источника, обладает очень развитыми способностями, «имеющимися в зачаточном состоянии у всех людей», получил их в результате «удара молнии» и пр. На этих основаниях строятся различные «тибетские» и «восточные» медицины, «ассирийские корни» бесконтактного массажа Джуны Давиташвили, колдовство «в четвертом поколении» Ю. Тарасова.

Современный вариант эзотеризма проявляется в жестком запрещении терапевтической практики лицам, не имеющим особого сертификата-диплома. Помимо совершенно очевидной финансовой подоплеки этого требования и разумного отчуждения от лечения некомпетентных лиц, в нем содержится и своеобразная сакрализация медицинских профессий. Это доказывается, например, мифом «клинического мышления», наделяющего опытных врачей особыми знаниями и способностями (доступными лишь узкому кругу лиц) проникновения в сущность болезни. Эзотеризм медицинских знаний подчеркивается особой одеждой и использованием латыни — языка посвященных, долженствующего удостоверить глубину, фундамен-

тальность, тонкость и недоступность знаний врача. Наиболее важна степень доверия клиента к предлагаемому концепту-мифу. Это открывает достаточно широкие возможности для манипулирования доверчивыми клиентами и создания убедительного имиджа квалифицированного врачевателя. В предыдущей части работы мы уже останавливались на приемах включения в сакральный или эзотерический контекст, использования мифа «науки», различных способах доказательства своего права врачевания. Очень впечатляют различные декорации и постановочные эффекты, семиологизирующие саму обстановку лечебного процесса: развешанные на стенах крупноформатные золотообрезные дипломы, обилие никелированных непонятных инструментов (выполняющих роль хрустальной сферы прорицателя), мигающие и гудящие приборы с иностранными надписями, долго ожидаемые и волнующие «профессорские» обходы в сопровождении все записывающих учеников и пр. (По свидетельствам очевидцев, хорошо срежиссированные профессорские обходы В.М. Бехтерева создавали такое высокое напряжение ожидания, что с больными происходили чуть ли не обмороки.)

Истинные качества продаваемого продукта или конкретные умения данного продавца, как правило, куда менее весомы, чем его способности внушить доверие предполагаемому клиенту. Эта сфера работы практикующего психолога мало отличается от продажи мифов в любой другой человеческой деятельности, связанной с отношениями продавец—покупатель. Есть нечто поразительно схожее в методах аукционной продажи произведений искусства и терапевтической практики.

В. Тетерятников (1991) замечает, что наибольшего успеха добиваются дилеры искусства, офисы которых располагаются в наиболее шикарных районах и чьи секретарши наиболее красивы. Хотя мы понимаем, что качество покупаемой картины менее всего связано с красотой секретарши, но попадаем в ловушку именно потому, что покупаем (как и обращаясь к «преуспевающему» терапевту) не «вещь», а «слово», «знак». Этой нехитрой уловкой всегда пользовались все продавцы мифов — от адвокатов до гадалок. «Сегодняшний герой — тот, кто и не думает интересоваться вкусом потребителя, а насилует обывателя, вручая ему неведомый спрос на совершенно нетребуемое и ненужное, если не вредное. Даже в медицине коммерческий успех обеспечивается не мастерством врачевания от существующих недугов, а мастерством внушения несуществующих недугов в психику совершенно здорового человека, случайно забредшего к доктору» (Тетерятников, 1991, с. 46).

Все изложенное позволяет нам понять, почему самые дикие и абсурдные лечебные практики обладают терапевтическим эффек-

том, а самые невероятные «научные системы» находят своих последователей. Это связано прежде всего с тем, что телесное ощущение, став симптомом, начинает подчиняться не только природным закономерностям, но и логике мифа, в который оно включается.

Практический вопрос ставится так: можно ли избавиться от мифологизации болезни и нужно ли это делать? Современная медицина склонна считать мифологические представления вредными заблуждениями человеческого ума, от которых следовало бы как можно скорее избавиться. Ее позиция в этом сходна с позицией классической этнографии XIX в., считавшей мифы пережитками и суевериями (*Тайлор*, 1989; *Фрэзер*, 1980). Однако истинная роль мифа значительно важнее. Он вносит в мир порядок, систему, координирует человеческую деятельность, укрепляет мораль, санкционирует и наделяет смыслом обряды, упорядочивает практическую деятельность (*Durkheim*, 1912; *Malinowski*, 1926; *Cassirer*, 1946; *Леву-Брюль*, 1930; *Мелетинский*, 1976; *Лосев*, 1982; *Леву-Строс*, 1983; *Франкфорт* и др., 1984; *Голосовкер*, 1987). Медицинский миф и вытекающий из него ритуал дают больному возможность участия в происходящих событиях, орудия влияния на окружающие его силы, способы координации природных и социальных явлений, предоставляют язык, в котором могут формулироваться и опосредствоваться болезненные ощущения, позволяют ими овладевать.

Миф нельзя «отменить» прежде всего потому, что представления о болезни по самой своей структуре и способу формирования принципиально мифологичны и стремление современной медицины избавиться от мифологизации следует признать по крайней мере утопическим. Миф невозможно преодолеть изнутри, так как стремление избавиться от него само становится его жертвой.

Сквозная пронизанность телесности мифологией приводит к давно отмеченному феномену: «Какое-нибудь верование или обычай целые столетия может обнаруживать симптомы упадка, как вдруг мы начинаем замечать, что общественная среда, вместо того чтобы подавлять его, благоприятствует его новому росту. Совсем уже угасавший пережиток опять расцветает с такой силой, которая часто настолько же удивительна, насколько вредна» (*Тайлор*, 1989, с. 107). Сейчас мы все — свидетели такой ситуации. Ее нельзя упразднить директивным методом, объявив ожившие мифологические представления ложными, но можно и нужно изучать, вычитывать и расшифровывать скрытые мифы. Это поможет не утрачивать связи с реальностью, имея в виду основополагающую ограниченность мифического сознания, и использовать полученные знания в терапевтической практике, корректируя вредные и создавая необхо-

|

димые мифологии. Это требует тщательного изучения принципов мифологизации болезни, так как навязываемые, не вписанные в общую систему медицинские требования плохо приживаются на чужой почве. Лечение, лишенное адекватного мифа, в значительной степени утрачивает свою субъективную эффективность, тогда как самые абсурдные и вздорные рекомендации, включенные в миф, сохраняют свою притягательность, несмотря на объективно приносимый ими вред.

Медицинская практика и мифология болезни блестяще подкрепляют выдвинутое Р. Бартом положение о стремлении всякого общества (и в особенности сферы массовой культуры) к построению семиотических систем, замещая «вещи» «словами» и «знаками», но, по мере конструирования этих систем, оно столь же последовательно маскирует их семиотическую природу, превращая в «естественное», «рациональное». Этот семиотический парадокс взаимных «заслонений» натурального и знакового существенным образом запутывает ситуацию и служит источником огромного количества недоразумений {Barthes, 1970}.

СМЫСЛА НА ПЕРЦЕПЦИЮ

Мифологизация или вторичное означение не исчерпывают возможностей субъективного влияния на интрацептивные ощущения. Дело в том, что болезнь — это не просто какое-то, пусть даже весьма неприятное состояние, она затрагивает самые основы существования человека.

Самое простое следствие такого изменения — ограничение свободы человека, сужение возможностей его деятельности. Это либо ограничения, не позволяющие ему выполнять ту или иную работу, уменьшающие возможности передвижения и пр., либо вообще фрустрирующие основные потребности социального и физического существования. Болезнь не только ограничивает возможности человека в настоящем, но и сужает нормальную временную перспективу человеческой жизни, лишь в контексте которой она имеет смысл (*Тхостов*, 1980; *Муладжанова*, 1983; *Николаева*, 1987).

Однако это не единственно возможное отношение к болезни. Как ни парадоксально, болезнь может иметь и позитивную окраску, например быть способом решения жизненных проблем. Больному человеку уделяют большее внимание, он пользуется особым

»

привилегированным экономическим и правовым положением и другими выгодами. Существует целый спектр типов личностного отношения к болезни: болезнь как «враг», «наказание», «слабость», «упадок», «облегчение», «способ решения жизненных проблем», «утрата», «ценность» и пр. (Pfiferling, 1982). Выбор отношения зависит от культурных традиций, типа ментальное™, системы ценностных ориентации. Не следует, конечно, думать, что человек осознанно «выбирает», какому типу отношения ему следовать. Для заболевшего значение болезни формируется прежде всего через преломление ее субъективной картины в структуре его потребностей, мотивов, ценностных ориентации и пр. Для нас это важно потому, что так же, как и в случае со вторичным означением, выбор типа отношения не безразличен для самих интрацептивных ощущений. Прежде чем перейти к систематическому изложению вариантов смыслового опосредствования телесных интрацептивных ощущений, необходимо рассмотреть общие принципы решения сходных проблем в других областях психологии и обсудить некоторые важные теоретические вопросы.

6.2. Психоналитические решения

Влияние мотивации на перцептивную деятельность — достаточно давно и хорошо известный феномен. Идея такого влияния стала краеугольным камнем психоанализа, полагавшего, что мотивация как прямо отражается в так называемых первичных процессах (воображении, грезах, сновидениях), подчиняющихся «принципу удовольствия», так и прорывается во вторичных (мышлении, восприятии, памяти) в виде специфических оговорок, ошибок, забывании (Фрейд, 1924). Если в первичных процессах ничто не мешает реализации либидинозных влечений «Id», то социо-культурные ограничения «Super-Ego» затрудняют их реализацию во вторичных. Это энергетическое противоречие приводит к невротическому симптому — как результату «прорыва» неразрешенного мотивационного напряжения. Симптом — заместительное проявление нереализованного влечения, результат психологической защиты «Ego» перед лицом реальности, делающей невозможным удовлетворение влечений «Id». Психоанализом разработана довольно стройная классификация типов защит, некоторые из которых, такие как, например, «подавление» и «регрессия», конвертируют психологическое напряжение на соматический орган (Sjoberg, 1973; Laplanche, Pontalis, 1963; Лан-лани, Понталис, 1996; Bellak, 1978; Bergeret, 2000).

Психоанализ сумел уловить то, что телесные феномены могут выходить далеко за границы своего содержания, приобретая жизнь

в новых смыслах. Правда, следует сразу же оговорить, что основные усилия исследователи этого направления сконцентрировали на ответе на вопрос, «почему» конфликт приобрел телесное выражение, а не «как» он это делает {Арина, 1991}. Ответу на вопрос «почему» посвящены многочисленные работы самого З. Фрейда и его последователей — представителей классической психосоматики. В самом общем виде они сводятся к тому, что «конверсия на орган» символически разрешает аффективно заряженную ситуацию. Возникновение многих заболеваний можно понять на основе тенденции вытесненного влечения, проявляющегося через расстройство органа, и существует понятная связь между содержанием конфликта и клиническими симптомами. «Выбор органа» определяется его символическим значением и связью с содержанием конфликта (Juliffe, 1939; Бассин, 1968, 1970). «Психологический симптом — конверсия с помощью органов тела, на языке тела в форме аллегории воплощает конфликтный смысл» {Арина, 1991, с. 47}.

Найти ответ на вопрос, «как» это происходит, в работах психоаналитиков значительно сложнее. Для самого З. Фрейда этой проблемы не существовало. В этом он достаточно твердо стоял на позициях физиологизма конца XIX в., искавшего за каждым телесным проявлением соответствующий физиологический процесс. Хотя в его работах нигде нельзя найти прямого утверждения, можно, тем не менее, предполагать, что в тех случаях, когда речь шла не о реальном заболевании, возникшем в результате конфликта, а о символических жалобах, источником телесных ощущений была некая либидинозная энергия, понимаемая в стиле П. Жане или А. Бергсона.

Механизм влияния этой энергии понимался в «гидравлических» терминах. «Процесс воплощения в симптом Фрейд описывал с помощью образа реки, текущей по двум руслам: препятствие на пути движения потока бессознательных смыслов и переживаний в первом русле с необходимостью ведет к переполнению в русле, соединенном с ним, — это и есть прорыв бессознательного. Для Фрейда не имеет принципиального значения, произошел ли прорыв в сфере телесных функций (и тогда возникает такой психосоматический симптом как конверсия) или в сфере открытого поведения (и тогда возникают многочисленные симптомы "психопатологии обыденной жизни"). На вопрос о носителе смысла в телесном русле нет однозначного ответа» {Там же, с. 46}.

К этому можно добавить, что самые современные психоаналитические исследования {Bergeret, 2000} в интерпретации психосоматических отношений не слишком отличаются от условно-рефлекторных схем и теории оперантного обуславливания. Трудности

»

объяснения конверсии на символическом уровне частично решались использованием физиологических механизмов. Если эмоции, сопровождающие конфликт, не могут получить соответствующего выражения, они переходят в хронические вегетативные сдвиги и, впоследствии, в органические нарушения {*Dunbar, 1943; Alexander, 1952; Махин, 1981; Holland, Rowland, 1989*}. Как можно видеть, хотя проблема смысловой регуляции телесности была ядром самой теории, она понималась лишь в контексте патогенеза болезни, сами же телесные ощущения в полном соответствии традициям объективизма однозначно соответствовали физиологическим событиям в организме.

6.3. Герменевтический подход

Несколько иным образом проблема влияния потребностей и мотивов человека на телесные ощущения и болезни разрабатывалась последние годы в рамках «герменевтического направления исследования проблем здоровья» в США (*Тищенко, 1987а*). Главные идеи этого подхода основаны на философских взглядах Х. Гадамера (*Gadamer, 1976; Гадамер, 1988*).

Идея герменевтического подхода строится на попытке внести в медицинскую науку достижения гуманитарного знания, изменить понимание симптома. Хотя многочисленными исследованиями продемонстрировано влияние культурного оформления на проявление натурального симптома, большинство врачей негативно относится к этой идее. Причина состоит, как мы уже отмечали, в том, что для врача симптом представляет собой лишь манифестацию биологической реальности и влияние культуры может только ее исказить.

Герменевтический подход утверждает принципиальную невозможность совпадения порядка слов (реалий отражающего) и порядка вещей (реалий отражаемого) и это несовпадение обнаруживает особый смысл. Недостаточно просто «... установить отношение "знак (симптом) — объект (поломка организма)". Принципиально важно обнаружить тот "троп" — поворот, который осуществляется в естественном языке и превращает объектно ориентированное знание в личностно ориентированное. Поэтому каждое состояние организма в норме и патологии переживается человеком как фундаментальное семантическое (герменевтическое) явление, которое для своего понимания требует "толкования". Хотя каждая из болезней имеет некоторые биологические или физиологические корреляты (причины), однако, эти причины становятся фактами человеческого переживания или страдания только через восприятие, интерпрета-

цию, выражение и адресование "другому", т.е. входя в мир человеческих слов и гуманитарной дискурсивности. Симптом в этой ситуации приобретает личностный смысл — становится запросом, адресованным другому человеку, а совокупность симптомов (синдром) превращается в текст, требующий прочтения. Например, симптом анорексии (отказ от еды) может служить метафорой неадекватности межличностного общения мать — ребенок» (Тищенко, 1987а, с. 107). Герменевтическая процедура позволяет от врачевания болезни перейти к врачеванию пациента, переориентировать медицину с «объекта» на «личность». Радикальность переориентации медицинского знания демонстрирует таблица 1 {Good, Good, 1976}.

Таблица 1 Характеристики клинической модели

Биомедицинская (эмпирическая)	Культурологическая (герменевтическая)
Сущность патологии	
Соматические или психофизиологические нарушения	Наполненные смыслом конструкты, составляющие реальность заболевания для данного страдающего человека
Релевантные структуры	
Релевантны те «данные», которые указывают на нарушения организма	Релевантны те данные, которые позволяют обнаружить смысл заболевания
Выявляющая процедура	
Осмотр, лабораторные опыты	Декодирование семантической сети заболевания
Цель интерпретации данных	
Диагноз и объяснение	Понимание
Стратегия интерпретации данных	
Диалектически устанавливаемое отношение между симптомом и соматическим нарушением	Диалектически устанавливаемое отношение между симптомом и семантической сетью (контекстом) заболевания
Терапевтическая цель	
Вторжение в соматические патологические процессы и исправление поломки	Лечение пациента путем осознания его жизненного опыта, скрытых семантических аспектов заболеваний и их трансформации в благоприятный для личности тип

1

В некоторых аспектах герменевтический подход близок психоанализу, особенно его семиологическим модификациям (*Lacan*, 1949). Несомненной заслугой этого направления является ориентация медицины к гуманитарному знанию, однако задача последовательной проработки всего пути от первичного телесного ощущения к смыслу в нем не только не выполнена, но даже не поставлена хотя бы в том объеме, как это сделано в психоанализе.

Более того, самым крупным недостатком герменевтического подхода считается то, что своими гуманитарными построениями он как бы просто дополняет естественно-научную медицину, дуалистически удваивая мир: «...с одной стороны — физический мир, а с другой — мир языка. Предполагается, что естественно-научное знание может существовать вне контекста гуманитарной дискурсивностиTM, а гуманитарное — вне дискурсивности естественно-научного знания. Поэтому сторонники герменевтического подхода лишь "дополняют" парадигму биологической модели медицины, которая понимается с позиций физикализма, и категорически отказываются от ее переосмысления... Если это удвоение оставить, тогда чрезвычайно трудно опровергнуть следующее возражение. Нет сомнений, что существует "медицинский фольклор", что существуют личностные особенности восприятия страдания, что совокупность симптомов можно прочесть как текст, выражающий определенный личностный смысл. Однако, если врач найдет хорошее лекарство, способное восстановить повреждение организма, то у человека пропадет возможность выражать свои личностные смыслы в языке страдания (нет провоцирующего фактора, нет и языка). Таким образом, биологический подход обладает гораздо большим приоритетом, чем герменевтический» (*Тищенко*, 1987а, с. 108). Помимо вопроса приоритета, подобный дуализм, расщепляя человека на декартовский автомат, подчиняющийся физическим закономерностям, и лингвистического субъекта, принадлежащего иной реальности, затрудняет конкретное решение вопроса о том, каким же образом семантические образования могут влиять на чисто физикальные.

6.4. Школа «New look»

Проблема механизмов влияния потребностей на перцепцию наиболее последовательно и убедительно разрабатывалась в психологии экстрацептивного восприятия, особенно в работах школы «New look». Начиная с работ М. Шерифа, было проведено огромное количество исследований, убедительно доказывавших мотивационную

обусловленность искажений оценки величины, формы объектов и изменение порогов восприятия в зависимости от интересов и потребностей субъекта (*Ansbacher, 1937; Levine, Chein, Murphy, 1948; Rosen, 1954; Wispe, Dramborean, 1953; Брунер, 1977*). Возможности мотивационного влияния на восприятие довольно убедительно вписывались в схему перцептивного акта. Перцептивный акт строился в несколько этапов.

Первичная категоризация. С самого начала в рамках данной схемы необходимо, чтобы явление было перцептивно выделено из окружения и чтобы этому явлению были приписаны определенные пространственные и качественные характеристики. На данном этапе достаточно приписать такие, например, значения, как «предмет», «звук» или движение (в нашем случае — «боль», «перемещение», «изменение ритма», «дискомфорт» и пр.).

Поиск признаков. В условиях привычной деятельности или высоко вероятной связи между признаком и категорией, скрытым и неосознаваемым может быть и второй этап: более точная идентификация с помощью дополнительных признаков. В том случае, когда соответствие доступным категориям неполно или связь маловероятна, необходим специальный (возможно сознательный) поиск признаков. В этих условиях канал для стимуляции открыт максимально.

Подтверждающая проверка. После поиска признаков, подтверждающих отнесение к определенной категории, характер процесса резко меняется. Степень открытости по отношению к раздражителям сужается: ищутся лишь дополнительные признаки с целью контроля и подтверждения пробной идентификации. Это процесс избирательной регуляции, в результате которого снижается эффективный уровень стимуляции, не имеющий отношения к процессу подтверждения достигнутой категоризации.

Окончательное подтверждение. При успешной идентификации поиск признаков завершается. Для этого этапа характерно резкое снижение чувствительности к посторонним раздражителям: несовместимые признаки нормализуются или отсеиваются. Как только объект относится к определенной категории, характеризующейся высокой вероятностью и хорошим согласованием, порог различения признаков, противоречащих этой категоризации, повышается почти на порядок.

Уже с самого начала, при первичной категоризации и поиске признаков, используемые категории могут обладать различной степенью субъективной приемлемости. Для объяснения влияния мотивации на восприятие использовалось три механизма, обеспечивающих его селективность:

v

1. *Принцип резонанса* — стимулы, релевантные потребностям, ценностям личности, воспринимаются правильнее и быстрее, чем не соответствующие им.

2. *Принцип защиты* — стимулы, противоречащие ожиданиям субъекта или несущие информацию, потенциально враждебную «Его», узнаются хуже и подвергаются большему искажению.

3. *Принцип сенсibilизации* — стимулы, угрожающие целостности индивида, узнаются быстрее всех прочих (Брунер, 1977; Bruner, Postman, 1949; Bruner, Postman, John, 1949; Postman, Bruner, Walk, 1951).

Исследователями школы «New look» хорошо проработаны и очень тщательно описаны феномены перцептивной защиты, сенсibilизации и другие варианты мотивационного искажения экстра-цепции. Есть все основания считать, что в еще большей степени это влияние должно проявляться в интрацепции, обладающей, с одной стороны, большими возможностями для искажения, а с другой — высокой мотивационной значимостью болезни.

6.5. Концепция «личностного смысла»

Большие достижения школы «New look» в объяснении собственно перцептивных механизмов искажения не позволяют, тем не менее, однозначно ответить на вопрос о форме их (механизмов) связи с потребностями. Хотя здравый смысл, личный опыт и научные данные убеждают нас в том, что наши потребности могут существенно влиять на восприятие и субъективное переживание предстоящей реальности, это не избавляет нас от необходимости объяснения того, как именно это происходит, иначе потребности становятся гомункулосом, находящемся в нашем «Я» и сортирующем сенсорные данные.

Самая серьезная методологическая трудность состоит в том, что для решения этой задачи требуется найти способ перевода внутреннего состояния потребности в сферу перцептивного акта. Это не так просто, как кажется на первый взгляд, так как необходимо согласовать потребности как энергетическую реальность с регуляцией ею тонких и конкретных процессов отражения.

Проблема мотивации, несмотря на ее кажущуюся простоту, одна из самых в методологическом отношении сложных психологических проблем (Рубинштейн, 1957, 1999; Леонтьев А.Н., 1966, 1975, 1981; Виллюнас, 1976, 1983, 1990; Соколова, 1976, 1980; Соколова, Николаева, 1995; Гульдман, 1982, 1984; Сталин, 1983). Мотивация, в отличие от стимула, который уже дан в самом

рефлекторном акте, требует поиска отсутствующих или еще не существующих ситуаций или предметов¹.

Обычно, хотя не всегда осознанно, мотивация понимается как «негативное состояние» — физиологическая нужда, выводимая из свойства живого организма способность специфическим образом реагировать на раздражители. Другими словами, мотивация — это состояние организма, функция которого состоит в снижении порога реактивности. В таком случае мотив — «энергизатор» или «стабилизатор». Для разнообразия форм реакций используются понятия научения или условного рефлекса. Очевидно, и в том и в другом случае понятие «мотивация» фактически излишне, стимуляция и научение достаточны для объяснения поведения (*Нюттен*, 1975).

Подобную схему очень трудно включить в перцептивный акт, так как из энергетического понимания потребности никак не выводима ни ее регуляция на основе отражения, ни обратный процесс влияния на опыт и отражение. Трудности адекватного решения этой задачи породили несколько попыток выделить в мотивации, кроме энергетического компонента, особые производные «содержательные переменные» (валентности в отличие от потребностей у К. Левина, «needs» и «presses» у Г. Мюррея, «drives» и «incentives» у бихевиристов), но ни одну из них нельзя признать достаточно последовательной.

Наиболее удачный выход из создавшегося положения предлагается в теории мотивации А.Н.Леонтьева (1981) и ее последующем развитии В.К. Вилюнасом (1983). Главной идеей, позволившей разрешить описанное затруднение, был *принцип предметности потребности*. Вместо категории потребности в этом подходе используется категория мотива, или опредмеченной потребности, позволяющего перевести диффузное состояние неудовлетворенности, нужды — в целесообразную «ориентированную» деятельность. «...Потребность, объективировавшая себя в отражаемом мире и как бы передавшая функцию организации деятельности предмету, способному ее удовлетворить, является реальной основой процессов мотивации. Актом опредмечивания потребность семантизируется, впитывает в себя определенное содержание, и впредь она проявляется уже в этом содержательном оформлении... Будучи "слепой", она приводит лишь к нецелесообразной активности, обнаруживая при

¹ Ж. Нюттен приводит ясный пример: «В лабораторных условиях экспериментатор рассматривает пищу как стимул, действующий на вкусовой орган животного, и изучает вызываемую им физиологическую секрецию, но для того, кто наблюдает поведение животного в естественных условиях, пища представляет собой объект-цель продолжительной мотивированной деятельности» (*Нюттен*, 1975, с. 19).

этом, однако, сильную тенденцию "прозреть", конкретизироваться в чем-то определенном, вещественном» (Вилюнас, 1983, с. 192—193). Продукт этого процесса — мотив — становится двойным образованием: с одной стороны — предмет, с другой — потребность, или даже, точнее, потребность, «проявляющаяся» через предмет. Предмет становится мотивом, вступая в семиотическое отношение с потребностью, означая ее. Понимание мотива как семиотического предмета позволяет решить одновременно две проблемы: предметности потребности и функции смыслообразования. «Это значит, что слепая энергия потребности не проявляется в психическом в качестве независимо действующей силы, что она обогащается приобретенным опытом, который особым процессом (опредмечивания) вводится в механизм потребности, формируется в нем и становится неотъемлемым его компонентом. Только такая объективированная энергия или, иначе, энергитизированный объект вступает во взаимодействие с процессами отражения...» (Там же, с. 193). Семиотическая природа мотива позволяет непротиворечиво объяснить возможное влияние потребности на познание, порождающее его пристрастность, так как он (мотив) является образованием того же порядка, что и другие образы, представления или значения. То, что предмет² становится мотивом, превращает его в «волнующий» предмет. «Пристрастность и есть тот язык, которым потребности указывают свои предметы переживающему субъекту; репрезентируя в образе предмета потребность, пристрастность конституирует в нем то преимущество над другими образами, которое проявляется в его способности вызывать ориентировочные процессы и деятельность» (Там же, с. 196).

В конкретной ситуации предметность реализуется в смысло-образующей функции мотива, порождении им личностного смысла. В концепции деятельности мотивационный процесс с актуализацией мотива не завершается, а разворачивается в новую фазу, в которой предметы и условия, связанные с мотивом, тоже получают особую смысловую окраску. В смысле, как специфической единице психического, субъекту открываются не объективные свойства отражаемых объектов и ситуаций, а та особая значимость, которую они приобретают своей связью с актуальными мотивами, что особенно очевидно проявляется в случаях несовпадения такого смыслового и общепризнанного стандартного значения (см.: Вилю-

² Предмет не следует понимать субстанционально. У А.Н. Леонтьева слово «предмет» используется в философском смысле и «безразлично при этом, идет ли речь о материальных объектах... или отвлеченных, выступающих в форме идеи, некоторой ценности, некоторого идеала и т.п.» (Леонтьев А.Н., 1966, с. 5).

нас, 1983, с. 198). Это, на наш взгляд, наименее разработанное и наиболее противоречивое место концепции А.Н.Леонтьева. Самым неясным остается то, как конкретно реализуется смысл, в чем он «содержится». С одной стороны, А.Н.Леонтьев сам подчеркивал, что «смысл — это всегда смысл чего-то. Не существует "чистого" смысла. Поэтому субъективно смысл как бы принадлежит самому переживаемому содержанию, кажется входящим в значение» (Леонтьев А.Н., 1975, с. 278). С другой стороны, он же отмечал, что «хотя смысл и значение кажутся слитыми в сознании, они все же имеют разную основу, разное происхождение и изменяются по разным законам. Они внутренне связаны друг с другом, но только отношением, обратным вышеуказанному: скорее, смысл конкретизируется в значениях (как мотив — в целях), а не значения — в смысле. Смысл отнюдь не содержится потенциально в значении и не может возникнуть в сознании из значения. Смысл порождается не значением, а жизнью» (Там же, с. 279). Это все вполне справедливо, но остается совершенно загадочным «местопребывание» смысла. Леонтьев неоднократно подчеркивал, что хотя смысл и может быть «выражен» в значениях, но может существовать в форме переживания, эмоции или интереса.

Как замечает В.К. Вилюнас, «определение, утверждающее, что эмоции регулируют деятельность, "отражая тот смысл, который имеют объекты и ситуации, воздействующие на субъекта" (Леонтьев А.Н., 1971, с. 28), можно понять так, что эмоции сами выражают смысл, являются формой его существования, но оно позволяет также думать, что смысл имеет независимое онтологическое выражение (в чем? — А. Т.), тогда как эмоции его отражают, о нем сигнализируют» (Вилюнас, 1983, с. 199). Сам А.Н.Леонтьев, насколько можно судить, склонялся к последней трактовке, утверждая, что эмоции способны ставить субъекту «задачу на смысл», из чего следует, что эмоция — еще не смысл, что смысл возникает вслед за эмоцией, в результате решения субъектом поставленной ею задачи.

Между тем, можно утверждать, что между смысловыми и эмоциональными явлениями нельзя провести четко очерченной грани, что эмоциональные отношения есть основа смысловых образований, а понятие смысла служит лишь для специфической концептуальной интерпретации этих отношений (Там же).

Более того, признать существование смысла не в категориях значений столь же затруднительно, как представить данную сознанию некатегоризованную чувственную ткань. Совершенно другое дело, что уровень категоризации неоднозначен, что могут существовать различные способы его презентации. Признание же «первовидения» в виде эмоциональной категоризации вообще снимает проблему,

давая смыслу область, необходимую для его реализации и не ограниченную сферой вербальных значений, а проблему диссоциации значения и смысла трансформирует в проблему несовпадения эмоциональных и вербальных значений (или разных уровней категоризации). На уровне же самого «первовидения» проблема диссоциации вообще снимается, так как эмоциональное значение не может «значить» ничего иного, кроме себя самого, и иному смыслу будет соответствовать и иное значение.

Действительно смысл выражается в значениях, и только в них может существовать, но следует понимать значение шире, чем А.Н. Леонтьев, сводивший его преимущественно к идеальной форме кристаллизации общественного опыта, фиксированного в «чувственном носителе его, обычно в слове или словосочетании» (Леонтьев А.Н., 1975, с. 275). Расширение понимания значения снимает и терминологические споры о квалификации смысла: у А.Р. Лурии смысл — это индивидуальное значение, у Ван дер Вельде — условно связанное с сигналом содержание, у Титченера — сложное контекстное значение, у Бартлетта — значение, создаваемое целостностью ситуации (см.: Леонтьев А.Н., 1975). На мой взгляд, — это бессодержательный спор. Смысл может *быть* каждым из этих феноменов, он не имеет постоянного местопребывания. Действительно рождаясь не из значения, а из жизни, он становится доступным сознанию лишь через систему значений. Повторяясь, можно сказать, что смысл выражает себя через значения, путем выбора или отвержения, ограничения или, напротив, расширения семантического поля, его оформления. Смысл субстанцируется в значении как своеобразное «значение значения», урезая, расширяя или иным образом трансформируя категориальную сеть. Надличные, культурно выработанные универсалии через функцию смысла обретают свое индивидуальное существование, которое может значительно отличаться от общепринятого. Значение всегда осмысленно; в том случае, если оно никак не связано с потребностями, оно имеет смысл нейтрального, не входящего в сферу интересов, «знаемого». А.Н. Леонтьев сам близко подходит к этому пониманию, правда, с другой стороны, со стороны значения: «... Функционируя в системе индивидуального сознания, значения реализуют не самих себя, а движение воплощающего в них себя личностного смысла — этого для-себя-бытия конкретного субъекта. Психологически, т.е. в системе сознания субъекта, а не в качестве его предмета или продукта, значения вообще не существуют иначе, как реализуя те или иные смыслы» (Там же, с. 153).

Субстанционально смысл — это фантом и, лишенный своей плоти — значения, он исчезает, как исчезает форма, не заполненная

никаким содержанием. Через личностный смысл структурированные опредмечиванием (превращением в мотив) аморфные потребности манифестируют себя пристрастностью человеческого сознания.

«Трудности (предыдущей психологии. — А. Т.) заключались в психологическом объяснении пристрастности сознания. Явления сознания казались имеющими двойную детерминацию — внешнюю и внутреннюю. Соответственно, они трактовались как якобы принадлежащие двум разным сферам психики: сфере познавательных процессов и сфере потребностей, эффективности. Проблема соотношения этих сфер — решалась ли она в духе рационалистических концепций или в духе психологии глубинных переживаний — неизменно интерпретировалась с антропологической точки зрения, с точки зрения взаимодействия разных по своей природе факторов-сил. Однако действительная природа как бы двойственности явлений индивидуального сознания лежит не в их подчиненности этим независимым факторам. <...> Дело в том, что для самого субъекта осознание и достижение им конкретных целей, овладение средствами и операциями действия есть способ утверждения его жизни, удовлетворения и развития его материальных и духовных потребностей, опредмеченных и трансформированных в мотивах его деятельности. Безразлично, осознаются ли субъектом мотивы, сигнализируют ли они о себе в форме переживаний интереса, желания или страсти; их функция, взятая со стороны сознания, состоит в том, что они как бы "оценивают" жизненное значение для субъекта объективных обстоятельств и его действий в этих обстоятельствах, придают им личностный смысл, который прямо не совпадает с понимаемым объективным их значением. При определенных условиях несовпадение смыслов и значений в индивидуальном сознании может приобрести характер настоящей чуждости между ними, даже их противопоставленности» {Леонтьев А.Н., 1975, с. 149—150}.

В этом пассаже содержатся два важных соображения.

Первое касается того, что пристрастность человеческого сознания существует, и она проявляется в виде несовпадения смысла и значения или, если говорить точнее, несовпадения объективного (общего) и субъективного (индивидуального) значений, или несовпадения «эмоциональной» и «когнитивной» сторон значения. Это несовпадение может проявляться в равных формах: например, формировании особых способов категоризации, искажении восприятия, несоответствия «знаемого» и «переживаемого» (в случаях рассогласования на разных уровнях).

Второе соображение указывает источник пристрастности: проявление мотивации через размещение значения в контексте жизненных потребностей.

Хотя чаще всего А.Н. Леонтьев говорит о смысле действия (как об отношении мотива к цели), смыслом наделены, в той степени, в какой они имеют отношение к предмету деятельности — мотиву, обстоятельства действия, цели, предметы, да и вообще любые явления. Одно и то же явление в зависимости от его положения в мотивационной структуре может совершенно по-разному оцениваться. «Можно рассматривать четыре возможных отношения, в качестве которых может выступать то или иное явление: 1) явление выступает в качестве мотива; 2) явление представляет условие, препятствующее достижению мотива; 3) явление представляет условие, способствующее достижению мотива; 4) явление представляет условие, способствующее достижению одного мотива и препятствующее достижению другого. Этим четырем отношениям соответствуют и четыре возможных смысла явления: смысл мотива, негативный смысл, позитивный смысл, конфликтный смысл» (Кальвиньо, 1981, с. 4).

Сложность ситуации заключается еще и в том, что сами по себе потребности не равноправны, а иерархически организованы. Поэтому смыслообразование осуществляется не только в наличной ситуации актуализированной потребности, но определяется более широким спектром устойчивых мотивационных структур: ценностными ориентациями, смысловыми образованиями, динамическими смысловыми системами и другими аспектами личностной регуляции (Абульханова-Славская, 1977; Асмолов и др., 1979; Асмолов, 1984; Гульдман, 1982, 1984; Василюк, 1984; Броушусь, 1988).

Понять человеческое поведение и порождающиеся в его деятельности смыслы можно только с учетом того, «...ради чего совершается то или иное действие, деятельность человека, или в чем подлинный смысл, стоящий за взятыми самими по себе или в совокупности целями, задачами, мотивами. <...> Именно общие смысловые образования (в случае их осознания — личностные ценности), являющиеся, на наш взгляд, основными конституирующими (образующими) единицами сознания личности, определяют главные и относительно постоянные отношения человека к основным сферам жизни — к миру, к другим людям, к самому себе» (Броушусь, 1988, с. 87, 91).

6.6. СМЫСЛ ТЕЛЕСНОГО ОЩУЩЕНИЯ

Это довольно длинное отступление потребовалось нам, чтобы прояснить то, каким образом телесное, интрацептивное ощущение приобретает смысл. Его функция сигнализации некоторого телесного состояния может видоизменяться, включаясь через различные

способы мифологизации в не связанные с ним прямо мотивы и смысловые образования. Рассмотрим это подробнее. В самом общем виде личностный смысл болезни — есть жизненное значение для субъекта обстоятельств болезни в отношении к мотивам его деятельности. Поэтому многообразие типов отношения к болезни определяется многообразием ее личностных смыслов. Самый первый уровень смыслового опосредствования проявляется в том, что интрацептивные ощущения и телесные функции могут стать средствами выражения не собственных природных потребностей, а других, прямо с ними не связанных, например коммуникативных³. Уже первейшая человеческая потребность в еде, кроме своего прямого смысла — сохранения жизни, может выполнять коммуникативную функцию общения с матерью: каприз, отказ от еды как способ выражения отношения к матери имеет иной смысл, чем отказ от еды в результате насыщения. Тошнота как знак «отношения» не имеет ничего общего с отравлением. Ощущения голода во время религиозного поста не равны ощущениям голода из-за отсутствия пищи или отказа от нее в стремлении похудеть. Свой подлинный смысл интрацептивные ощущения могут получать после их вторичного означения или мифологизации. Частично смысл задается самим выбранным мифом. Если интрацептивные ощущения имеют особый «неболезненный» смысл, они совершенно иначе переживаются. Шаманские болезни — это не болезни в общепринятом смысле, а знак особой отмеченности, дара; на протяжении многих веков юродивые были не больными, а божьими людьми, устами которых говорили высшие силы, а прокаженные несли на своем теле печать греха и проклятия (Foucault, 1961д, 1963; Иванов, 1975; Басидов, 1975; Якубик, 1982). Мы отмечали уже и высокую вариабельность переносимости боли в религиозных обрядах (Мелзак, 1981). Эрекция — это не просто техническое условие осуществления полового акта, а символ мужественности, могущества, совершенства, доминирования и пр. Однако сузим наше рассуждение до интрацептивных, телесных ощущений, означающих болезнь. Зададимся вопросом: каким обра-

³ Мы не имеем возможности останавливаться здесь на очень интересной проблеме онтогенеза коммуникативной функции телесности, требующей специальной разработки. Возможность ее порождения связана с одним фундаментальным моментом: первейшие человеческие потребности неотделимы от культурного способа их удовлетворения, и мать способна наделить значением (и объективировать, сделать «непрозрачными») «натуральные проявления»: крик, плач, еда как награда или наказание и пр., становясь средством передачи сообщения другому и воздействия на другого, обретают новое значение и смысл (Тищенко, 1987б; Колоскова, 1989).

зом в этом случае возможно изменение смысла ощущений, если они всегда интерпретируются через общий концепт болезни? На наш взгляд, это проистекает из того, что само значение болезни неоднозначно включается в мотивационную систему и может наполняться различным смыслом. Рассмотрим возможные варианты соотношения болезни и мотивации.

Первое положение — болезнь в качестве мотива — представить себе довольно трудно. Если такие случаи и существуют, они требуют какого-то специального анализа⁴.

Значительно более распространены следующие: болезнь как условие, препятствующее достижению мотива, болезнь как условие, способствующее ему, и болезнь как условие, способствующее достижению одних мотивов и препятствующее достижению других.

6.7. Преградный (негативный) смысл болезни

В наиболее распространенном случае болезнь несет человеку страдания, сужает свободу человеческого существования не только в настоящем, но и в перспективе будущего. Болезнь изменяет отношение к больному со стороны общества. Особенную актуальность эти моменты приобретают в случаях тяжелого, смертельно опасного заболевания.

В проведенном нами совместно с Н.Г. Кошуг исследовании отношения к онкологическим больным на материале 1000 респондентов различных социальных групп было показано существование сдержанного или негативного отношения общества к онкологическим больным. Среди населения широко распространены представления о заразности онкологических больных, являющиеся причиной большой гигиенической и бытовой дистанции. Если даже эти представления не столь выражены, например в среде профессиональных врачей, дистанция сохраняется по чисто экзистенциальным причинам: нежеланию входить в близкие отношения, дружбу с обреченными больными, требующие морального участия и сопереживания. Особенно эти опасения проявляются в отрицательном отношении опрошенных респондентов к установлению с онкологическими больными (вернее, с людьми, когда-то лечившимися по поводу злокачественных новообразований) предполагаемых се-

⁴ Хотя можно представить случаи молений о болезни как искуплении греха или средстве достижения блаженства, если болезнь рассматривается как таковое. Другой возможный вариант — нечто в стиле «Танатоса» в поздних работах З. Фрейда.

мейных отношений (Герасименко, Тхостов, Кошуг, 1986, 1988). Коррелирующие результаты были получены на других социальных выборках. В Канаде исследовалось отношение работодателей на производстве к больным, излеченным от новообразований. По сравнению с контрольной группой, дискриминация по отношению к излеченным больным на 30 %, а в группе с неблагоприятным течением — на 100 % больше. В США 25 % излеченных онкологических больных испытывают дискриминацию на работе (Ebermann-Feldman, Spitzer et al., 1987). Еще более очевидна угроза, которую представляют серьезные болезни самому физическому существованию человека. По нашим данным, около 30 % населения считает онкологические заболевания неизлечимыми.

Из сказанного видно, что злокачественные новообразования должны фрустрировать основные потребности физического и социального существования и иметь преградный смысл самореализации человека. Этот преградный смысл должен, видимо, искажать восприятие болезни на всех уровнях: от способа ее мифологизации (замены концепции болезни на более безопасную) и значения до чувственной ткани.

Такие феномены, действительно, неоднократно отмечались врачами, что позволяло даже говорить о распространенности анозогно-зии у онкологических больных (Ромасенко, Скворцов, 1961).

Больные постоянно пытаются найти основания, которые бы позволили им избежать диагноза «рак». Несмотря на то, что все они находятся в онкологическом стационаре и хорошо понимают, чем больны их соседи по палате, почти каждый склонен надеяться на «особенность» его собственного случая, на то, что именно с ним произошла ошибка, что они попали сюда «по знакомству», «здесь хорошие врачи», «нужно разобраться» и пр. Хотя реальность довольно жестко заставляет этих больных считаться с собой, существует много трагических проявлений неприемлемости фатального смысла онкологического заболевания: довольно частые отказы от лечения (по разным данным, от 20 до 30 %), частые запущенные случаи, когда больные долго не обращаются к врачу, несмотря на очевидные проявления заболевания.

Иногда можно отметить поразительное «невидение» объективных проявлений заболевания, игнорирование самой опухоли, ее размеров, подчеркивание «уменьшения узла». Восприятие поступающей информации очень селективно: то, что служит подтверждением диагноза, быстро забывается, считается «неважным», то же, что позволяет в нем усомниться, культивируется. Эта тактика не зависит от уровня образования: я наблюдал врача-рентгенолога,

находившую на собственных рентгеновских снимках опухоли легкого все признаки воспалительного процесса.

Для изучения особенностей осознания своего заболевания онкологическими больными было обследовано 106 онкологических больных и соответствующая им по возрасту, полу и образованию контрольная группа здоровых испытуемых (50 человек).

Практически все больные были достаточно хорошо информированы, либо догадывались о характере своего заболевания. Объем конкретных знаний, их точность, соответствие объективной картине заболевания зависели, в основном, от уровня и характера образования, медицинской подготовленности и индивидуального опыта, приобретенного в результате либо собственного заболевания, либо общения с другими больными и ухода за ними. В поведении и высказываниях больных постоянно сквозило нежелание признать существующее положение, стремление упростить сложившуюся ситуацию. Больные часто говорили, что они хорошо знают, что у них рак, что им осталось недолго жить, требовали сообщить им результаты анализов, сказать «правду». Параллельно этому они строили малореалистические планы, сомневались в объективности проводимых обследований, изыскивали возможности дополнительных консультаций. В то же время и поведение больных, говоривших, что они убеждены в доброкачественности своего заболевания, тоже не всегда соответствовало их высказываниям. Они были напряжены, тревожны, подозрительно относились к каждому новому обследованию. В оценке своего состояния больные постоянно колебались от отчаяния к надеждам. Однако самое глубокое отчаяние не лишало их надежды на благополучный исход заболевания. Ипохондричность, фиксированность на своем состоянии сочетались со склонностью объяснить очевидную и для них патологическую симптоматику не онкологическими причинами. Происходило «просеивание» информации, гипертрофированное преувеличение временных улучшений и недооценка очевидного ухудшения; несмотря на то, что больные реально видели ход течения онкологического заболевания на примере своих соседей, в каждом жила надежда на «особенный» характер его случая. Специфично и то, что такая анозогностичность не снимала полностью тревоги и депрессивных переживаний. Реальность никогда не исчезала, а как бы отходила на второй план, особым образом перерабатываясь.

Для изучения оценки больными своего состояния использовалась модифицированная методика самооценки Дембо—Рубинштейн (*Рубинштейн*, 1970). В нашем варианте больному предъявлялись четыре 10-сантиметровые линии, на которых предлагалось отметить свое место между людьми с «самым хорошим характером в мире и

самым плохим», «самыми счастливыми и самыми несчастными», «самыми умными и самыми глупыми», «самыми здоровыми и самыми больными». Затем больному предъявлялся аналогичный чистый бланк, и его просили сделать отметки так, как бы он это сделал до болезни. После этого больного просили объяснить, чем он руководствовался в своих оценках. В отличие от классического варианта, анализировались не только ответы, но и оценки на шкалах.

Больные отмечали свое положение на шкале здоровья между «самыми здоровыми и самыми больными» близко к середине. Однако ретроспективное завышение оценки здоровья говорило о сохранности хотя бы фрагментарного сознания тяжести своего заболевания. Осознание ситуации выступало в превращенной форме, как осознание измененности своего состояния, причем диапазон изменений был сдвинут вверх, к более высоким оценкам. Фрагментарно и содержание, вкладываемое больными в понятие здоровья; на вопрос о том, как объяснить такую высокую оценку своего здоровья, больные обычно отвечали: «Но ведь я сам хожу, сам себя обслуживаю и по сравнению с другими хорошо себя чувствую». Поскольку почти всегда можно найти больных, состояние которых действительно хуже, подобного рода рассуждения позволяли длительное время «уходить» от реальности. Основным механизмом, обеспечивавшим такую переоценку, являлось не нарушение собственно осознания, а искажение его структуры, сдвиг «субъективного нуля», изменение содержания эталона здоровья, позволявшее переоценить, переосмыслить угрожающее положение.

Вместе с этим можно было отметить искажение оценки объективной симптоматики в виде «просеивания» информации, повышения ее неопределенности. Как уже отмечалось, несмотря на то, что в высказываниях больных частым было требование «всей правды», существенно менялось их отношение к поступающим тем или иным способом объективным данным: позитивные расценивались как ясные, точные, а негативные — как неопределенные. Специфическая особенность такой «анозогностичности» в том, что она не снимает тревоги и депрессивных переживаний.

Чтобы лучше проанализировать ситуацию искажения смысла, мы провели еще один специальный эксперимент.

Для эксперимента было отобрано 8 изображений Тематического Апперцепционного Теста. Отбор осуществлялся таким образом, чтобы изображения были равномерно представлены по следующим категориям:

1. Абстрактные — конкретные;
2. Реалистические — фантастические;

3. Слабо структурированные, неопределенные — определенные;

4. Положительно окрашенные — угрожающие;

5. Эмоционально значимые для больных — нейтральные.

Испытуемым предлагалось составить по предложенному изображению развернутый рассказ: описать, что изображено на рисунке, какие события привели к данной ситуации, каков ее предполагаемый исход. Рассказы оценивались с помощью ранговых критериев по степени структурированности, разработанности, конкретности, реальности и общего фона рассказа.

Все 8 рисунков оценивались этими же испытуемыми с помощью модифицированной методики Семантического Дифференциала Ч. Осгуда для получения их факторных оценок (*Osgood et al.*, 1957; *Тхостов*, 1980; *Петренко*, 1983; *Шмелев*, 1983).

Это исследование было в свое время проведено с иными целями, но полученные в нем результаты, не нашедшие в то время адекватной интерпретации, могут способствовать прояснению нашей ситуации (*Тхостов*, 1980, 1984).

Наиболее интересный результат заключался в нарушении струк-турации, осмысления тревожных, негативно оценивавшихся по шкалам Осгуда изображений. Рассказы больных отличались значительно меньшей конкретностью и определенностью. Часто вообще не указывался смысл происходящего и вместо развернутого сюжета больные говорили: «что-то делают», «что-то неприятное», «какие-то люди» и пр. Давалось несколько возможных вариантов происходящего, без необходимой конкретизации. Рассказы были неполны, ограничены описанием происходящего в настоящем времени, связаны с описанием неприятных событий. Характер воздействия, как правило, не указывался, оно рассматривалось как «рок», «фатум», тогда как причиной событий в рассказах испытуемых контрольной группы были конкретные лица либо стечение обстоятельств. Наиболее неопределенными и обобщенными были рассказы по изобретениям, оценивавшимся как наиболее неприятные и тревожные.

Особенно важным в этом эксперименте для нас является то, что специфической особенностью таких рассказов было сочетание негативной оценки с высокой неопределенностью, сходной с неопределенностью восприятия заболевания. По моему мнению, нарушение структуриации негативных стимулов есть своеобразный механизм перцептивной защиты. Последняя в качестве нарушения восприятия неоднократно описывалась в литературе. В данном случае мы имеем дело с перцептивной защитой как нарушением осмысления, структуриации угрожающих стимулов. Такой тип защиты может быть, видимо, с большей точностью назван «семантико-

перцептивной» защитой. Она заключается в повышении степени неопределенности тревожных, угрожающих стимулов, переводе их в разряд «непонятных», «неясных». Особенность семантико-перцептивной защиты состоит в том, что она, в принципе, приводит не столько к снижению негативной оценки угрожающего стимула, сколько к изменению степени его осознанности. В первую очередь — это защита от «содержания», «смысла» стимула и лишь затем — отношение к нему.

В этих результатах обращают на себя внимание два момента: угрожающие сюжеты плохо структурируются, приобретая смысл «неясных», «неопределенных», но это, тем не менее, не мешает оценивать их весьма негативно.

Объяснить это противоречие можно, только признав существование разных уровней переработки информации и ее осмысления.

Восприятие на уровне «первовидения» и есть тот момент, когда решается: следует ли разворачивать систему значений (и соответственно вербализованных смыслов) или ввиду их преградности и непереносимости следует повысить пороги восприятия и понимания.

На уровне «первовидения» происходит оценка самых грубых, но и самых важных свойств объекта: опасен ли он, хорош ли. Но это может происходить не иначе как через «первосмысл-эмоциональное значение», так как нельзя быть «опасным» или «хорошим» вообще, но лишь в контексте потребностей и смысловых образований. По-видимому, это необходимое требование ко всем типам защитных процессов, так как в ином случае их функционирование остается непонятным.

В утилитарных целях можно составить примерный список защитных процессов, порождаемых негативным смыслом болезни:

- а) сенсорная десенсибилизация или повышение уровня порогов;
 - б) отрицание реальности;
 - в) вытеснение — забывание обследований, необходимых анализов, запущенность;
 - г) регрессия (частые транзиторные псевдодеменции в диагностическом периоде у онкологических больных);
 - д) рационализация (псевдоразумное объяснение происходящего, подбор нейтральной концепции);
 - е) дискредитация: недоверие к врачам, считающим, что у больного тяжелое заболевание;
 - ж) семантико-перцептивная защита: нарушение структуризации угрожающих стимулов («неясный» симптом).
- Этот список, безусловно, не полон и включает лишь наиболее часто встречающиеся и демонстративные феномены.

6.8. Позитивный смысл болезни

Необычность названия данного параграфа имеет свое обоснование: любой медицинский работник неоднократно сталкивался с особым классом больных, извлекающих из своей болезни своеобразную выгоду. «Возможность подобного феномена заключается в том, что болезнь характеризуется не только психосоматическим страданием. Заболевание формирует особую органическую систему "индивид—общество". В ней создается особый психосоматический функциональный орган болезни, специфическая, часто более благоприятная для индивида система межличностных отношений» (Тищенко, 19875, с. 185). Больному ребенку или старику уделяется больше внимания в семье, больной человек пользуется особым, предпочтительным правовым и экономическим статусом в обществе. В медицинской среде даже ходит несколько циничная шутка: «Туберкулезный больной плачет в жизни два раза: первый — когда его ставят на учет, а второй — когда снимают с него». Экзистенциалистски ориентированные исследователи подчеркивают в болезни момент оправдания: психическая болезнь снимает обвинения в неуспешности адаптации, а физическая может стать средством избавления от унижительного состояния более слабого, более низкого в социальном положении, средством добиться интереса и сочувствия у других людей (Delay, 1961). В обществах европейского типа болезнь дает легальную возможность отказа от индивидуальной ответственности за неудачи, возможность сохранения высокой самооценки, несмотря на отсутствие ее адекватного подтверждения. Особенно часты случаи приобретения болезнью позитивного смысла в тоталитарных обществах, где болезнь позволяет морально оправдать эскейпистские тенденции ухода в своеобразную «экологическую нишу».

У хронически больных достаточно часто возникают рентные установки, позволяющие им извлекать из своего состояния определенные преимущества: пенсию, внимание, уход, особое отношение, конкретные материальные льготы, оправданное «бегство от свободы», узаконенную возможность регрессии. У лиц, склонных к озабоченности по поводу своего здоровья или со сформировавшимися стереотипами «бегства в болезнь», заболевания имеют очевидный позитивный смысл (хотя и не всегда осознанный).

Это явление настолько типичное, что вошло в Американскую классификацию психических расстройств DSM-IV в виде трех пунктов, позволяющих дифференцировать функциональные алги-ческие расстройства от органических (Stuart et al., 1986):

1) существование временной связи между психологической проблемой и развитием или ухудшением болезненного синдрома;

2) боль дает возможность пациенту избежать нежелательной деятельности;

3) боль дает пациенту право достичь определенной социальной поддержки, которая не может быть достигнута другим способом.

Среди больных раком желудка мы достаточно часто наблюдали реализацию этой тенденции. В 8 % случаев (выборка 250 человек) пациенты приспосабливаются к своей роли «тяжелого больного», извлекая из своего состояния выгоды или разного рода льготы, требуя особого отношения к себе и манипулируя своими близкими. Такие случаи «рентных установок» или «условной желательности болезни» очень опасны, плохо корректируются и требуют своевременной профилактики. В противном случае мы сталкиваемся с «немотивированными больными», не усваивающими и не принимающими конечную цель реабилитационной программы — социальную адаптацию, а требующими бесконечного повторения стационарного восстановительного лечения (*Тхостов, Лактионова, 1990*).

Позитивный смысл, в основном, имеет именно болезнь, а не ее конкретная симптоматика, и больные обычно ограничиваются усвоением мифа болезни, тогда как система телесных значений остается мало проработанной и непропорционально неразвитой. Модели болезни усваиваются из опыта, книг, наблюдений за окружающими, при этом выбор часто определяется эстетическими критериями: выбираются не смертельные, но достаточно тяжелые болезни, требующие ухода за больным, но не мешающие ему получать удовольствие от жизни, болезни, имеющие романтический ореол, и крайне редко — неэстетические болезни, нарушающие возможные контакты и симпатии к больному (*Herzlich, Pierret, 1984*). Поскольку в первую очередь усваивается миф болезни, то конкретные симптомы часто не подтверждают его. Так, у истерических больных парезы и болевые синдромы соответствуют их представлениям об устройстве организма, не совпадая с анатомическими зонами иннервации и практически никогда не затрагивая тазовых функций (видимо, ввиду их неэстетичности).

Исторический патоморфоз истерии демонстрирует излюбленные мифы болезни, доминировавшие в разные эпохи: демонические концепции — в древнем мире и средневековье, имитация романтических болезней, таких как туберкулез, обмороки и лихорадки — в конце XVII — начале XIX в., болезни сердца — в наше время (*Якубик, 1982*). Очень богатую феноменологию позитивного смысла болезни можно найти в исследованиях по истерии (*Там же*). Позитивный смысл могут приобретать даже болезни, имевшие вначале отчетливо преградный смысл, как например рак, правда, после того, как непосредственная опасность миновала.

Приведем клиническое наблюдение такого случая.

Больная А.Н.Д., 47 лет. Диагноз: рак яичников, состояние после надвлагалищной ампутации матки с придатками, химиотерапии.

Больна более 10 лет. Все это время находилась на инвалидности 1 группы, что ее очень устраивало. Занимает особое положение в семье, требует постоянной заботы и ухода за собой, полностью избавлена от домашней работы. Часто посещает друзей, театры, курорты, считая, что ей нужны «положительные эмоции». Около 1/2 года назад во время очередного обследования при пересмотре группы инвалидности состояние больной резко ухудшилось. Больная считает, что у нее опухоль средостения (при одном из обследований было заподозрено накопление изотопов), отмечает затрудненное дыхание, невозможность пользоваться общественным транспортом, боли внизу живота. «Массажист сказал, что прощупал у нее опухоль» позвоночника. К беседе с психологом относится очень настороженно, подозрительно, считая, что ее осматривают, чтобы «снять инвалидность» и отказать в лечении. Объективно: практически здорова.

Больные с позитивным смыслом болезни составляют основную категорию так называемых «трудных больных» и единственный эффективный в этом случае способ коррекции — лишение болезни приносимых ею «вторичных выгод», либо длительная психотерапевтическая работа по демонстрации больному «упущенных из-за болезни возможностей».

6.9. Конфликтный смысл болезни

Конфликтный смысл болезнь приобретает тогда, когда она способствует достижению одних мотивов и препятствует достижению других.

Конфликтный смысл может реализоваться в простом случае требования ограничения активности в целях сохранения здоровья, что противоречит необходимости реализации других мотивов, связанных с достижениями. При этом в зависимости от побудительной силы конфликтующих мотивов результатом будет либо игнорирование болезни, либо отказ от честолюбивых планов, либо постоянные колебания между ними.

Однако значительно чаще конфликтный смысл болезнь приобретает, включаясь в более широкие смысловые образования. Это связано с тем, что болезнь — не изолированный феномен.

Специфическая ситуация тяжелой соматической болезни актуализирует у больных мотив сохранения жизни, который становится главным побудительным мотивом их деятельности. Значимыми кажутся только события, связанные с сохранением жизни. Ак-

тивность, целеустремленность, установка на самореализацию и достижения в ситуации тяжелого, опасного заболевания теряют свой смысл. Необходимыми и осмысленными представляются лишь формы деятельности, направленные на лечение и связанные с потребностями физического существования. Центральным психологическим механизмом личностных изменений в этих случаях становится «сдвиг цели на мотив», лишаящий многие мотивы их собственной побудительной и смыслообразующей функции и делая целями в сохранении жизни (Тхостов, 1980).

Все ощущения, связанные с терапевтическим процессом, приобретают новый оттенок; легко переносятся самые тяжелые медицинские процедуры, больные стремятся ускорить лечение, сколь бы оно ни было физически тяжелым и травматичным, если, по их мнению, оно способно избавить их от заболевания. Таковы же страдания голодающих при «очищениях от шлаков» и последователей различных диет. С другой стороны, отвергается и тяжело переносится все, что противоречит этому мотиву: активные действия, физические нагрузки, общение и пр. Аутизация, замкнутость, отчужденность, эмоциональное обеднение больных тяжелыми соматическими заболеваниями в значительной степени обусловлены сужением круга актуальных мотивов. Доминирование ведущего мотива сохранения жизни придает особую специфику всей психической жизни больного, переструктурирует систему ценностей, все мироощущение. Как отмечают сами больные, «все стало другим», «теперь я по-другому ко всему отношусь».

В исследованиях, проведенных нами совместно с Д.А. Степанович и Н.Г. Кошуг, было экспериментально показано изменение структурной организации самооценки онкологических больных, связанное со сменой реально действующих мотивов. Актуальные, ретроспективные и проспективные самооценки больных по 32 параметрам подвергались факторному анализу. Предполагалось, что, несмотря на разнообразие качеств, по которым человек может себя оценить, существует конечное число переменных, находящихся в иерархическом подчинении в зависимости от того, какую личностную значимость имеет то или иное оцениваемое качество и каким образом оно включено в актуальные потребности. В эксперименте принимало участие 100 больных раком молочной железы, 50 больных раком желудка и 100 здоровых испытуемых, служивших контрольной группой. Мотив сохранения жизни, став главным побудительным и смыслообразующим мотивом в деятельности онкологических больных, выдвигает на первый план в иерархическом построении самооценки фактор «здоровья и социального благополучия» на место фактора «активности», обеспечивающего

максимальный вклад в общую дисперсию самооценки здоровых испытуемых. Энергетические качества, занимающие доминирующее место в структуре самооценки здоровых испытуемых и тесно связанные с эффективностью самореализации, успешностью трудовой деятельности и социальной адаптации, у онкологических больных определяются в первую очередь самочувствием или здоровьем. Структура самооценки больных менее дифференцирована, чем самооценка здоровых испытуемых, выделенные факторы являются более обобщенными, глобальными, со значимо большим вкладом в общую дисперсию. Шкалы, входящие в их состав, в большей степени взаимозависимы и сцеплены со шкалами самочувствия и здоровья. Фактор здоровья становится у онкологических больных ведущей компонентой самооценки, его семантическое поле значительно расширяется, включая в себя качества, образующие у здоровых испытуемых самостоятельные и независимые оценки. Эти изменения не являются локальными, в такой же степени искажается ретроспективная самооценка и в еще большей — проспективная. Конфликтный смысл болезни разрешается перестройкой иерархии мотивов, изменением ценностных ориентации (в частности, изменением системы самооценки), которые сохраняют только внешнее сходство с аналогичными структурами у здоровых испытуемых (*Тхостов, Степанович, 1987; Коцуг, 1990*).

В каждом конкретном случае результат разрешения конфликта между мотивом сохранения жизни и другими мотивами связан с характеристиками смысловых образований: их стабильностью, развитостью, включенностью в более высокие общекультурные ценностные системы, особенностями менталитета, типом отношения к жизни. Чем богаче, сформированнее и стабильнее смысловые образования, тем с меньшей вероятностью конфликтный смысл болезни будет приводить к сужению круга жизнедеятельности (*Николаева, 1987*). Феномен «сдвига цели на мотив» или полное переподчинение деятельности мотиву сохранения жизни может реализоваться лишь при их недоразвитии, в иных случаях это носит транзиторный, ситуационный характер и устойчивые смысловые образования способны впоследствии вновь обогатить мотивационную сферу больного.

Очень интересное исследование смысловой регуляции деятельности при ипохондрических состояниях провела И.А. Сапарова (1989). В качестве основных типов смысловых образований она использовала выделенные М.М. Бахтиным (1986) категории эстетического и этически-волевого отношения к жизни. По мнению автора, один из психологических механизмов возникновения и стабилизации ипохондрических состояний — это отсутствие ценно-

стно-смыслового уровня саморегуляции или его дисгармоничное развитие. В качестве рекомендации автор советует в психокоррекционной работе восстанавливать у больных процессы смыслотворчества и смыслостроительства и не допускать превращения своего здоровья в единственное ценностное образование.

Возможность реабилитации больных с «ипохондрическим разрешением конфликта» связана с использованием сохранных мотивационных звеньев. Следует отметить, что чем более опосредствованным является центральный мотив сохранения жизни, чем более развиты общечеловеческие смысловые образования, тем перспективнее реабилитационный прогноз и шире поле для психотерапевтической деятельности.

При построении реабилитационной программы совершенно бесполезно призывать больного к «активной деятельности», если активность по его мнению противоречит «сохранению жизни и сбережению сил». Перед больным следует ставить конкретные цели, понятным образом связанные с доминирующим мотивом «сохранения жизни». Рекомендации активного образа жизни, необходимости трудовой деятельности должны не противоречить сохранению здоровья, а даже быть с ним связанными, субъективно оправданными. Очень полезными в этом случае оказываются разнообразные формы терапии, организующие досуг пациентов, отвлекающие от ипохондрических переживаний и дающие необходимую психофизиологическую нагрузку. Кроме своей прямой цели — активизации физических возможностей организма и тренировки функциональных систем, они служат хорошей базой для общения, выполняя тем самым психотерапевтические функции.

6.10. Смысловые образования

Идея о том, что конфликтный смысл болезни разрешается не в прямой борьбе мотивов, а в контексте устойчивых смысловых образований, позволяет понять культурное, религиозное, конфессиональное и этническое разнообразие переживания болезни и отношения к ней.

Так, отмеченное различие в степени свободы выражения болезненного состояния в европейской и восточной культурах, на наш взгляд, связано с различным эстетическим и этическим восприятием болезни. Европейцы с большей свободой демонстрируют свои болезни, чем, например, китайцы или индейцы, считающие, что болеть (или проявлять болезнь) не совсем прилично (Zborowski, 1952).

Культура стоицизма, мужественности, требующая от человека умения не замечая переносить трудности, отражается в различиях

восприятия одного и того же симптома: ирландцы жалуются только тогда, когда боль становится непереносимой, тогда как жители Средиземноморья склонны аффективно переживать самые незначительные недомогания. Тепловое излучение, которое жителями бассейна Средиземного моря (итальянцами, евреями) воспринимается как болевое раздражение, люди североευропейского происхождения отмечают как просто тепло (*Hardy, Wolf, Goodell, 1952*). Среди восточных народов болезненные ощущения несравнимо хуже переносятся женщинами (которым такая слабость позволительна), чем мужчинами, тогда как среди европейцев половые различия не столь выражены, а иногда и перевернуты.

Смысловые отношения помогают понять, почему протестанты озабочены более всего возможным ограничением трудоспособности, тогда как исповедующие классический католицизм сосредоточены на переживании болезни как таковой и редко думают о последствиях: реформатская церковь в отличие от католицизма приписывает труду особую моральную ценность.

Весьма интересным было бы сопоставление смысла болезни при разных типах ментальноеTM, основанных на различных системах ценностей, ожиданий, ориентации на конечное или бесконечное существование человека, атрибуцию ответственности и пр., — но эта задача требует объединенных усилий многих специалистов. Приведем для иллюстрации лишь один пример, заимствованный у С.С. Аверинцева, о различии ветхозаветного и античного восприятия телесности: «Ветхозаветное восприятие человека несколько не менее телесно, чем греческое, но только для него тело — это не осанка, а боль, не жест — а трепет, не объемная пластика мускулов — а уязвимость "потаённых недр": это тело не созерцаемо извне, но восчувствовано изнутри и его образ складывается не из впечатлений глаза, а из вибрации утробы — образ страждущего и терзающего тела, в котором, однако, живет такая кровная, чревная, сердечная теплота интимности, которая чужда статуарно выставляющему себя на показ телу эллинского атлета» (*Аверинцев, 1973, с. 160*). Не претендуя на полную расшифровку этого феномена, отметим, что два этих типа телесности соответствуют не только двум различным способам ее объективации, рождающим «внутреннее» и «внешнее» тело, но и разным типам осмысления болезненных проявлений. Если в античной культуре болезнь — это кара, насылаемая извне и мешающая нормальному гедонистическому существованию (тело, объективированное болезнью, — «не нормальное» тело), то ветхозаветное восприятие рассматривало страдание как благо, а болезнь — как вину человека, плату за греховность и одновременно возможность иску-

пить свой грех через болезнь (тогда тело, объективированное болезнью, и есть «истинное» тело).

Постараемся кратко суммировать наши рассуждения.

Итак, интрацептивное ощущение в структуре внутренней картины болезни, пройдя означение и обретя свое субъективное существование в категориях модальности и пространстве тела, через мифологизацию становится симптомом и получает смысл в контексте жизни. Смысл болезни есть жизненное значение для субъекта обстоятельств болезни в отношении к мотивам его деятельности. Это становится возможным потому, что болезнь несет человеку не только болезненные ощущения, но и затрагивает основы его биологического и социального бытия, через смысл болезнь открывается всей сфере человеческого существования.

По качеству отношения к основным мотивам человеческой деятельности можно выделить 3 основных смысла болезни: «преград-ный», «позитивный» и «конфликтный». По форме своего существования смысл выражает себя через значения разного уровня (от мифа до эмоциональных значений) путем выбора или отвержения, ограничения или расширения семантического поля значения и его оформления.

Проблема смыслового опосредствования телесности и интрацепции в контексте внутренней картины болезни очень сложна и многообразна и мы постарались лишь наметить некоторые пути для дальнейших исследований.

Хотя большинством болезней управляют биологические события, становясь содержанием сознания, они превращаются в объекты иного рода, приобретая свое субъективное существование в категориях психического. Не говоря уже о том, что часть болезней рождается именно в категориях психического и существует в смыслах, мифах, языке, биологическое лечение не сможет полностью решить проблему лечения, если оно не сможет быть также транспонировано в субъективное. Вопрос о том, что истинно, реально, лишен смысла. Да, реальна биология болезни, но психология болезни реальна не менее ее. Для того чтобы этого не видеть, необходимо не желать открывать глаза.

Биологический подход к лечению не может заменить психологического, как, впрочем, и наоборот.

7.1. Цели и задачи исследования

Изучение феноменов телесности наиболее разумно начать с анализа субъективной интрацептивной семантики — той категориальной сети, в ячейках которой они получают свое субъективное существование. Поскольку, как мы уже отмечали, интрацепция — дело сугубо «внутреннее», следует найти удобную процедуру ее косвенного анализа. Наиболее простой и очевидный способ — это составление словаря интрацептивных ощущений. Его объем, содержание, возрастные и половые различия, изменения в условиях различной патологии могли бы помочь пониманию специфических расстройств телесного восприятия. Семантический подход — довольно удобный инструмент анализа порождения и развития интрацептивных ощущений через исследование категориальной системы их фиксации. Выбор такого метода связан с тем, что центральным психологическим механизмом нарушений интрацептивного восприятия является изменение субъективной семантики, искажение интрацептивных значений и обобщений. Конечно, вербальный словарь не может исчерпывающе описать всю область интрацептивных значений, многие из которых близки к «криптотипам» и плохо вербализуются. Тем не менее, эти трудности вполне преодолимы.

¹ Экспериментальное исследование проводилось совместно с О.Е. Ефремовой, Т.С. Бузиной, СП. Елшанским.

Часть 2. Экспериментальные исследования

Во-первых, анализ вербализуемой части такого словаря мог бы помочь выявить некоторые принципиальные закономерности. Исследовать *весь словарь* совершенно необязательно, вполне достаточно, если интересующие нас механизмы можно будет продемонстрировать на какой-то его части. Вербализуемый словарь подходит для этих целей, так как именно на его основе формулируются жалобы, и именно им, как системой усвоенных субъектом культурных эталонов, соотнесенных с нормативом, опосредствуются главные характеристики модальности, локализации и интенсивности телесных ощущений.

Во-вторых, моделируя различные действия с этим словарем, можно попытаться выявить особые индивидуальные оттенки смыслов и значений, которые также могли бы помочь в понимании нарушений телесного восприятия.

И, наконец, третий момент: через вербальный словарь можно попытаться построить собственно субъективный. Идея состоит в том, что «наблюдения в условиях "свободных инструкций" могут помочь выявить устройство субъективной картины мира (картины мира для субъекта), отражающей в себе его (субъекта) личностно-манипулятивные особенности» {Артемова, 1980, с. 3). Если бы при этом актуализировались устойчивые сгустки свойств, это означало бы существование механизмов, закономерно «упаковывающих» опыт общения субъекта с миром в некоторые специальные структуры. Сходство или различие структур интрацептивного словаря также могло бы объяснить особенности субъективного переживания интрацептивных ощущений.

Психосемантический метод дает также очень удобный инструмент для квантифицированной оценки различных вариантов нарушения способности к вербализации внутреннего опыта. При этом в отличие от классических методов, основанных на самооценке, он не предъявляет высоких требований к рефлексивным способностям испытуемых, поскольку сам негативный результат и составляет объект оценки.

Сформулируем предположения в виде *гипотез*:

1. Форма субъективного переживания интрацептивных ощущений, степень их развитости и богатства зависят от субъективного опыта, усвоенности и дифференцированности систем интрацептивных значений.
2. Существует ограниченное количество устойчивых способов структурирования интрацептивных ощущений, сводящее многообразие используемых признаков к конечному числу семантико-перцептивных инвариантов.
3. Особенности субъективного переживания интрацептивных ощущений и нарушения интрацептивного восприятия связаны с

особенностями интрацептивных систем значений и изменением способов структурирования интрацептивного опыта.

Для достижения *цели* — исследования субъективной семантики интрацептивного восприятия в норме и патологии и проверки выдвинутых гипотез были поставлены следующие *задачи*:

1. Изучение формирования интрацептивного словаря и его структуры у здоровых испытуемых.
2. Сравнительное изучение субъективной семантики интрацептивного восприятия при ипохондрических синдромах различного генеза, токсикомании, у больных реальными соматическими заболеваниями и у здоровых испытуемых.

7.2. Метод исследования

В работе использовалась модификация психосемантической методики «Классификация ощущений» (Тхостов, Ефремова, 1989; Ефремова, Тхостов, 1990). В ее основе лежит принцип классификаций или сортировок, предложенный Г. Миллером.

Различные модификации этого метода очень распространены в психосемантике и в настоящее время относятся к наиболее адекватным методам структурного исследования системной организации значений {Артёмьева, 1980, 1986; Артёмьева, Стрелков, Серкин, 1983; Петренко, 1983, 1988; Шмелев, 1983; Шмелев, Похилько, Козловская-Тельнова, 1988}.

Близкий метод был предложен Г.А. Ариной и И.А. Виноградовой для дифференцировки болевых ощущений функционального и рганического происхождения (Арина, Виноградова, 1989).

Стимульный материал методики создавался следующим образом, начала из частотного словаря русского языка было отобрано 1360 слов, которые могли, в принципе, описывать интрацептивные, телесные ощущения. Затем этот набор предъявлялся группе экспертов из 25 профессиональных психологов два раза с различными инструкциями:

1. «Отберите слова, которые, на Ваш взгляд, подходят для описания интрацептивных ощущений».
2. «Отберите слова, которые, на Ваш взгляд, подходят для описания экстрацептивных ощущений».

В результате этих оценок² была отобрана часть слов с тем, чтобы основные закономерности можно было проследить на меньшем

² Выбор профессиональных психологов в качестве экспертов был связан с необходимостью оценки стимульного материала людьми с развитой способностью к самоотчету, так как нас интересовали именно субъективные оценки; эти эксперты были предпочтительней экспертов-врачей, отличающихся «жесткостью» отбора объективных симптомов.

Часть 2. Экспериментальные исследования

наборе стимульных признаков. В окончательный набор вошли слова, высокочастотные при описании только интрацептивных ощущений, и слова, используемые с равной вероятностью в обоих случаях. По возможности были учтены все варианты модальностей, интенсивности, оценки, основные части речи и пр.

Окончательный стимульный материал методики содержал 80 слов-определений, каждое из которых предъявлялось испытуемым на отдельной карточке под определенным номером.

Методика включала 7 заданий, предъявлявшихся в следующей последовательности:

I. «Отберите слова, которые, по Вашему мнению, подходят для описания интрацептивных ощущений (при необходимости пояснялось, что речь идет о внутренних, телесных ощущениях)»;

II. «Из выбранных Вами слов оставьте те, которые описывают знакомые Вам по собственному опыту ощущения»;

III. «Объедините "знакомые" ощущения в группы так, чтобы в каждой группе оказались похожие, сходные по качеству»;

IV. «Из "знакомых" Вам ощущений выберите "болезненные"»;

V. «Из "болезненных" выберите "опасные", "угрожающие здоровью"»;

VI. «Из "болезненных" выберите "важные, значимые"».

VII. «Из "болезненных" выберите те, что Вы часто испытываете».

(В дальнейшем при описании результатов нумерация заданий будет сохранена.)

Очень важными были I и II инструкции, которые, помимо собственного значения, играли роль предварительных сортировок по отношению к заданию III — свободной классификации интрацептивных признаков. Их выполнение позволяло исключить формальный подход и при классификации испытуемый оперировал уже не просто «знаемыми» признаками, а признаками, реально используемыми им в жизни.

Для обработки результатов методики был разработан специальный алгоритм, включающий частотный, корреляционный и общий вариационный анализ результатов I, II, IV, V, VI, VII заданий и TAXON-анализ результатов свободной классификации³.

TAXON-анализу подвергались нормированные матрицы сходства, построенные после отбора наиболее частотных признаков-слов.

Преимущества TAXON-анализа перед другими методами многомерного шкалирования обусловлены, в первую очередь, отсутствием

³ Автор благодарит доктора физико-математических наук, заведующую лабораторией медицинской кибернетики ОН1Д РАМН Т.Г. Глазкову за помощь в математической обработке данных.

требования нормальности распределения результатов и простотой их интерпретации. Он лишен многих неразрешимых методологических трудностей более привычного для психологов факторного анализа, связанных с выбором ортогональных осей и идентификацией факторов. Идея TAXON-анализа заключается в построении в евклидовом пространстве признаков-измерений покрывающего дерева минимальной размерности. Получающаяся в результате дендрограмма выделенных таксонов строится путем последовательного разрыва наиболее «эффективно» длинных дуг покрывающего дерева, т.е. признаки, попавшие в один таксон, обладают большим сходством между собой, чем с признаками, попавшими в другие таксоны. Теоретически, такое разбиение может быть проведено до отделения каждого измерения, но уровень его осмысленности зависит от возможностей содержательной интерпретации получающихся групп и порядка различия разрываемых дуг исходного покрывающего дерева. Введение пороговой границы (35 %) позволяет выделить устойчивую часть словаря, а нормирование уравнивает веса слов, вошедших в него.

7.3. Характеристика **испытуемых**

Исследование проводилось на двух группах больных с ипохондрическим синдромом в рамках вялотекущей (неврозоподобной) шизофрении (шизотипическое расстройство по МКБ-10, F21) и соматоформного расстройства (F45), двух группах больных тяжелыми соматическими заболеваниями: инфарктом миокарда и раком желудка и группе здоровых испытуемых. (В дальнейшем на рисунках и диаграммах эти группы будут соответствовать следующим номерам: 1 — здоровые испытуемые, 2 — больные вялотекущей шизофренией (шизотипическим расстройством), 3 — больные сома-тоформным расстройством, 4 — больные инфарктом миокарда, 8 — больные раком желудка.) В таблице 2 приведены демографические показатели всех групп испытуемых.

Клиническая характеристика больных вялотекущей шизофренией (шизотипическим расстройством). Обследовано 50 больных вялотекущей (неврозоподобной) шизофренией. Длительность заболевания от 0,5 года до 7 лет. (Средняя продолжительность заболевания 2,6 года.) Больные обследовались на базе клиники Научного центра психического здоровья РАМН. Для исследования отбирались только те больные, у которых, по данным истории болезни, ипохондрические расстройства доминировали в клинической картине синдрома и отсутствие объективной почвы для соматических жалоб было

подтверждено всесторонним клиническим обследованием. Несмотря на отсутствие реального заболевания, больные предъявляли многочисленные полиморфные жалобы на соматическое состояние, неприятные интрацептивные ощущения, носившие иногда отчетливо сенестопатический характер. Диагноз шизофрении устанавливался психиатром на основании динамического наблюдения.

Клиническая характеристика больных соматоформным расстройством. Обследовано 50 больных соматоформным расстройством. Длительность заболевания от 0,5 года до 6 лет. (Средняя продолжительность заболевания 1,9 года.) Больные обследовались на базе отделения восстановительного лечения МСЧ № 21 Калининского района г. Москвы и клиники Научного центра психического здоровья РАМН. Также как и при обследовании больных шизофренией, отбирались больные, предъявлявшие многочисленные жалобы на соматическое неблагополучие, не подтвержденное клиническим обследованием. Диагноз соматоформного расстройства устанавливался психиатром.

Выбор подобных групп обосновывался тем, что в симптоматике этих заболеваний значительное место занимают жалобы на различные интрацептивные ощущения, не имеющие под собой реальных физических оснований. Хотя в клинической психиатрии можно найти большое число очень тонких и подробных дифференциально-диагностических признаков, позволяющих отделить их от реальных соматических заболеваний, до сих пор единственным бесспорным основанием для квалификации их как «ипохондрических» служит невозможность обнаружения при инструментальном обследовании реальной органной патологии. Различение же ипохондрических расстройств по их нозологической принадлежности, вообще, относится к числу наиболее сложных в психиатрии. Если внимательно прочитать соответствующие разделы в учебниках и монографиях, то нельзя не отметить необычайного сходства в описаниях этих синдромов и чисто интуитивных, вкусовых предпочтений выбора тех или иных дифференциально-диагностических критериев при отсутствии принципов последовательного формализованного анализа. До настоящего времени основными критериями их различения остаются интуиция психиатра и длительное динамическое наблюдение.

В качестве *групп сравнения* исследовались больные с тяжелыми соматическими заболеваниями: инфарктом миокарда и раком желудка.

Клиническая характеристика больных инфарктом миокарда. Обследовано 27 больных инфарктом миокарда. В эту группу вошли больные после недавно перенесенного инфаркта миокарда (1,5—2,5 месяца). Обследование проводилось на базе отделения восстанови-

Глава 7. Исследование субъективной семантики 163

тельного лечения МСЧ № 21 Калининского района г. Москвы. В эту экспериментальную группу отбирались больные, не предъявлявшие ранее жалоб «на сердце» и не имевшие в анамнезе каких-либо тяжелых операций и заболеваний. Часто эти больные до инфаркта вообще не имели амбулаторной карты в поликлинике, т.е. инфаркт развился у них на фоне «практического здоровья».

Клиническая характеристика больных раком желудка. Обследовано 40 больных раком желудка. Длительность заболевания от 0,5 года до 12 лет. (Средняя продолжительность заболевания — 2,4 года.) Больные обследовались на базе клиники Онкологического научного центра РАМН. В группу вошли больные, у которых после оперативного лечения рака желудка отмечались постгастрорезекцион-ные расстройства различной степени выраженности. Прежде всего это демпинг-синдром, сопровождавшийся болями и дискомфортными ощущениями в эпигастральной области, повышенной утомляемостью, тахикардией, потливостью, усиливавшимися после приема пищи.

Таблица 2

Группа	Кол-во обследуемых	Пол		Возраст			Образование		Всего
		м	ж	<20 >38	20-24	25-38	высш. средн.		
Здоровые исп.	Абс.	99	131	70 48	64 48		143	87	230
	%	43	67	30 21	28 21		62	38	100
Больн. шизоф.	Абс.	20	30	3 27	7	13	39	11	50
	%	40	60	6 54	14	26	78	22	100
Больн. соматоф. расстр.	Абс.	28	22	4 22	6	18	40	10	50
	%	56	44	8 44	12	36	80	20	100
Больн. инф. м.	Абс.	22	5	9	18		17	10	27
	%	81	9	-	-	33 67	63	17	100
Больн. рак жел.	Абс.	24	16	- 32		8	26	14	40
	%	60	40	- 80		20	65	36	100

Выбор именно этих *групп сравнения* связан с очень большой распространенностью жалоб «на сердце» и «на желудок» при ипохондрических расстройствах: «инфаркт» и «рак» — наиболее частые диагнозы, которые ставят сами себе ипохондрические больные.

Перед началом эксперимента все больные проходили полное патопсихологическое обследование, с ними проводилась подробная клиническая беседа с целью уточнения диагноза, выявления всех болезненных жалоб, оценки больным длительности его болезни и ее возможных причин.

В качестве *контрольной группы* в эксперименте принимали участие 230 здоровых испытуемых. Основным критерием отбора в контрольную группу было отсутствие в анамнезе испытуемых тяжелых заболеваний и операций, а также хронических заболеваний в стадии обострения.

7.4. Сравнительный анализ объемов словарей интрацептивных ощущений

В результате проведения эксперимента были составлены последовательные частотные словари: I — «общий словарь интрацептивных ощущений», II — «знакомых по собственному опыту», IV — «болезненных», V — «угрожающих», VI — «важных», VII — «часто испытываемых» (нумерация дана в соответствии с нумерацией заданий). Подтвержденная по критерию Чебышева нормальность распределения объема словарей допускает в дальнейшем для их сравнения использовать параметрические критерии {Корн, Корн, 1968}.

На рисунке 3 представлена диаграмма средних объемов индивидуальных интрацептивных словарей. Как можно видеть, у здоровых испытуемых самым обширным является «общий» словарь, несколько меньше его «знакомый» (различия статистически не значимы), значительно меньше знакомого ($p < 0,05$) словарь болезненных ощущений, объемы «опасного», «важного» и «часто испытываемого» примерно одинаковы и, в свою очередь, значительно меньше «болезненного» словаря.

У больных шизотипическим расстройством объем «общего» словаря самый меньший, а близкий к нему объем «знакомых» ощущений незначительно больше, чем в норме и у больных соматоформным расстройством, и немного уступает объему словаря больных реальными соматическими заболеваниями. Словарь болезненных ощущений почти вдвое ($p < 0,05$) больше, чем в норме и равен аналогичному у больных соматоформным расстройством и раком желудка. В этой группе довольно интересно нигде более не встречаемое соотношение «угрожающего», «важного» и «часто испытываемого» сло-

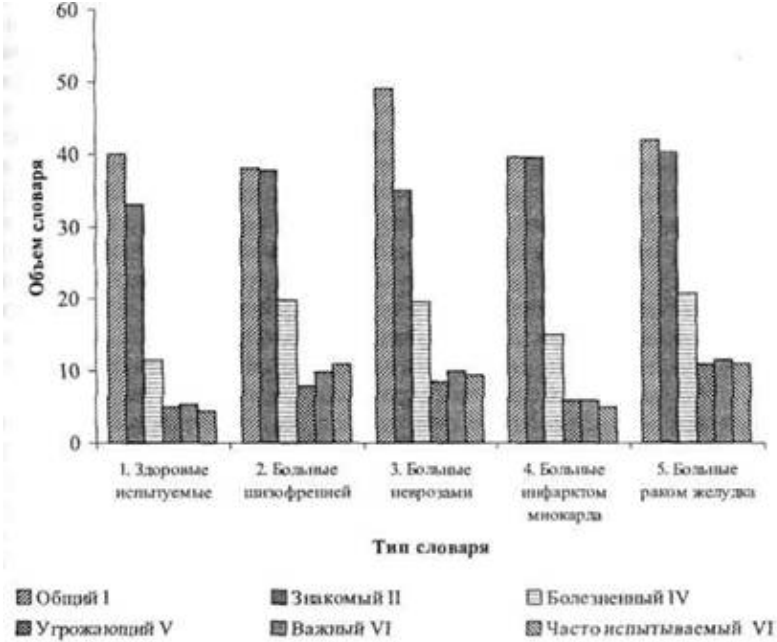


Рис. 3. Средний объем индивидуальных интрацептивных словарей варей, каждый из которых больше предыдущего. Если в остальных группах эти словари практически перекрываются, то у больных шизофренией принципы сортировки в меньшей степени связаны между собой. Значимо больше ($p<0,05$), чем в остальных группах объем общего словаря у больных соматоформным расстройством. Это группа больных наиболее, если можно так выразиться, «вербально одарена» и обладает наилучшей способностью вербализовать свои телесные ощущения. Эта же группа демонстрирует наибольший разрыв между «общим» и «знакомым» словарем. Последний практически не отличается от такого же словаря здоровых испытуемых. Объем словаря болезненных ощущений сравним с аналогичным у больных ши-зотипическим расстройством и раком желудка. Довольно примечательно распределение объемов словарей разного типа у больных инфарктом миокарда. В эту группу вошли больные с серьезным заболеванием, но небольшим опытом болез-

ни. Самым интересным моментом является практически полная идентичность «общего» и «знакомого» словарей. Это может свидетельствовать об исключительной ориентации в ситуации острого заболевания на реально существующие ощущения (одновременное увеличение числа «испытываемых» и меньшее внимание к «знакомым» соматическим ощущениям). Объем же «болезненных», «опасных», «важных», «часто испытываемых» ощущений незначимо увеличивается и не достигает объемов аналогичных словарей в других группах больных. Это свидетельствует о необходимости определенных временных условий для формирования и расширения этих систем значений, и о том, что на первых порах больные пользуются уже имеющимися у них категориями для описания вновь возникших телесных сенсаций. Первое по времени, что происходит с этими больными, — это увеличение реально испытываемых ощущений в рамках «общего» словаря. При увеличении опыта болезни реализуется тенденция, хорошо иллюстрирующаяся диаграммой распределения объемов словарей у больных раком желудка. Эти больные с длительным опытом соматического заболевания и хроническим неблагополучием обладают наибольшими словарями всех типов (за исключением «общего» словаря, где больные соматоформным расстройством недотягивают). У больных сохраняется ярко проявившаяся у предыдущей группы тенденция уменьшения различий между «знаемыми» и реально испытываемыми ощущениями.

Итак, подводя промежуточные итоги, можно констатировать, что даже по самому приблизительному и грубому критерию — объему словаря — между выбранными для исследования группами имеются значимые различия. Наиболее информативным и интересным следует считать завышенный объем общего словаря, увеличенную диссоциацию между «общим» и «знакомым» словарем у больных соматоформным расстройством; относительно малый объем «общего» словаря у больных шизотипическим расстройством и уменьшенную диссоциацию «общего» и «знакомого» словарей у больных шизотипическим расстройством и реальными соматическими заболеваниями.

7.5. Частотный анализ словарей интрацептивных ощущений

Однако, количественные показатели объемов словарей не могут заменить качественного анализа их содержания. Просматривая словари интрацептивных ощущений здоровых испытуемых, можно отметить интересный феномен: в него наряду с конкретными модаль-

ными телесными ощущениями — «тяжесть», «боль», «тошнота»; ощущениями тонуса — «слабость», «усталость», вошли как метафорические определения типа «страдание», «блаженствовать», так и совершенно очевидные психические состояния — «влечение», «покой», «тоска», «отчаяние», «возбуждение», «тревога», «предчувствие» и пр. При этом последние с большей вероятностью включаются в этот словарь, чем конкретные и локализованные «ломота», «зуд», «жжение» и пр. Это прямо подтверждает ранее высказанное теоретическое предположение о том, что объективация телесности проходит не по границе психического и соматического, а по границе управляемости — автономности. Эмоциональные, психические состояния, объективировавшись, став «я-для-себя», расцениваются наравне с объективированным телом, как телесные, составляя, собственно, их костяк. Относя их к телесным, испытуемые хорошо отличают их от конкретно локализованных интрацептивных ощущений, но тем не менее выносят вовне сознания, и, не найдя иного места, размещают в границах тела как одновременно и принадлежащего «Я» и им не являющегося. Противопоставляясь «J7», «ис-пытываюсь» им как некая упругая реальность, объективированные психические состояния в этом качестве ничем не отличаются от «истинных» интрацептивных. При этом таких «квазителесных» ощущений у здоровых людей намного больше, чем органных и буквально интрацептивных, связанных, в основном, с конкретными проявлениями болезни (чаще всего простудной).

В норме уменьшение «знакомого» словаря по сравнению с «общим» происходит за счет сокращения конкретных физических симптомов болезненных состояний: «лихорадка», «удушье», «жжение», «зуд», «пронзать», не распространенных в опыте здорового человека. Большой объем «общего» словаря по сравнению со «знакомым» говорит об ориентации здоровых испытуемых при построении интрацептивных словарей на усвоенный общественный опыт и о возможности его отделения от собственного.

Уменьшение «болезненного» словаря по сравнению со «знакомым» связано с исключением из него приятных ощущений («покой», «приятный», «блаженствовать»), признаков отрицательных эмоциональных состояний («отчаяние», «страдание», «подавленность»), мучительных ощущений («терзающий», «изнуряющий»), ощущений общего тонуса («вялый», «напряжение», «усталость») и вкусовых ощущений («горький», «вкусный»). В «болезненном» словаре здоровых испытуемых остаются лишь конкретные физические симптомы («слабость», «дрожь», «жар», «ломота»), которые описывают наиболее распространенный опыт простудных заболеваний. «Угрожающий», «важный» и «часто испытываемый» словари край-

не малы и составляют несколько устойчивых слов. Все это свидетельствует о неразработанности словаря болезненных ощущений в норме и испытуемые при их характеристике опираются на знакомые состояния и культурные штампы.

Содержание интрацептивных словарей больных вялотекущей шизофренией (шизотипическим расстройством), на первый взгляд, не очень отличается от словарей здоровых испытуемых. Незначительное уменьшение словаря «болезненных» и «часто испытываемых» ощущений по сравнению с «общим» и «знакомым» словарями у больных шизофренией связано с тем, что в нем остаются практически все отрицательные («грусть», «тоска», «тревога») и мучительные («страдание», «невозмогу», «мучительно») эмоциональные состояния и ощущения тонуса («вялый», «усталость», «напряжение»), которые здоровые испытуемые не относят к болезненным.

Сравнивая попарно словари интрацептивных ощущений и частоты выбора каждого признака у больных шизотипическим расстройством и у здоровых испытуемых, можно видеть, что для характеристики интрацептивных ощущений в целом и описания знакомых ощущений больные шизотипическим расстройством значимо чаще используют признаки отрицательных эмоциональных состояний, тогда как такие определения как «удовольствие», «легкость», «блаженствовать» чаще встречаются в словарях здоровых испытуемых⁴.

Болезненными больные шизотипическим расстройством значимо чаще ($p < 0,05$) называют отчетливо экстрацептивные признаки («мокрый», «стук», «мерцание», «громко»), мучительные ощущения («терзающий», «невозмогу», «изнуряющий»), отрицательные эмоциональные состояния («тревога», «подавленность», «тоска», «отчаяние»), ощущения тонуса («усталость», «вялый»), некоторые конкретные симптомы («давление», «тяжесть», «биение»). Одновременно, некоторые знакомые здоровым людям по субъективному опыту болезненные состояния (например: «голод», «отравление») больные используют значимо реже. Последние, как правило, не называются «важными», «угрожающими» и «часто испытываемыми».

К «угрожающим», «важным» и «часто испытываемым» ощущениям больные шизотипическим расстройством чаще относят отрицательные эмоциональные состояния («подавленность», «тревога»), ощущения тонуса («усталость», «вялость», «возбуждение»), конкретные обыденные симптомы («биение», «тяжесть»). При описании наиболее важных ощущений больные также значимо чаще исполь-

⁴ Это хорошо коррелирует с «агедонизмом» больных шизофренией, отмеченным уже многими исследователями (Поляков, Курек, 1985; Поляков, Ку-рек, Гараян, 1986; Назаренко, 1990).

зуют экстрацептивные характеристики («вспышка», «мерцание», «темный»), а при описании часто испытываемых ощущений — мучительные признаки («невозмогу», «изнуряющий», «мучительно»).

Характеризуя словари интрацептивных ощущений, очень важно заметить, что больные шизотипическим расстройством часто используют некоторые слова не в общепринятом значении, что, возможно, становится одним из факторов, на семантическом уровне определяющем появление так называемых «латентных» признаков — характеристике, пронизывающей всю познавательную деятельность этих больных (Поляков, 1974). Так, например, слово «сжиматься» здоровые испытуемые употребляют для описания сердечных ощущений, больные же — в смысле «весь сжался от напряжения, боли», слово «вспышка» — наоборот, с легкостью используется для описания ощущений в голове, глазах, а также для характеристики раздражительности («нервная вспышка»). При доступности процессов метафоризации больные шизотипическим расстройством не обращаются к метафоре, тогда как для здоровых испытуемых это единственная возможность отнесения признака к интрацептивному. Например, слово «всплеск» здоровые испытуемые используют только в смысле «всплеск эмоций», больные же — для характеристики процессов, происходящих в «больных органах» (например, «всплеск» = «бурлению в желудке»), или описания своих необычных ощущений («как всплеск какой-то внутри»). И еще один пример: больные очень «не любят» слова «бесчувствие», с трудом могут его осмыслить: «Как нет чувств? Чувства есть всегда», — и отбрасывают карточку в сторону. Таким образом, у больных шизотипическим расстройством, с одной стороны, происходит своеобразное возвращение к буквальному смыслу слова, его родовому корню, а с другой — наблюдается легкость метафоризации по формальным признакам.

У больных соматоформным расстройством «общий» словарь внешне также похож на словарь здоровых испытуемых, но значительно превышает его по объему за счет более частого употребления метафор. Расширение «болезненного» словаря у больных объясняется тем, что в нем остаются ощущения тонуса, отрицательные эмоциональные состояния. Увеличение «важного» словаря происходит за счет привлечения в него ощущений общего недомогания, простуды («жар», «знобить», «плохо»), а «часто испытываемого» словаря — за счет сохранения в нем ощущений тонуса и тревоги.

При выборе «общих» и «знакомых» ощущений больные соматоформным расстройством значительно чаще используют отрицательные эмоциональные состояния («грусть», «подавленность»), ощущения тонуса («слабость», «вялый»), ощущения в области сердца

(«заныть», «сжиматься», «пронзать»). К «болезненным», «угрожающим», «значимым», «часто испытываемым» они значимо чаще относят отрицательные эмоциональные состояния («подавленность», «тревога»), сердечные ощущения («заныть», «сжиматься», «учащаться»), признаки мучительных состояний («невозмогу», «изнуряющий»), ощущения тонуса («вялый», «напряжение»), заурядные телесные ощущения («тяжесть», «онемение», «дрожь»).

Сопоставим различия словарей у больных с ипохондрическими синдромами в рамках соматоформного и шизотипического расстройств. В «общий» словарь интрацептивных, телесных ощущений больные соматоформным расстройством значимо чаще включают признаки положительных эмоциональных состояний («приятный», «влечение», «удовольствие», «блаженствовать»), отрицательных физических («отравление») и отдельные симптомы («тошнота», «боль»), а больные шизотипическим — экстрацептивные признаки («вспышка», «громко»), а также признаки, которые ни в норме, ни у больных неврозом к болезненным практически никогда не относятся («возбуждение», «грусть»). Присутствие подобных «нетрадиционных» слов отличает и словари «угрожающих», «важных» и «часто испытываемых» ощущений больных шизотипическим расстройством. По-видимому, здесь мы также имеем дело с расширением (или искажением) семантического пространства интрацептивных признаков, характерным для интрацептивной семантики больных шизотипическим расстройством.

Интересным фактом можно считать то, что при построении «важного» и «часто испытываемого» словарей больные шизотипическим расстройством значимо чаще больных соматоформным расстройством обращаются к слову «депрессия». Это, возможно, связано с тем, что данный признак — собирательное понятие для обозначения «особенных» мучительных ощущений, характерных именно для этой группы больных.

Качественный анализ словарей больных инфарктом миокарда показывает, что увеличение «знакомых» ощущений связано с более активным употреблением конкретных симптомов, относящихся к перенесенному инфаркту. В то же время эти больные реже, чем здоровые испытуемые используют для описания признаки, являющиеся предельными оценками физического («истощение») или психического («бесчувствие», «опустошение», «отчаяние») состояний, что определяет уменьшение объема «общего» словаря. Эти закономерности подтверждаются сравнительным анализом частотности использования признаков при построении словарей.

У онкологических больных расширение всех типов словарей связано с активным использованием многочисленных конкретных

симптомов, непосредственно относящихся к желудку («жжение», «ожог», «боль», «заныть») и сопутствующих заболеванию ощущений общего тонуса («слабость», «вялый»), температурных и локальных ощущений («ломота», «знобить»), ощущений сердца («биение», «учащаться»).

При сравнении словарей ипохондрических больных и больных реальными соматическими заболеваниями видно, что возрастание объемов «часто испытываемых» словарей у ипохондрических больных вызвано более активным употреблением описаний отрицательных эмоциональных состояний («тревога», «подавленность», «депрессия») и ощущений тонуса («слабость», «напряжение», «усталость»). Кроме того, для больных шизотипическим и соматоформ-ным расстройствами характерно значимо более редкое употребление конкретных физических симптомов («ожог», «жжение», «биение») при более частом использовании признаков отрицательных эмоциональных состояний (в словарях всех типов). Словари больных с ипохондрическими синдромами более метафоричны, «психологизированы», а соматических больных — более реальны и конкретны (даже экстрацептивные признаки, встречающиеся в интрацептив-ных словарях больных раком желудка, носят вполне конкретный характер: «мокрый от пота», «мерцание в глазах» пр.).

Интерес представляет степень внутригрупповой согласованности выборов, характеризующая их однородность и соответствие стереотипному употреблению. На рисунке 4 представлена диаграмма распределения объемов наиболее частотной части словаря — количества слов, использованных более чем 65 % испытуемых.

У здоровых испытуемых согласованность «общего» словаря значимо выше, чем согласованность реально испытанных ощущений.

Наименьшую внутригрупповую когерентность «общего» словаря демонстрируют больные шизотипическим расстройством, что можно рассматривать как результат «размывания» общественно выработанных, устойчивых конструктов и использования латентных нестабильных признаков. Показательно, что этот симптом проявляется в первую очередь именно в «общем» словаре, предполагающем ориентацию не только на собственный опыт, более или менее конкретный, а на культурные стереотипы. Наибольшая же однородность (при максимальном объеме) «общего» словаря, свидетельствующая о хорошей усвоенности нормативов, отмечается у больных сомато-формным расстройством. Соматические же больные демонстрируют согласованность именно «испытанных» ощущений, обеспеченную однородностью и богатством интрацептивного опыта, расширяющегося у онкологических больных вплоть до болевых ощущений.

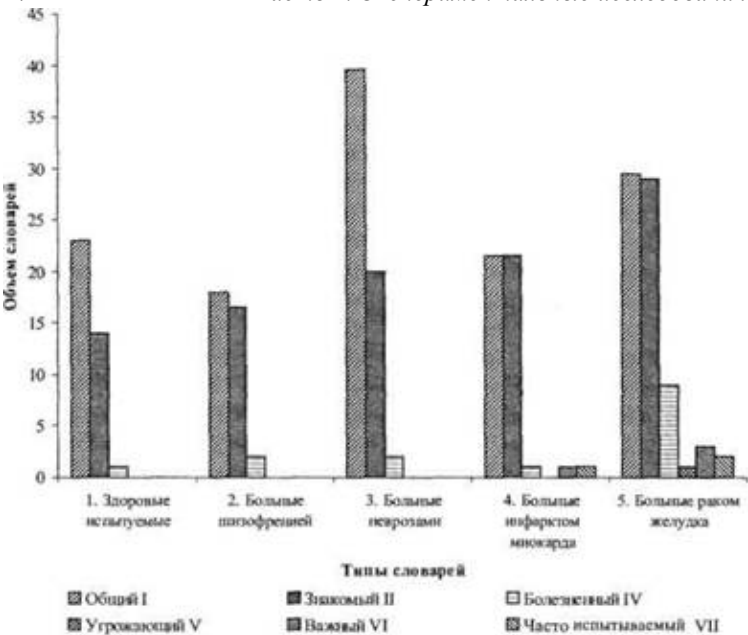


Рис. 4. Объем наиболее частотной части интрацептивного словаря (65 %)

В динамике объема и согласованности интрацептивных словарей можно уловить две тенденции. Первая связана с развитием или изменением интрацепции за счет усвоения (или распада) культурного языкового опыта, а вторая — с обогащением категоризации за счет расширения собственного интрацептивного опыта. Первую тенденцию реализуют больные с ипохондрическими синдромами, вторую — соматические больные.

Отступление от культурных стереотипов и усложнение индивидуального опыта имеют сходные внешние проявления: уменьшение внутригрупповой согласованности и выравнивание объемов «общего» и «знакомого» словарей. Эта тенденция усиливается с увеличением опыта болезни⁵ и проявляется, в частности, в динамике тако-

⁵ Поскольку реальную длительность заболевания не всегда возможно установить точно, были избраны жесткие формальные критерии: для больных ши-зотипным и соматоформным расстройством — критерий первичной или

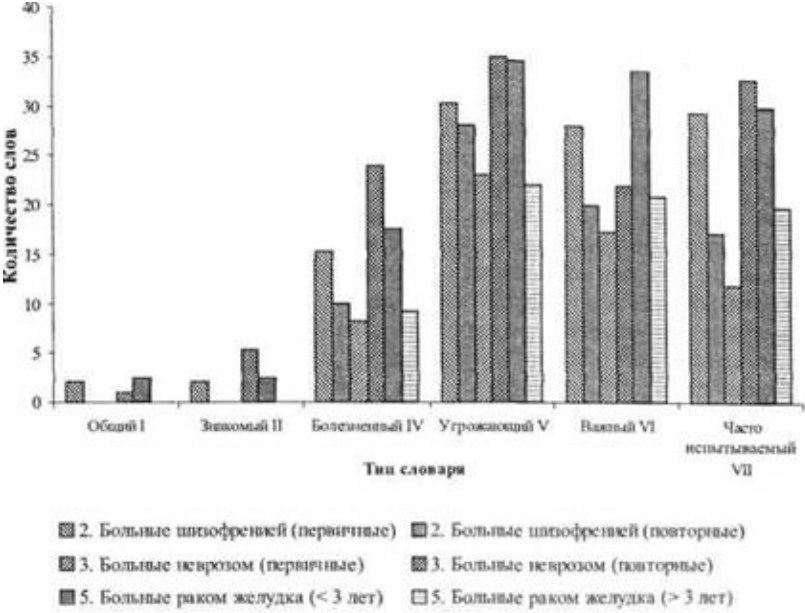


Рис. 5. Динамика количества «исключенных» признаков у больных с различным опытом болезни

го показателя стереотипности, как количество слов, ни разу не использованных испытуемыми в своих сортировках.

На рисунке 5 можно видеть отчетливое падение согласованности сортировок и словарей всех типов (особенно начиная с «болезненного») у больных шизотипическим расстройством и раком желудка и увеличение конкордантности словарей больных сомато-формным расстройством. Последние демонстрируют хоровую вербальную одаренность и легкость усвоения стереотипных медицинских формулировок, замещающих в их интрацептивных словарях разнообразие живого языка и богатство индивидуального опыта.

повторной (повторных) госпитализации, а для онкологических больных — срок, прошедший с момента операции (более или менее трех лет). Понимая известную условность такого деления, можно, тем не менее, предполагать, что в отличие от других, не менее спорных, оно хотя бы легко верифицируемо.

7.6. Структурный анализ интрацептивных словарей

Хотя объем и содержание интрацептивных словарей достаточно информативны и сами по себе, они не позволяют судить о базовых принципах категоризации, используемых испытуемыми. Одно и то же определение может иметь различные семантические оттенки и использоваться в различных смыслах. Кроме того, маловероятно, что человек пользуется неограниченным количеством способов упорядочивания своего опыта. Скорее всего, число таких координат конечно. Это предположение подтверждается огромным числом работ по психосемантике экстрацепции, и нет никаких оснований не предполагать возможности выделения конечного количества координат в интрацептивной семантике (*Osgood et al.*, 1957; *Леонтьев А.А.*, 1969; *Артемова*, 1980; *Петренко*, 1983; *Шмелев*, 1983).

Для решения задачи выделения таких инвариант проводился специальный эксперимент по «свободной» классификации ощущений, позволяющий уловить наиболее интересный момент — принятие испытуемым индивидуальной стратегии встречного структурирования воспринимаемой стимуляции. После отбора «знакомых» интрацептивных ощущений испытуемому предлагалось в условиях «глухой» инструкции объединить выбранные слова-признаки по сходству: «что к чему подходит», «объединить похожие ощущения» (III инструкция). После нормирования матрицы сходства строилось таксонное дерево.

Рассмотрим структуру таксонного дерева интрацептивных ощущений у здоровых испытуемых (рис. 6). Первичным разбиением на уровне 2-го слоя словарь делится на две приблизительно равные группы. В первую группу входят конкретные телесно определенные ощущения, а во вторую — метафорические и скорее психические, интрацептивно переживаемые эмоциональные состояния, чем собственно телесные. Второе деление таксонного дерева происходит именно в этой группе «психических состояний», распадающихся на две группы: приятных и неприятных. В группу неприятных (большую по объему) входят метафорические, эмоционально-оценочные определения общего состояния. Группа неприятных ощущений сохраняется до 7-го слоя, где делится на собственно неприятные, тревожные и очень неприятные, мучительные. Из блока соматических ощущений на уровне 4-го слоя выделяется группа, включающая в себя ощущения, которые можно охарактеризовать как ощущения в

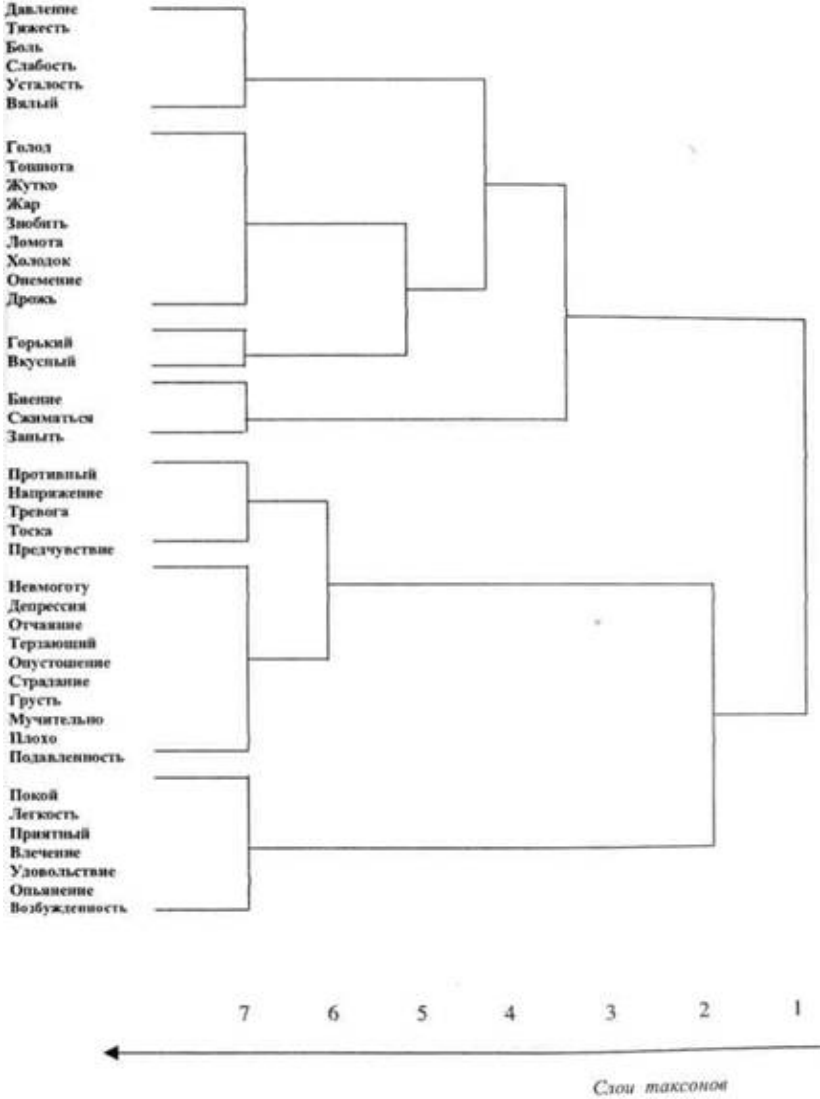
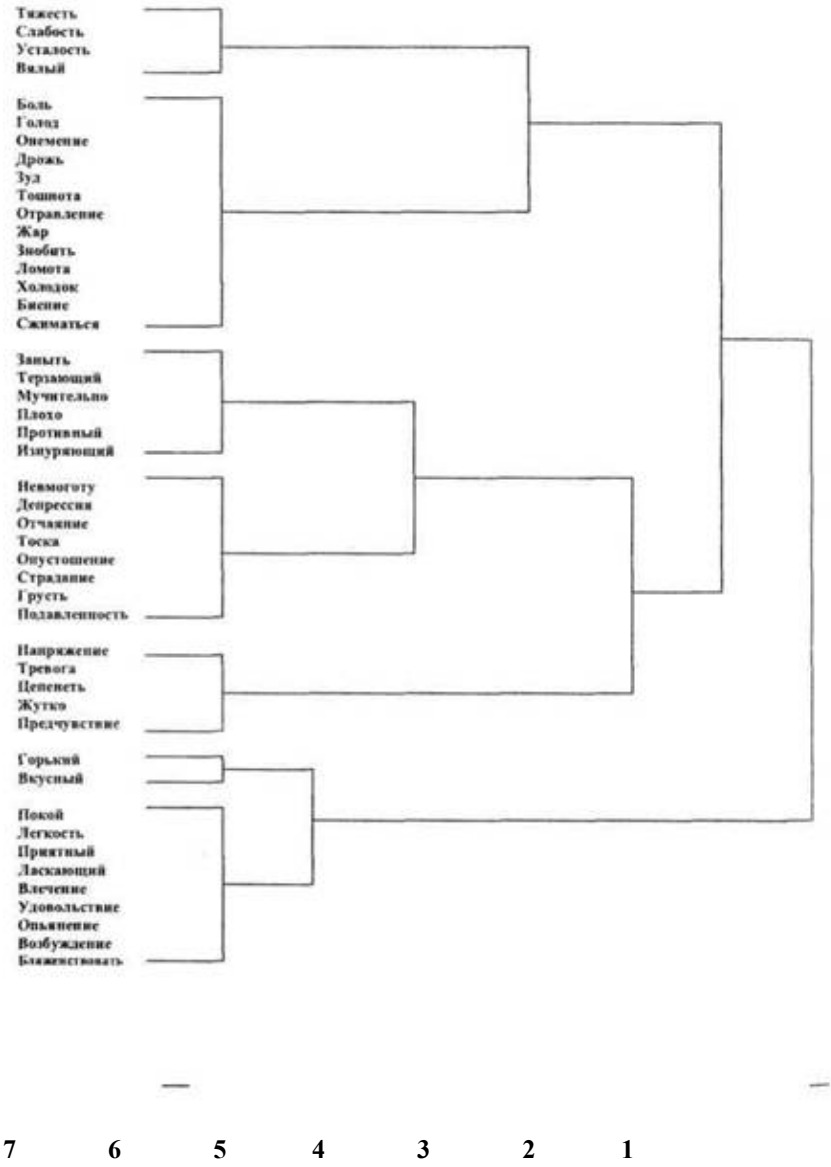


Рис. 6. TAXON-анализ результатов свободной классификации (группа здоровых испытуемых)



Слои таксонов

Рис. 7. TAXON-анализ результатов свободной классификации (подгруппа здоровых испытуемых 15—19 лет)

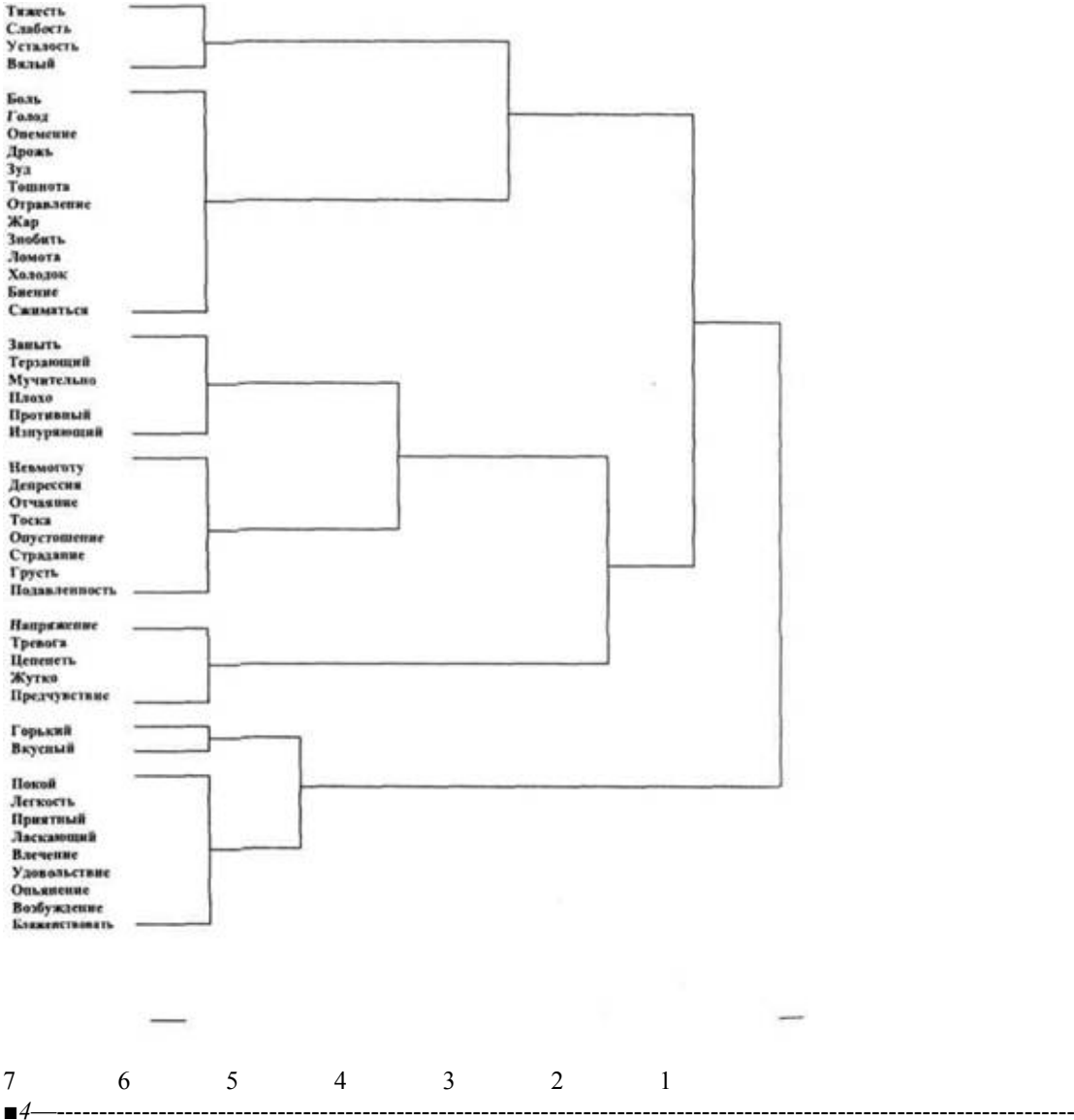
области сердца: «биение», «сжиматься», «заныть». Оставшаяся группа распадается на ощущения общего тонуса («давление», «тяжесть», «боль», «слабость», «усталость», «вялый») и группу, из которой впоследствии выделяются вкусовые ощущения и ощущения, связанные с повышением температуры или отравлением («тошнота», «жар», «знобить», «холодок», «дрожь»). Структура соматических ощущений логична и вполне понятна. Собственно интрацептивные ощущения недостаточно объективируются и плохо рефлексированы здоровыми испытуемыми, они содержат наиболее знакомые, часто используемые категории: вкусовые определения, общий тонус, повышение температуры и отравление. Выделение кардиальных ощущений может быть объяснено тем, что это наиболее широко известные формы болезненных ощущений, и сердце, наряду с желудочно-кишечным трактом, — самый «освоенный» орган.

Основным разделительным критерием для душевных, эмоциональных состояний является знак эмоции: положительный или отрицательный, в то время как для физических телесных состояний — это отнесенность к отдельным органам, частям тела, анализаторам, выступающая в качестве основного критерия сходства-различия. Ощущения в области головы, сердца, живота, конечностей и вкусовые являются в нашей культуре наиболее освоенными и имеют отдельные словари.

Словарь отрицательных эмоциональных состояний значительно богаче словаря положительных: они образуют кластер, почти вдвое больший, чем положительные. Имеются различия и в качественном составе этих словарей: в словаре отрицательных состояний большую нагрузку несут метафоры («опустошение», «терзающий») наряду с отглагольными существительными; в словаре же положительных состояний представлены, в основном, существительные-определения («покой», «легкость», «удовольствие»). Распределение нагрузки при построении интрацептивного словаря в пользу описаний эмоциональных состояний, малая дифференцированность отдельных органов и частей тела, а также использование обобщенных категорий и многочисленных экстрацептивных определений говорит об отсутствии собственно интрацептивного словаря у здоровых испытуемых.

Тезис о неуправляемости, «непрозрачности» как основном принципе объективации телесности подтверждается возрастной динамикой интрацептивных словарей. У группы наиболее молодых испытуемых (15—19 лет) самыми первыми выделяются ощущения, связанные со вкусом (здесь естественная объективация очевидна) и эротическим возбуждением (рис. 7). Это, по-видимому,

Часть 2. Экспериментальные исследования



Слой таксонов

Рис. 8. TAXON-анализ результатов свободной классификации (подгруппа здоровых испытуемых 35—50 лет)

один из первых рефлекслируемых паттернов устойчивого интрацептивного опыта (превращения тела из прозрачного зонда в объект). Собственно интрацептивные ощущения, сгруппированные вокруг тонуса и недифференцированного «недомогания» (отравление, простуда) крайне немногочисленны. Основу словаря составляют отрицательные эмоциональные, тревожные и депрессивные состояния. Даже такие соматизированные ощущения, как «занять» и «изнуряющий», понимаются как психические состояния, входя с ними в один таксон. В старшем возрасте (35—50 лет) соматические ощущения дифференцируются значительно лучше (рис. 8). Выделяются паттерны ощущений в сердце, желудочно-кишечном тракте, температуры, слабости. В семантической структуре большую роль начинает играть болезненный опыт: например, опущения тонуса связаны уже не просто с усталостью, а с болезненными симптомами. Многие определения, содержащиеся в словаре, меняют свои характеристики: ощущение опьянения переходит из разряда приятных в группу неприятных, возбуждение теряет свою сексуальную окраску, приобретая тревожный характер, а место «эротической» объективации занимает «алкогольная». Влияние субъективного опыта на семантическую организацию интрацептивных ощущений заключается в том, что с возрастом уменьшается значение эмоционально-оценочных категорий, увеличивается количество конкретных физических признаков, уровень объективированности телесности, возникают конструируемые, отражающие опыт болезненных состояний, создавая предпосылки развития интрацепции в норме.

Результаты TAXON-анализа интрацептивных ощущений у больных становятся более понятными с учетом стратегии, которой они придерживались. Самым главным принципом было выделение группы связанных с болезнью ощущений, в которую входило максимальное количество отобранных для работы признаков. При этом обычные способы классификации: по модальности, локализации, эмоциональному тону и пр. — не всегда выдерживались. Болезнь и связанные с ней ощущения становились центром классификации.

Рассмотрим семантическую структуру интрацептивных значений у больных шизотипическим расстройством (рис. 9). Первоначально все интрацептивные признаки делятся на две основные структуры: «моя болезнь» (6 и 7-й таксоны) и «все остальное» (таксоны с 1-го по 5-й), причем в структуру «моя болезнь» входят лишь признаки неприятных душевных состояний, тогда как физические ощущения остаются вне ее. Далее, во втором слое, все

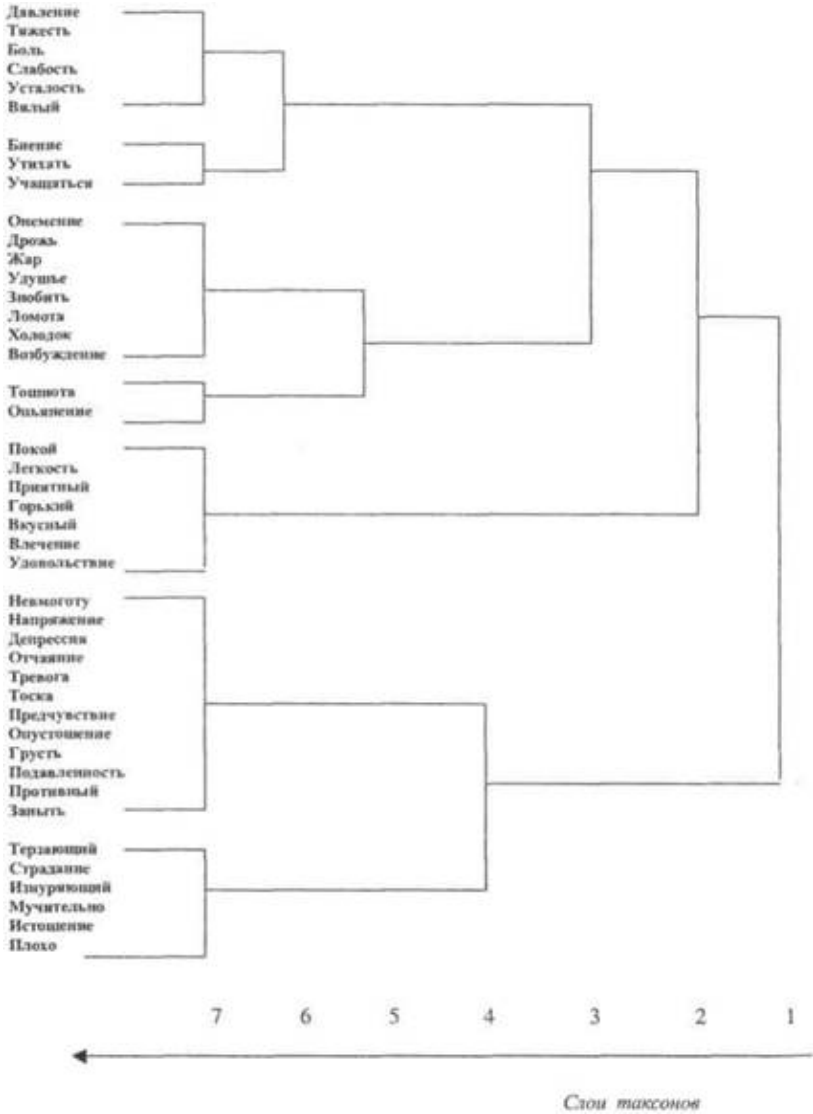


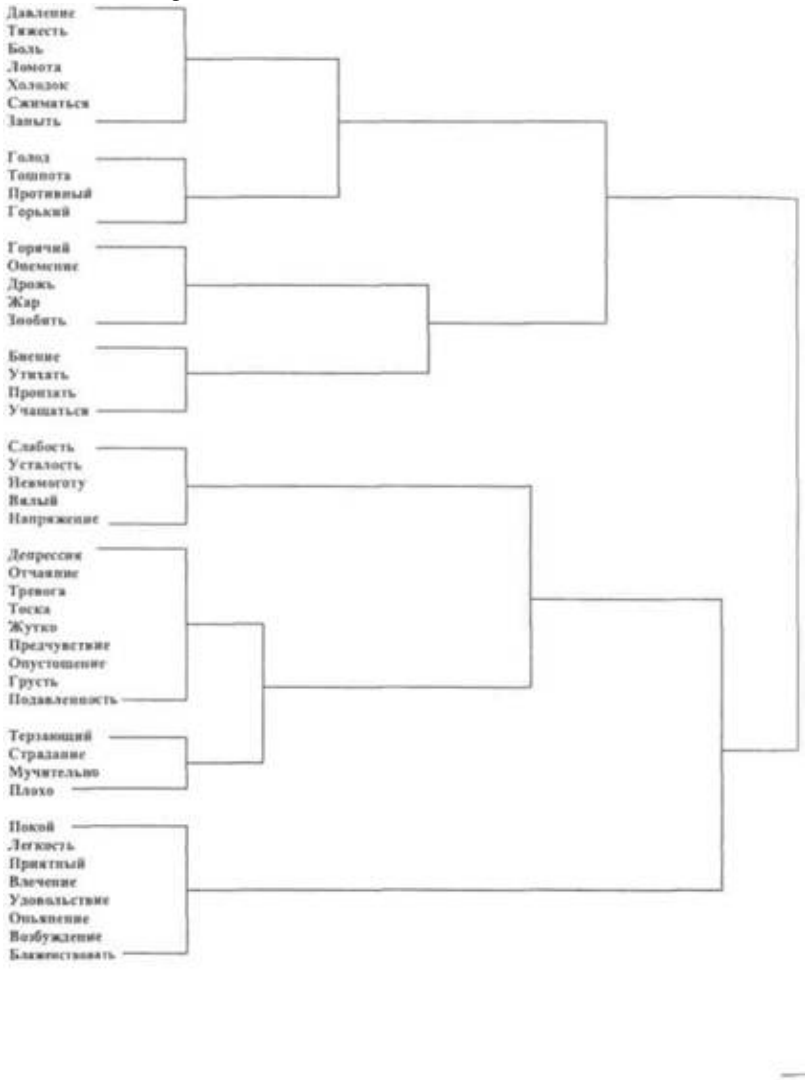
Рис. 9. TAXON-анализ результатов свободной классификации (группа больных шизотипическим расстройством)

признаки, не относящиеся к категории «моя болезнь», разделяются на приятные (7-й таксон) и локализованные болезненные физические ощущения, похожие на аналогичные группы у здоровых испытуемых («тонус», «сердце», «общее недомогание», «опьянение-отравление»). Приятные же ощущения немногочисленны и недифференцированы (в один блок входят «вкус», «тонус» и эротические переживания). Наиболее интересным феноменом является то, что у больных шизотипическим расстройством при обилии жалоб на соматические недомогания реальные словари телесных ощущений сформированы даже хуже, чем у здоровых испытуемых. Словарь ощущений в области сердца, например, первым отделяющийся от других физических ощущений, у больных данной группы довольно долго слит с ощущениями в голове и ощущениями тонуса. Это хорошо объясняет неясность, расплывчатость, плохую локализованность соматических ощущений при ипохондрических синдромах у больных шизофренией (Ротштейн, 1961; Смуглевич, 1987).

Зато у больных шизотипическим расстройством при первом же разбиении таксонного дерева образуется обширный класс объективированных неприятных психических состояний, составляющий содержание их телесного опыта, и очень рано выделяется (на уровне 4-го слоя) кластер особо мучительных ощущений. Эти феномены позволяют понять особый характер сенестопатических интрацептивных ощущений у больных шизофренией, отмеченный еще Э.Дюпре (Dupre, 1925): трудности вербального описания телесного опыта и особый оттенок соматических ощущений — не просто болезненность, а мучительный характер. Трудности описания связаны с тем, что сам «соматический» словарь плохо разработан, а то, что, собственно, больной переживает и должен описать, составляет особый класс телесных ощущений: не конкретно-локализованных, органных, а объективированных психических переживаний, которым трудно подобрать адекватный «соматический» язык. Представленность же в жалобах «мучительности» переживаемых ощущений отражает существование развитого и хорошо усвоенного конструкта.

Теперь обратимся к анализу семантической структуры интрацептивных значений у больных соматоформным расстройством. Результаты TAXON-анализа (рис. 10) показывают, что у этих больных имеется две базовых структуры интрацептивных ощущений: одна из них объединяет физические ощущения (таксоны с 1-го по 4-й), а другая — душевные состояния (таксоны с 5-го по 8-й). Дифференциация обеих структур выражена одинаково. Физические ощущения делятся (см. последний 8-й слой таксонов) на ощущения «головы» (1-й таксон), вкусовые (2-й таксон), общего недомога-

Часть 2. Экспериментальные исследования



А-----

Слой таксонов

Рис. 10. TAXON-анализ результатов свободной классификации (группа больных с соматоформным расстройством)

ния, температурные (3-й таксон) и сердца (4-й таксон). Душевные состояния — на ощущения тонуса (6-й таксон), отрицательные эмоциональные (6-й таксон), мучительные ощущения (7-й таксон) и положительные эмоциональные состояния (8-й таксон). При этом признаки, входящие в состав 5, 6, и 7-го таксонов, составляют блок ощущений «моя болезнь».

Сопоставим эти результаты с результатами TAXON-анализа свободной классификации у здоровых испытуемых. У больных соматоформным расстройством основная дихотомия и базовые категории при описании интрацептивного опыта такие же, как в норме. Но, в отличие от здоровых испытуемых, больные соматоформными расстройствами относят ощущения тонуса к душевным состояниям. Такая «психологизация» тонуса адекватно отражает жалобы этих больных и показывает, что ощущения общего физического дискомфорта у них прочно связываются в сознании с душевным состоянием и в каком-то смысле служат его выражением. В известной мере этот ход обратен соматизации эмоциональных переживаний: ощущение тонуса утрачивает свой конкретно-телесный физический смысл, ассоциируясь с психическим состоянием. Это, по-видимому, столь же патогномично для больных неврозом, как раннее выделение конструкта «мучительности» для больных шизофренией.

Дифференциация физических ощущений у сравниваемых групп, в основном, совпадает, но у больных соматоформными расстройствами лучше разработан словарь ощущений «головы», он изначально отделен от ощущений тонуса (последние больными соматоформными расстройствами не относятся к физическим ощущениям). При хорошей сформированности и освоенности словаря ощущений «головы», отражающего наиболее частотную симптоматику, у данной группы больных он не входит в структуру «моя болезнь». Это, на мой взгляд, говорит об отношении больных к своему заболеванию как к душевному страданию, а не как к конкретной болезни с локализацией в голове. Особенностью «сердечного» словаря у больных соматоформными расстройствами является тесная связь с ощущениями общего недомогания, отражающая его большую размытость и неструктурированность по сравнению с нормой. Как и у здоровых испытуемых, блок «мучительных» ощущений у них играет вспомогательную роль при описании отрицательных эмоциональных состояний.

Если сравнивать семантические структуры больных с ипохондрическими синдромами между собой, то можно отметить, что у больных соматоформными расстройствами (неврозом в старом понимании) в отличие от больных шизотипическими расстройствами

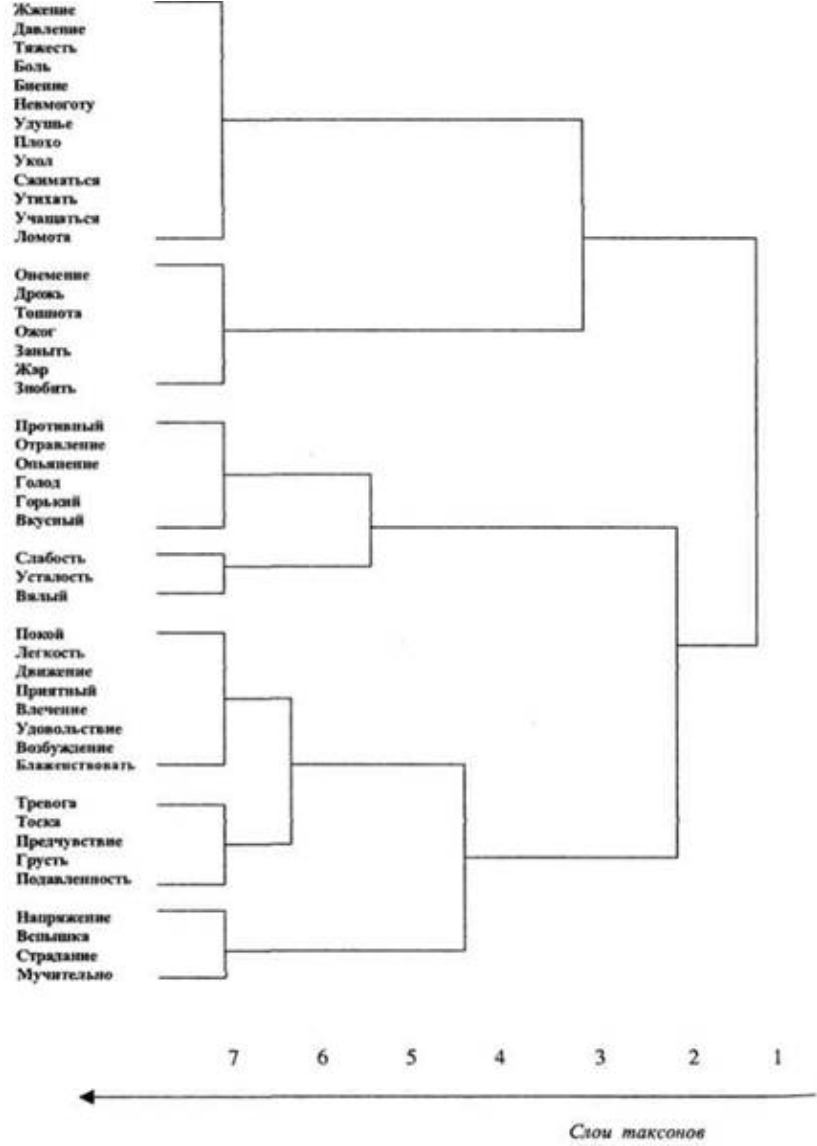


Рис. 11. TAXON-анализ результатов свободной классификации (группа больных, перенесших инфаркт миокарда)

(неврозоподобной шизофренией) семантическая структура интра-цептивных словарей более сохранна (близка к норме): не изменена ведущая дихотомия и базовые категории при описании интрацептивных ощущений, разделение по шкале «положительные-отрицательные» касается признаков душевных состояний (у больных шизофренией вообще нет такой шкалы, имеется шкала «приятные-неприятные», но она касается физических ощущений).

При этом, у больных неврозом, также как и у больных шизофренией, выделяется блок ощущений «моя болезнь», ведущую роль в котором играют признаки отрицательных эмоциональных состояний. Но, в отличие от больных шизофренией, эта категория не является базовой и в нее наряду с отрицательными и мучительными признаками входят ощущения тонуса. Важно подчеркнуть, что в обеих группах ипохондрических больных собственное заболевание описывается преимущественно с помощью категорий объективированных эмоциональных состояний (хотя это редко осознается самими больными).

Блок мучительных ощущений у больных шизофренией имеет гораздо большее значение при описании болезненных ощущений, чем у больных неврозом и здоровых испытуемых, при том, что структура этих ощущений более однородна и лучше разработана.

И у больных шизотипическими и соматоформными расстройствами «сердечные» ощущения структурно хуже организованы, чем в норме (у больных шизотипическими расстройствами наблюдается самая худшая дифференциация этих ощущений среди всех сравниваемых групп).

У больных шизотипическими расстройствами они тесно связаны с ощущениями «головы» и «общего тонуса» (отделяются от них лишь в 7-м слое таксонов), а у больных соматоформными расстройствами, у которых ощущения «тонуса» и «головы» составляют отдельные хорошо разработанные словари, «сердечные» ощущения связаны с ощущениями «общего недомогания» (отделяются от них лишь в 5-м слое таксонов). Плохая диф-ференцированность «сердечного» словаря у больных с ипохондрическими синдромами, по-видимому, отражает, с одной стороны, размытость и неопределенность жалоб этих больных, а с другой — специфику кардиальных расстройств при ипохондрии, выражающуюся в сочетании конкретных симптомов с иными ощущениями, не имеющими никакого отношения к сердцу.

Существенно отличается и смысл отдельных определений: «возбуждение» и «опьянение» больными соматоформными расстройствами расцениваются, как и здоровыми испытуемыми, в качестве приятных состояний, а больными шизотипическими расстройствами—в качестве болезненных.

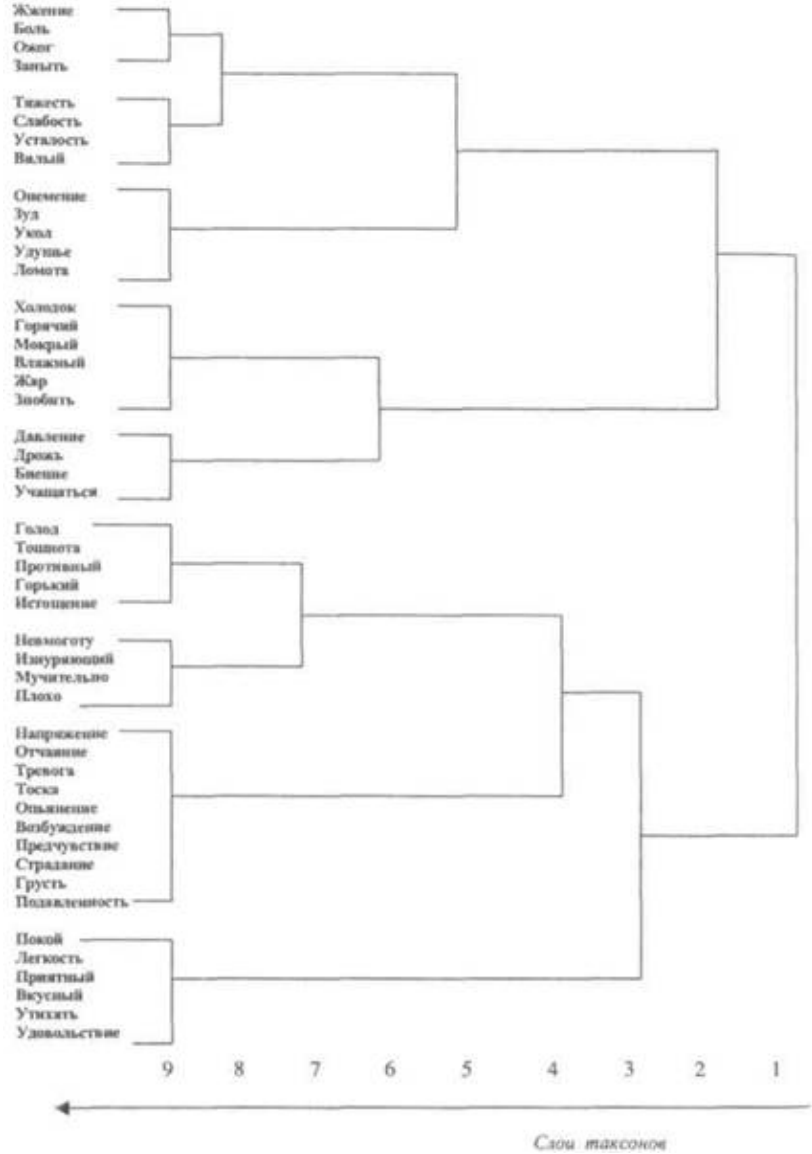


Рис. 12. TAXON-анализ результатов свободной классификации (группа онкологических больных)

Сравнивая семантическую структуру интрацептивных значений у больных, перенесших инфаркт миокарда (рис. 11), и здоровых испытуемых, мы видим, что у больных изменена базовая дихотомия и основные категории классификации. При первичном разбиении выделяются две основные группы: «инфаркт» и «все остальное», при этом первая играет основную роль. В нее входят два блока ощущений, представленные преимущественно конкретными симптомами, непосредственно относящимися к сердцу (1-й таксон) или сопутствующими инфаркту (2-й таксон). «Сердечный» словарь расширен по сравнению с нормой. Вторая структура более дифференцирована по сравнению с первой. Она делится на физические (3 и 4-й таксоны) и психические (5, 6 и 7-й таксоны) ощущения, т.е. в данной структуре сохраняется базовое разбиение. Физические ощущения делятся в дальнейшем на «желудок-вкус» (3-й таксон) и ощущения тонуса (4-й таксон), а душевные — на положительные (5-й таксон) и отрицательные (6-й таксон). У больных инфарктом миокарда начинает формироваться особая группа ощущений (7-й таксон), являющаяся как бы эмоциональным коррелятом ощущений в области сердца. Бедность соматического набора связана с тем, что большинство используемых качеств перешло в «сердечные ощущения».

Эта семантическая структура развивается и дифференцируется с течением заболевания, и у больных раком желудка можно наблюдать окончательную стабилизацию словаря больного органа (рис. 12). Опыт соматического заболевания приводит к углублению отмеченных изменений, различению тонких нюансов своего состояния. Так, у больных раком желудка сформированы многочисленные способы описания своего состояния и особенностей как конкретных, локализованных жалоб, так и связанных с этими ощущениями изменений общего самочувствия. (Болезненные ощущения после операции на желудке не ограничиваются рамками пищевода или желудка, но сопровождаются целым набором изменений со стороны всего организма: сердечно-сосудистой системы, вегетативными расстройствами, повышенной утомляемостью, эмоциональной неустойчивостью и пр.)

При свободной классификации большинство ощущений попадает именно в эту группу, называемую больными «ощущения в приступе», «ощущения, связанные с болезнью желудка». Хотя в построенной по полученным результатам дендрограмме и сохранены стандартные наборы конкретных, локализованных ощущений, они в значительной степени переориентированы по их связи с основной болезнью и частично наполнены новым содержанием.

Первичное разбиение делит весь словарь на «желудок» и «все остальное». При этом ощущения в области желудка помимо своей многочисленности еще и очень дифференцированы. В словарь «желудка» входят физические симптомы, делящиеся сначала на два крупных блока: непосредственно характеризующих «приступ болей в желудке» (1-й таксон), «общего тонуса» (2-й таксон), ощущения, относящиеся «ко всему телу» (3-й таксон) и симптомы, сопутствующие демпинг-синдрому и разделяющиеся на «температурные» (4-й таксон) и «сердечные» (5-й таксон).

Второй блок — «все остальное» — содержит одну группу ощущений, связанных с желудочно-кишечным трактом — «ощущения вне приступа» (6-й таксон), близкую к ней группу мучительных ощущений (7-й таксон), неприятные (8-й таксон) психические ощущения и приятные (9-й таксон) ощущения. Примечательно, что все они, в той или иной степени, связаны с «желудком»: в немногочисленную группу приятных ощущений вошли такие очевидно «желудочно ориентированные» категории, как «вкусно» и «утихать».

В целом, для больных инфарктом миокарда характерно расширение «сердечного» словаря и возрастание его роли при описании интрацептивных ощущений, а для онкологических больных — хорошая разработанность словаря желудочных ощущений. Причем с опытом заболевания состав этого словаря становится более однородным, а его структура — более дифференцированной. Органные ощущения начинают играть роль главной семантической структуры, вокруг которой группируются все остальные интрацептивные признаки, как физические, так и эмоциональные.

У всех больных, как реальными соматическими заболеваниями, так и у больных с ипохондрическими синдромами, выделяется в качестве одной из основных категорий «моя болезнь», но у соматических больных она описывается преимущественно в терминах конкретных, физических симптомов, а у ипохондрических — с помощью объективированных, отчужденных от «я», квазителесных эмоциональных состояний. Этот факт отражает на семантическом уровне различия в способах симптомообразования: у соматических больных — это прежде всего истинно физические страдания, получившие свое субъективное существование через развитие сети интрацептивных значений, а у ипохондрических больных декларируемое тяжелое физическое страдание есть прежде всего «объективирование» душевных переживаний. Хотя и в том и в другом случае больные в формулировке своих жалоб используют сходные наборы слов, семантические поля и структурная организация используемых значений весьма различны.

Проведя это исследование, я постарался экспериментально показать, что телесные ощущения не даны человеку «прямо», но

опосредствованы системой «категорий телесности», причем ее устройство находит отражение в особенностях субъективного переживания телесного опыта.

Эти особенности никак не вытекают из физиологического устройства сенсорных систем и могут быть поняты лишь при анализе субъективной семантики интрацепции.

7.7. Роль интрацептивной семантики

В НАРУШЕНИИ СТРУКТУРИРОВАНИЯ ВНУТРЕННЕГО ОПЫТА И ПРОИЗВОЛЬНОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ⁶

Неспособность индивида вербально выражать свое состояние, будь то внутренний диалог или словесное описание своих телесных ощущений, может служить основой для формирования различных психопатологических симптомов, связанных с различными формами нарушения самосознания и произвольной регуляции. В 1972 г. П. Сиф-неос дал классическое описание такого синдрома, введя в психологическую и медицинскую литературу термин «алекситимия», что буквально обозначает: «без слов для чувств», или, в близком переводе, — «нет слов для называния чувств» (Алекситимия..., 1994). Он описал наблюдавшиеся им особенности пациентов психосоматической клиники, которые выражались в «утилитарном» способе мышления, тенденции к использованию действий в конфликтных и стрессовых ситуациях, обедненной фантазиями жизни, сужении аффективного опыта и, особенно, в трудностях подыскать подходящее слово для описания своих чувств. Близкие особенности психосоматических пациентов были описаны также в виде синдрома «операционального» (механистического) мышления в 1963 г. П. Марти, М.деМ'Юзаном и К.Давидом. А. Пол сен, вслед за М. Бэгби, Дж. Тайлором и Л. Эт-кинсон, относит алекситимию к «когнитивно-аффективному стилю, который оказывает влияние на способ приобретения опыта и выражения эмоций у индивидов» (Poulsen, 1991).

Алекситимия определяется следующими когнитивно-аффективными особенностями:

- 1) трудностью в определении (идентификации) и описании собственных чувств;
- 2) трудностью в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями;
- 3) снижением способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии и других проявлений воображения;
- 4) фокусированием в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях.

⁶ Данный раздел написан совместно с Т.С. Бузиной и СП. Елшанским.

По мнению других авторов, при алекситимии также наблюдаются: тенденция прибегать к действию, чтобы разрешать конфликты; детальное описание фактов, событий, физических симптомов; ригидность и конкретность когнитивного стиля (*Pedinielli, 1993, Семенова, 1991*). Ж.-Л. Пединьелли (*Pedinielli, 1993*) отмечает у алек-ситимиков «неспособность ассоциировать визуальные картины, образы, мысли в специфическое эмоциональное состояние», преобладание поведенческих реакций над вербальными, неспособность «совместить мысли с эмоциональными состояниями». Дж. Тайлор отмечает, что алекситимики «неспособны обозначать свои чувства и использовать их как знаки внутренних конфликтов или как ответ на внешнюю ситуацию» (см.: *Pedinielli, 1993*).

Была выдвинута гипотеза, что алекситимия характерна для психологически незрелых личностей, которые вместо эмоционального отклика осуществляют соматизацию (*Wise et al., 1990*). Неспособность алекситимических индивидов регулировать причиняющие им страдания эмоции может вылиться в усиление физиологических реакций на стрессовые ситуации, создавая тем самым условия, ведущие к развитию психосоматических заболеваний. Алекситимия считается рядом авторов личностной особенностью индивидов с психосоматическими расстройствами, а также упоминается как устойчивый феномен, характерный для ряда заболеваний. По мнению Н.Д. Семеновой (1991), «алекситимия предстает в виде некоего психологического симптомокомплекса, проявляющегося на различных уровнях: когнитивном, аффективном и поведенческом».

Согласно имеющимся в литературе описаниям, для лиц с алек-ситимией характерно особое сочетание эмоциональных, когнитивных и личностных проявлений. Эмоциональная сфера этих пациентов отличается слабой дифференцированностью. Они обнаруживают неспособность к распознаванию и точному описанию собственного эмоционального состояния и эмоционального состояния других людей, их когнитивная сфера отличается недостаточностью воображения, преобладанием наглядно-действенного мышления над абстрактно-логическим, слабостью функции символизации и категоризации в мышлении. Личностный профиль этих пациентов характеризуется некоторой примитивностью жизненной направленности, инфантильностью и, что по мнению В.В. Николаевой (1991), особенно существенно — недостаточностью функции рефлексии. Совокупность перечисленных качеств приводит к чрезмерному прагматизму, невозможности целостного представления собственной жизни, дефициту творческого отношения к ней, а также к трудностям и конфликтам в межличностных отношениях.

Концепция алекситимии, в том виде, как она была сформулирована П. Сифнеосом, рассматривается как некая совокупность признаков, характеризующих психический склад индивидов, предрасполагающий их к заболеваниям психосоматической специфичности. Однако в последние годы она связывается со все более широким кругом нозологических форм. Данная особенность не присуща исключительно психосоматическим пациентам. Алекситимические характеристики обнаруживаются у больных раком, у страдающих почечной недостаточностью, у алкоголиков, у лиц с маскированной депрессией, у страдающих ожирением, у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом {Wise et al., 1991; Былкина, 1995; Poulsen, 1991; Thome, 1990}. Кристал описал сходные феномены при посттравматических состояниях, а также при наркоманиях и токсикоманиях (Pedinielli, 1993). Другие исследователи также называют алекситимию характерной для наркоманов и токсикоманов {Thome, 1990; Былкина, 1995}. Пединиелли отмечает, что некоторые пациенты-алекситимики, подвергшиеся психотравмам или межличностным конфликтам, таким как разрыв отношений, потеря любви или близкого, важного успеха, сильно увеличивают свою профессиональную или спортивную активность или осуществляют «оральные действия» (употребление алкоголя, питание, граничащее с булимией), «игровые действия» (игры, предполагающие финансовые вложения), «гедонистические действия» (прием стимуляторов или веществ, изменяющих восприятие самого себя или окружающего) или «сексуальные действия». Психологическая феноменология алекситимии, характеризующаяся неустойчивостью и недифференцированностью самооценки, невозможностью реального прогноза собственной деятельности, неадекватностью целеполагания, неопределенностью представлений о будущем и др. {Николаева, 1991}, по многим параметрам совпадает с описанием преморбидных черт больных наркоманиями. Так, И.Н. Пятницкая (1994) указывает на следующие преморбидные черты личности наркоманов: неадекватная самооценка, несоразмерность притязаний, слабый самоконтроль, недостаточные прогноз и рефлексия, нестабильность интересов, аффективная неустойчивость, импульсивность; и одновременно отмечает, что хотя многие особенности личности наркологических больных часто диагностируются как пограничные состояния, частота пограничных расстройств в популяции (до 5 %) превышает распространенность наркоманий. Разрыв между внутренним и внешним делает невозможной сознательную переработку своего состояния и символическое от-реагирование конфликта. Это приводит к разрядке напряжения в

импульсивных действиях, психосоматических симптомах или к стремлению физически изменить состояние сознания с помощью психоактивных веществ.

Противопоставляя алекситимию и неврозы, Пединиелли говорит, что если жалобы алекситимика — это «бесконечное описание физических симптомов, иногда без связи с самой физической болезнью», то у невротика обычно «небольшое количество соматических жалоб» и «подробное описание психологических трудностей — симптомов и/или проблем, связанных с межличностными отношениями» (*Pedinielli*, 1993, р. 50), подчеркивая, что у алекситимиков, в отличие от больных неврозами, отсутствуют яркие образы и они имеют тенденцию к детальному описанию окружения.

Противопоставление этих двух полюсов, на наш взгляд, маскирует объединяющую их общность — нарушение структурирования внутреннего опыта. При классической алекситимии это происходит из-за фактической ограниченности средств знаково-символического опосредствования, а во втором случае мы сталкиваемся со своеобразным «затруднением от избыточности», гипертрофированным развитием знаково-символических средств, перестающим адекватно выполнять функцию отбора, четкой квалификации и структурирования. С известными оговорками второй вариант можно назвать «диффузной алекситимией», что отражает не отсутствие слов для описания внутренних ощущений и эмоций, а отсутствие точных слов, пролиферацию значений и размывание их семантических полей. При этом ключевым общим симптомом в том и другом случае являются затруднения дифференциации телесных и эмоциональных ощущений.

Последний вариант нарушения знаково-символического опосредствования внутреннего опыта убедительно продемонстрирован в диссертационных исследованиях моих соавторов по данному разделу. В качестве модели были выбраны больные опийной наркоманией. Наркомания наиболее модельна в плане исследования феноменов нарушения структурирования внутреннего опыта, так как предполагается, что использование наркотиков является одним из способов операциональной компенсации дефицитарности знаково-символического опосредствования внутреннего опыта и произвольной регуляции и контроля эмоционально-личностной сферы. Одновременно с недостаточностью или нарушениями структурирования внутреннего опыта могут быть связаны такие возможные факторы риска наркомании как личностная незрелость, инфантильность, молодой возраст, выраженность психопатических черт, тенденция к поиску ощущений и др.

В ходе эксперимента было обследовано 153 больных опийной наркоманией, употреблявших наркотики парентерально (путем инъекций), в возрасте от 15 до 37 лет. Средний возраст составил $22,27 \pm 0,63$ лет. Длительность употребления наркотиков — не менее одного года. В качестве контрольной группы было обследовано 372 чело-ека мужского пола в возрасте от 15 до 38 лет, не страдающих и наркоманией, ни токсикоманией. Средний возраст составил $20,26 \pm 0,38$ лет.

Производился расчет количества выбранных в каждом задании слов, а также количества выбранных слов для каждой из тринадцати категорий четырех видов классификации («Части речи», «Ме-тафоры-телесные-психические», «Конкретные-диффузные», «Частотность») для каждого задания. Выделены следующие классы (категории) (в скобках указано общее число дескрипторов каждого класса):

- 1) Классификация «Части речи»:
 - существительные (48);
 - глаголы (11);
 - наречия (5);
 - прилагательные (13);
 - причастия (3).
- 2) Классификация «Метафоры-телесные-психические»:
 - метафоры (11);
 - телесные ощущения (41);
 - психические состояния и чувства (28).
- 3) Классификация «Конкретные-диффузные»:
 - конкретные ощущения (44);
 - диффузные ощущения (36).
- 4) Классификация «Частотность»:
 - высокочастотные дескрипторы (48);
 - среднечастотные дескрипторы (18);
 - низкочастотные дескрипторы (14).

На основе числа выбранных дескрипторов определялось процентное значение. По результатам каждого из шести заданий вычислялись:

1. Относительный показатель выбора («Расчет из возможного выбора»), когда за 100% принималось число дескрипторов, предъявляемых испытуемому на данном этапе теста, т.е. учитывался фактор исключения дескрипторов на предыдущих этапах.

2. Абсолютный показатель выбора («Расчет от общего числа»), когда за 100 % принималось общее число используемых в тесте дескрипторов (для классов различных классификаций — соответственно общее число используемых в тесте дескрипторов данного класса). Для первого этапа (задания) теста относительный показатель выбора всегда равен абсолютному, так как на этом этапе всегда используются все дескрипторы.

В процессе исследования с помощью методики «Классификация ощущений» было обнаружено, что больные наркоманией выбирают во всех заданиях теста большее количество дескрипторов, чем здоровые испытуемые. Результаты в группе больных наркоманией были выше по всем параметрам теста (как по относительным показателям выбора, так и по абсолютным). При этом между распределениями больных наркоманией и здоровых испытуемых были выявлены статистически значимые различия (статистика Вилкоксона, $p < 0,05$) по следующим параметрам теста:

— Количество дескрипторов, подходящих для описания интра-цептивных⁷.

— Количество дескрипторов, подходящих для описания испытанных; болезненных; опасных, угрожающих здоровью; часто встречающихся; важных, значимых ощущений (абсолютный показатель выбора) (задания II, III, IV, V и VI).

— Количество дескрипторов (в процентном соотношении от числа предъявляемых на конкретном этапе теста), подходящих для описания испытанных; болезненных; важных, значимых ощущений (относительный показатель выбора) (задания II, III, VI).

Для часто встречающихся и важных, значимых ощущений (задания IV и V) статистически значимых различий в распределениях относительного показателя выбора установлено не было, хотя средние значения в группе больных наркоманией были выше.

Результаты исследований с помощью методики «Классификация ощущений» приведены в таблицах 3 и 4 и на графиках (рис. 13 и 14)⁸.

⁷ Для I этапа (задания) теста абсолютный показатель выбора всегда равен относительному, так как испытуемому на этом этапе предъявляется весь набор слов-дескрипторов.

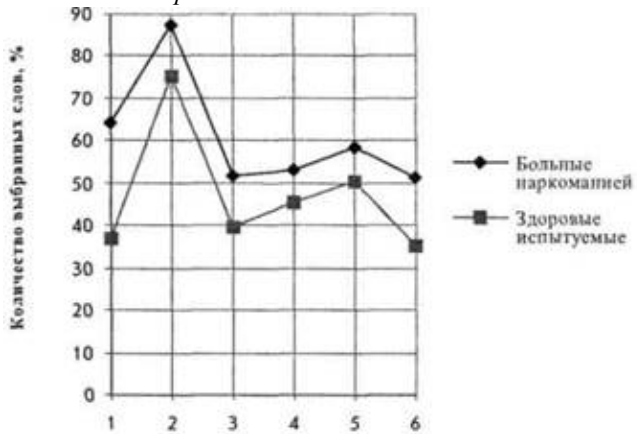
⁸ При анализе результатов наибольшее внимание уделялось результатам первого задания теста — количеству дескрипторов, подходящих для описания интрацептивных ощущений, так как при выполнении этого задания все испытуемые находились в равных условиях по количеству предъявляемых дескрипторов.

Среднее количество дескрипторов, выбираемых испытуемыми на различных этапах теста. Расчет «Из возможного выбора», т.е. вычисляется процент выбранных из общего числа дескрипторов, предъявляемых на этапе, число которых принимается за 100%. (Относительный показатель выбора)

Этап (задание)	Больные наркоманией	Контрольная группа
1. Количество дескрипторов, подходящих для описания интрацептивных ощущений. (*)	64,38±2,81	36,81 ±2,61
2. Количество дескрипторов, подходящих для описания испытанных ощущений. (*)	87,20±2,05	75,24±2,59
3. Количество дескрипторов, подходящих для описания болезненных ощущений. (*)	51,71 ±2,80	39,48±2,76
4. Количество дескрипторов, подходящих для описания опасных, угрожающих здоровью ощущений.	53,23±3,37	45,33±4,14
5. Количество дескрипторов, подходящих для описания часто встречающихся ощущений.	58,42±3,34	50,41 ±4,63
6. Количество дескрипторов, подходящих для описания важных, значимых ощущений. (*)	51,30±2,98	35,05±2,51

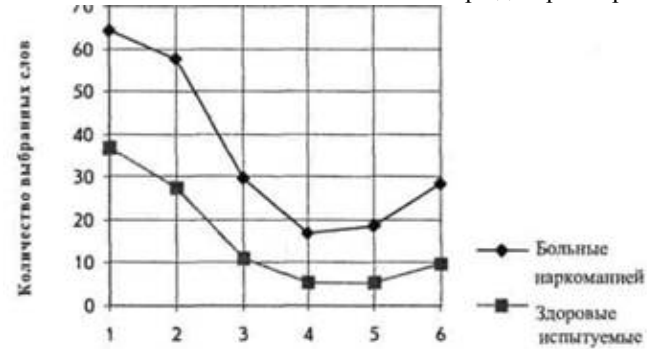
^a Здесь, а также в ряде других таблиц, знаком (*) отмечены параметры, для которых были обнаружены статистически значимые различия (р < 0,05).

7*



Задания (этапы) теста

Рис. 13. Относительные показатели выбора дескрипторов для разных заданий теста



Задания (этапы) теста

Рис. 14. Абсолютные показатели выбора дескрипторов для разных заданий теста

Среднее количество дескрипторов, выбираемых испытуемыми на различных этапах теста. Расчет «От общего числа», т.е. вычисляется процент выбранных дескрипторов от общего числа дескрипторов (80), число которых принимается за 100 %.

(Абсолютный показатель выбора)

Этап (задание)	Больные наркоманией	Контрольная группа
1. Количество дескрипторов, подходящих для описания интрацептивных ощущений. (*)	64,38±2,81	36,81±2,61
2. Количество дескрипторов, подходящих для описания испытанных ощущений. (*)	57,41 ±3,29	27,55±2,23
3. Количество дескрипторов, подходящих для описания болезненных ощущений. (*)	29,64±2,32	10,91±1,18
4. Количество дескрипторов, подходящих для описания опасных, угрожающих здоровью ощущений. (*)	16,76±1,92	5,44±0,82
5. Количество дескрипторов, подходящих для описания часто встречающихся ощущений. (*)	18,48±2,00	5,25+0,85
6. Количество дескрипторов, подходящих для описания важных, значимых ощущений. (*)	28,54±2,30	9,90±1,04

Для результатов теста (задание I — «Выбор дескрипторов, подходящих для описания интрацептивных ощущений») были рассчитаны средние частоты выборов дескрипторов по различным классам четырех классификаций для выборок больных наркоманией и здоровых испытуемых; также были рассчитаны отношения этих показателей друг к другу. Обнаружено, что больные наркоманией вы-

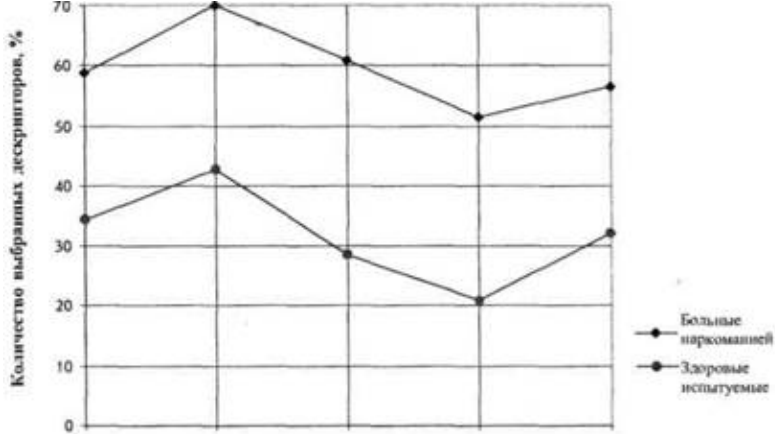
бирают большее число дескрипторов по всем классам всех исследованных классификаций. Результаты приведены в таблице 5. Наиболее различающимися классами оказались классы «Метафор», «Низкочастотных», «Прилагательных» и «Существительных». Наименее различались глагольные формы — собственно глаголы и причастия, а также классы «Высокочастотных» и «Телесных».

Таблица 5

Количество дескрипторов, использующихся для описания интрацептивных ощущений по различным классам четырех классификаций для задания 1 — «Выбор дескрипторов, подходящих для описания интрацептивных ощущений» (в %)

Класс	Средняя частота выборов		Отношение	
	больные наркоманий	здоровые испытуемые	«больные/здоровые»	«здоровые/больные»
Общая частота выборов	64,35	36,81	1,75	0,57
Классификация «Частиречи»				
«Глаголы»	58,70 69,97	34,40 42,85	1,71 2,44	0,58 0,61
«Существительные»	60,87 51,51	28,62 20,82	2,13 2,47	0,47 0,40
«Наречия»	56,52	32,03	1,76	0,57
«Прилагательные»				
«Причастия»				
Классификация «Метафоры-телесные-психические»				
«Метафоры»	34,78 65,54	8,73 40,79	3,98 1,61	0,25 0,62
«Телесные»	74,22	42,02	1,77	0,57
«Психические»				
Классификация «Конкретные-диффузные»				
«Конкретные»	57,71 72,46	33,24 41,18	1,74 1,76	0,58 0,57
«Диффузные»				
Классификация «Частотность»				
«Низкочастотные»	38,66 59,78	10,92 29,74	3,54 2,01	0,28 0,50
«Среднечастотные»	73,55	47,02	1,56	0,64
«Высокочастотные»				

Профили по четырем видам классификаций для больных наркоманией и здоровых испытуемых приводятся на рисунках 15—18.



«Глаголы» «Существительные» «Наречия» «Прилагательные» «Причастия»
Классы

Рис. 15. Профили по классам классификации «Части речи» больных наркоманией и здоровых испытуемых при выборе дескрипторов интрацептивных ощущений

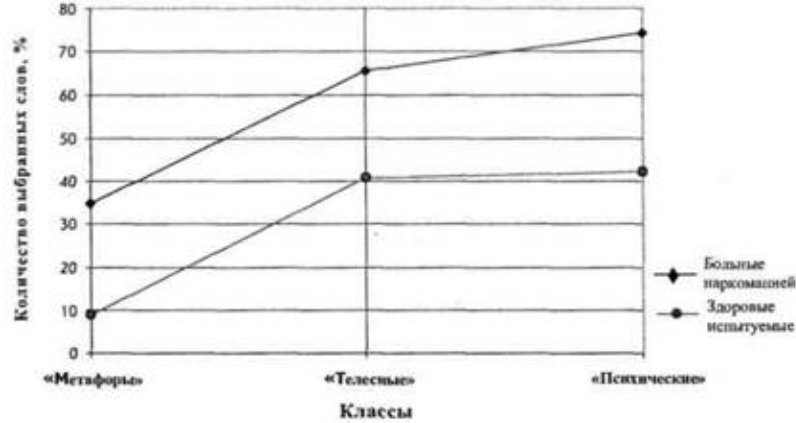


Рис. 16. Профили по классам классификации «Метафоры-телесные-психические» для групп больных наркоманией и здоровых при выборе интрацептивных ощущений

Рис. 17. Профили по классам классификации

«Конкретные-диффузные» для больных наркоманией и здоровых испытуемых при выборе дескрипторов интрацептивных ощущений

Были рассчитаны также частоты различных дескрипторов и распределения количества выборов для разных заданий теста для выборок больных наркоманией и контрольной группы. Обнаружены значимые отличия в частотных словарях больных опийной наркоманией и здоровых испытуемых.

На основе полученных результатов можно сделать предположение о существовании в популяции двух или трех групп, различающихся по количеству выборов дескрипторов интрацептивных ощущений (первое задание теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений»). Первая группа (со «средним» количеством выборов) предположительно соответствует индивидам без каких-либо нарушений способности к вербализации эмоционального и телесного опыта и предполагает стратегию выбора дескрипторов с опорой на собственный телесный и эмоциональный опыт при адекватном использовании нормативных культурных эталонов. К этой

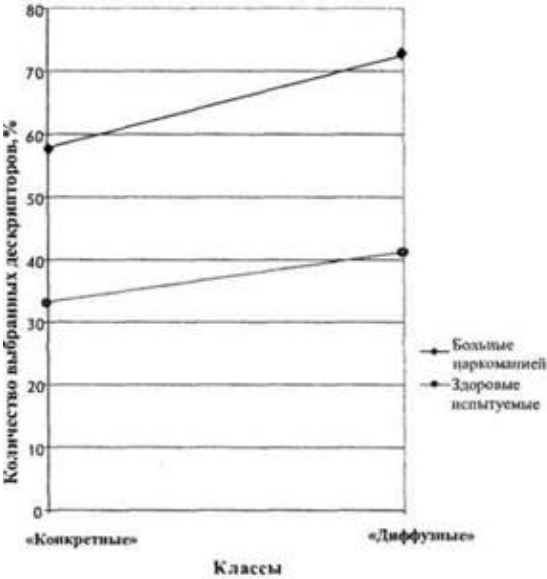
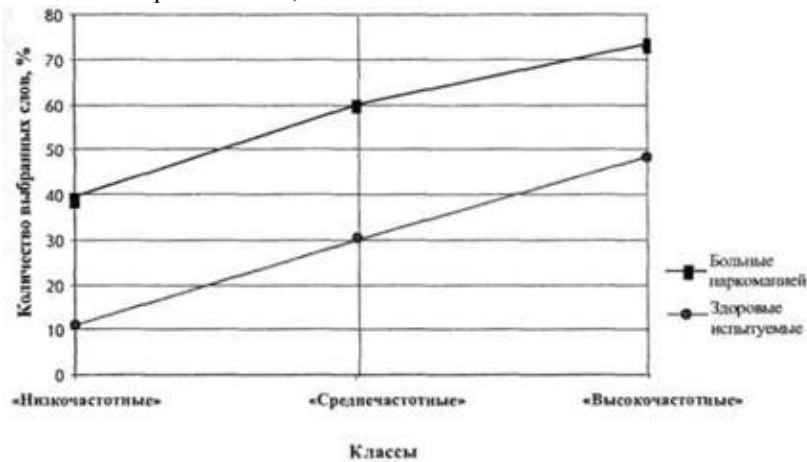


Рис. 18. Профили по классам классификации «Частотность»

для больных наркоманией и здоровых испытуемых при выборе дескрипторов интрацептивных ощущений

группе относится большинство исследованных нами здоровых испытуемых. Вторая группа (с «завышенным» количеством выборов) соответствует индивидам с диффузным, недифференцируемым индивидуальным словарем телесного и эмоционального опыта и включает в себя большинство обследованных нами больных опийной наркоманией. Эта группа предполагает стратегию выбора с опорой на побочные факторы, а не на собственный телесный и эмоциональный опыт и культурные стереотипы. Возможно также существование третьей группы (с «заниженным» количеством выборов), которая присутствует в результатах нашего исследования лишь на уровне тенденции. Данная группа соответствует «классическим» алекситимическим индивидам. Эта группа отличается от второй группы по стратегии выбора дескрипторов. Если диффуз-ность и недифференцированность⁹ словаря телесного и эмоцио-

⁹ Под «диффузностью и/или недифференцированностью словаря телесного и эмоционального опыта (или словаря внутреннего опыта)» понимается неспособность или сниженная способность различать и использовать слова, относящиеся к интрацептивным ощущениям, эмоциям и переживаниям, а также адекватно понимать их значения.



нального опыта индивидов с различными нарушениями вербализации этого опыта предполагает при выборе дескрипторов в тесте опору на побочные факторы, не связанные с этим словарем, то различия в этих побочных факторах могут определять различные стратегии выбора дескрипторов, отражающиеся на результатах теста. При этом результаты отличаются от результатов в группе испытуемых, при выборе дескрипторов опирающихся на собственный телесный и эмоциональный опыт. Стратегия же выбора дескрипторов, которой придерживается индивид с нарушениями вербализации телесного и эмоционального опыта, отражается на результатах тестирования и позволяет квалифицировать специфику данных нарушений вербализации. Вопрос о существовании третьей группы и о том, больные какими заболеваниями в нее входят, требует дополнительных исследований. На наш взгляд, именно в эту группу входят больные некоторыми классическими психосоматическими заболеваниями.

Использование больными наркоманией значительно большего (по сравнению с контрольной группой) количества дескрипторов как подходящих для описания интрацептивных ощущений, а также испытанных; болезненных; опасных, угрожающих здоровью; часто встречающихся и важных, значимых ощущений, по нашему мнению, отражает их неспособность вербализовать собственный телесный и эмоциональный опыт и говорит о диффузности, недифференцированностиTM индивидуального словаря этого опыта. Причем, обнаруженная диффузность и недифференцированность индивидуального интрацептивного словаря выступает принципиально новым феноменом и не может быть сведена к какому-либо из описанных ранее, например к алекситимии, и не является даже особой формой какого-либо из описанных ранее феноменов, связанных с нарушением вербализации эмоций или интрацептивных ощущений (например, не является какой-либо особой формой той же алекситимии). Отвечая на вопрос, подходит ли тот или иной дескриптор для описания интрацептивных (испытанных, болезненных и т.д.) ощущений, больной наркоманией пытается, вероятно, вспомнить или представить ощущение, к которому данный дескриптор может быть отнесен; но поскольку словарь телесного и эмоционального опыта больного не дифференцирован, а сам телесный и эмоциональный опыт больного плохо структурирован, плохо рефлексруется и, предположительно, в результате употребления наркотиков во многом наполнен ощущениями и эмоциями, не имеющими знакового отражения в языке, больной этого сделать не может и, следовательно, не может, основываясь на своем телесном и эмоциональ-

ном опыте, ни выбрать дескриптор, ни отвергнуть его как неподходящий. Будучи поставлен в ситуацию необходимости ответа на вопрос об отнесенности дескриптора, больной делает выбор, опираясь не на собственный телесный и эмоциональный опыт, а на что-то другое (вопрос — на что именно — остается открытым, вероятно, здесь играет роль ситуация обследования, поведение экспериментатора, особенности развития речи и общеречевого словаря больного), что отражается на результатах тестирования, при котором диффузность-недифференцированность словаря телесного и эмоционального опыта и обнаруживается наиболее ярко.

Таким образом, если определить категориальную структуру внутреннего опыта как структуру категорий (разрядов, групп, классов) элементов (интрацептивных ощущений, вербальных дескрипторов этих ощущений и т.п.) и отношений между ними или как структуру связей между элементами внутреннего опыта, то диффузность и недифференцированность внутреннего опыта предполагает невозможность адекватного нормативному отнесения элементов к той или иной категории. Неспособность к такому отнесению будет соответствовать отсутствию категориальной структуры внутреннего опыта или ее дефицитарности, отсутствию механизмов адекватного структурирования внутреннего опыта. Именно этот феномен и наблюдается у больных опийной наркоманией, проявляясь в диффузности-недифференцированности интрацептивного словаря.

Можно также предположить, что категориальная структура индивидуального интрацептивного словаря коррелирует с категориальной структурой внутреннего опыта, и, следовательно, формализованные характеристики индивидуального интрацептивного словаря могут служить параметрами категориальной структуры внутреннего опыта и позволяют делать выводы о дефицитарности этой структуры. Патологический опыт наркомании создает у больных большое количество ощущений и эмоций, не имеющих знакового представления в языке или представленных в нем недостаточно. Это обстоятельство заставляет наркоманов прибегать к созданию неологизмов, употреблению общеязыковых знаков в новом значении¹⁰ и к усвоению и использованию жаргонизмов, что подтверждается значимыми различиями в частотности выборов различных дескрипторов в

¹⁰ Так, один из больных наркоманией говорил при обследовании, что наиболее подходящее к его ощущениям в состоянии наркотического опьянения слово — «растопырило» и что «если бы Вы написали здесь (в списке дескрипторов. — *А.Т.*) "растопырило", то я бы определенно это слово выбрал».

группах больных наркоманией и здоровых испытуемых. Так, например, наиболее частотным словом в группе больных наркоманией при выборе дескрипторов интрацептивных ощущений (первое задание теста) оказалось слово «Ломота», тогда как в контрольной выборке наиболее частотным словом было слово «Боль»). Однако, вероятно, результатов подобной деятельности все-таки недостаточно для создания словаря опыта наркомании, эквивалентного по степени сложности и уровню дифференцированности дескрипторов ощущений и эмоций общечеловеческому словарю телесного и эмоционального опыта. Здесь, возможно, также играет роль тот факт, что словарь специфических, пережитых в результате употребления наркотиков ощущений усваивается человеком в гораздо более поздние онтогенетические периоды. Есть основания предполагать, что одним из факторов различия в системе значений больных наркоманией и здоровых индивидов служит специфический телесный опыт болезни, полученный в результате употребления наркотиков. Можно предположить также, что у больных опийной наркоманией должна существовать и определенная преморбидная дефицитарность структурирования внутреннего опыта, следствием которой является де-задаптивность механизмов внутренней регуляции.

Глава 8

Исследование влияния вторичного опосредствования на телесные ощущения (на модели плацебо-эффекта)¹

8.1. Феномен плацебо

Плацебо-эффект — очень хорошо известное в клинической практике явление. Суть этого феномена заключается в том, что то или иное воздействие, не имеющее под собой никаких реальных оснований и лишь символически связанное с лечебным процессом, вызывает у субъекта ощущение изменений его состояния. Распространенность плацебо-эффекта настолько велика, что, по мнению известного советского терапевта Б.Е. Вотчала, на его долю приходится 60 % эффекта любого медикаментозного лечения (Цит. по: *Рожнов*, 1979). По данным других авторов, эта величина практически никогда не снижается ниже 30 % (*Beecher*, 1959). Тем не менее, несмотря на распространенность и длительную историю изучения этого явления в медицине, его теоретическое осмысление наталкивается на серьезные затруднения. Строго говоря, этот феномен самым своим существованием противоречит доминирующей в науке рефлекторной объективистской теории, связывающей ка-

¹ Экспериментальное исследование проведено совместно с Г.А.Ариной, И.В.Модцовану, Г.Г.Торопиной, Е.О.Шкроб.

чества ощущений либо с качеством стимула, либо со свойствами нервной системы. В данном случае не подходит ни то, ни другое объяснение, так как стимула нет вообще, а предположить воздействие пустышки на состояние нервной системы можно, лишь впадая в неприкрытый идеализм.

Единственно разумная гипотеза состоит в том, что прием пустышки-плацебо фиксирует внимание на интрацептивных ощущениях, приводя к сенсibilизации сенсорных систем и изменению порогов восприятия. Некоторыми авторами появление или исчезновение телесных ощущений связывается с влиянием уровня тревожности на сенсорные пороги (*Медведев* и др., 1984, 1986; *Pennebaker, Watson*, 1991). Однако даже в этом случае остается затруднительным из простых сенсорных изменений вывести весьма сложные, развернутые и стабильные перцептивные образы. Наиболее же распространенное объяснение сводится к механизму «косвенного внушения», когда «все лечебное воздействие от применяемого фармакологического препарата или иного средства объясняется психологическим влиянием» (*Рожнов*, 1979, с. 48). Объяснение было бы очень хорошим, если бы при этом не требовалось понять, что представляют собой «косвенное внушение» и «психологическое влияние».

Все эти механизмы, несомненно, принимают участие в формировании плацебо-эффекта, но ни один из них не может его достаточно последовательно и непротиворечиво объяснить (*Hill et al.*, 1982; *Hilgard*, 1971; *Мелзак*, 1981).

На мой взгляд, разгадку феномена плацебо следует искать не только и даже не столько в физиологических изменениях сенсорных систем, сколько на психологическом уровне.

Как было показано в главе 5, плацебо-эффект можно отнести к особому виду ритуального лечения, или, если быть последовательным, ритуальное лечение можно рассматривать как частный случай плацебо-эффекта. Отличие ритуального лечения от плацебо-лечения заключается лишь в том, что развернутый ритуал, осуществляющий реалистическую инсценировку воздействия на причины, вызывающие болезнь, в плацебо-лечении свернут и только подразумевается. Плацебо-агент — это не любые действия или субстанции, а лишь те из них, что связаны с мифом болезни и каким-то образом реализуют лечебное действие. В качестве плацебо-агента может выступать все что угодно: ритуальное действие, амулет, оберег, физическое воздействие, любой материальный объект, — главное, чтобы он был связан с общей мифологической концепцией болезни. В европейской культуре таким агентом чаще всего служит плацебо-таблетка как стандартная форма приема «лекарства».

Итак, повторим, что единственное, на мой взгляд, обязательное условие приобретения предметом или действием функции плацебо — это его мифологическое опосредствование. Плацебо-эффект есть частный случай реализации семиотической схемы лечения. Субъектом предполагается существование некоторого «лекарства», связанного с мифом болезни и вытекающими из него представлениями о лечении и тех процедурах, в которых реализуется «лечебное действие» (это не просто, например, питье воды, а питье «святой воды», «нормализация водного баланса» или «очищение от шлаков»). Лечебные возможности виртуально содержатся в «лекарстве». С семиотической точки зрения «лекарство» — это знак, связывающий означаемое — лечение (использование лекарства) и означающее — лечебный эффект (именно лечебный эффект означает, что то, что совершается, — есть лечение). Лечебный эффект как означающее в мифологической системе лечение — не что иное, как телесное² ощущение. Последнее же в качестве означенного телесного ощущения само по себе есть знак языка тела, совмещающий означающее (чувственную ткань) и означаемое (телесный конструкт).

В предыдущей части работы я говорил о том, что вторичное означение или, как мы его называли в традициях Р. Барта, мифологизация, деформирует природу телесного ощущения. Телесное означенное ощущение открыто в две стороны: оно есть результат первичного означения чувственной ткани и начало мифа — вторичной знаковой системы. Я отмечал также, что, включаясь во вторичную семиотическую систему, телесные ощущения могут как изменять свое качество, так и порождаться сверху самим мифом, нуждающимся в чувственном подкреплении.

Двойственность означающего в мифологической системе, одновременно представляющего собой и полую форму и чувственно наполненное содержание, позволяет ему постоянно транслировать мифологическое в конкретно-телесное. Усвоенная, воспринятая идея болезни (или идея лечения) через развитие или выбор элементов первичной семиологической системы обрастает чувственной тканью. Возможные изменения чувствительности сенсорного аппарата, если они на самом деле существуют, способны играть лишь вспомогательную роль обогащения чувственной ткани, оформляющейся в конструкт состояния или модального ощущения.

Формирование мифа идет снизу, путем надстраивания над первичной семиологической системой — вторичной. Усвоенный миф

² В данном случае речь идет о телесных, интрацептивных ощущениях, но без каких-либо ограничений сфера лечебного эффекта может быть расширена.

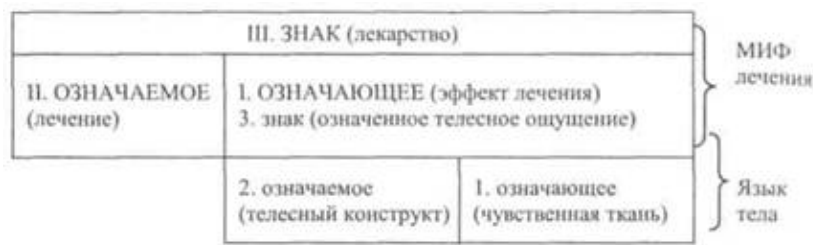


Рис. 19. Семиотическая схема лечения

способен сам порождать «подкрепляющую» его реальность, находя для уже готового означаемого недостающее означающее. Типичный пример такого рода — это лечение, которое можно рассматривать как разворачивание мифологической схемы в обратном направлении: от вторичной семиологической системы (мифа лечения) — к первичной (языку тела) (рис. 19).

Поскольку лекарство выступает здесь как знак, независимо от его конкретного содержания, оно может быть заменено плацебо-агентом, ритуалом или любым другим предметом, который, исходя из представлений о болезни, сможет сыграть его роль. Отметим, что лечебный миф не обязательно оформлен в виде развернутой, осознанной, вербализованной и логичной конструкции. Так же как и миф болезни — это слабо структурированная область предположений, ожиданий, предрассудков, «криптипов», открытая для постоянного влияния извне. Психологически, любое лечение является знаковым процессом и в этом качестве плацебо-лечение ничем не хуже и не лучше всякого другого. То, что плацебо — это пустышка, не имеет никакого принципиального значения; важно, чтобы, как и в случае с ритуалом, человек в него верил и оно вписывалось в принимаемый им миф. То, что плацебо-лечение так легко подтверждается телесными ощущениями, зависит от совершенно иных причин — от особенностей интрацептивного восприятия (сложностей верификации, манипуляции и пр.), некоторых из которых мы уже коснулись, а к другим же постараемся обратиться ниже.

8.2. Постановка проблемы

Исследование влияния вторичного означения на телесные ощущения удобно провести на плацебо-эффекте. Его легко моделировать в экспериментальных условиях, позволяющих оценить роль факторов, влияющих на формы и интенсивность его проявления в раз-

личных условиях. В целях последовательности изложения, описание экспериментального материала и полученных результатов удобнее разбить на несколько блоков.

I блок исследований, который будет описан в данной главе, посвящен анализу самого феномена плацебо-эффекта у различных групп испытуемых, форм его проявления и степени выраженности в различных экспериментальных условиях.

II блок исследований, результаты которых будут изложены в главе 9, касается изучения плацебо-лечения на длительном временном срезе и анализа факторов, определяющих его эффективность.

III блок исследований (глава 10) посвящен анализу когнитивных факторов, принимающих участие в симптомообразовании функциональных алгических расстройств и влиянию плацебо на чувствительность сенсорных систем.

Конкретные гипотезы, цели и задачи каждого блока исследований подробнее излагаются в соответствующих главах. Обратимся к I блоку.

Гипотеза исследования: предполагается, что телесные, интрацептивные ощущения, входящие в структуру плацебо-эффекта, представляют собой усвоенные и хорошо знакомые телесные конструкты, т.е. первичную семиотическую систему языка тела. Сам плацебо-эффект нельзя считать однородным и стабильным феноменом, форма его проявления и интенсивность зависят от типа плацебо-агента, условий предъявления и способа включения во вторичную семиотическую систему мифа.

Задача исследования: оценить влияние языка тела и способа включения плацебо-агента во вторичную семиотическую систему на форму и интенсивность проявления плацебо-эффекта у различных групп испытуемых.

8.3. Характеристика испытуемых

В качестве основных экспериментальных групп были выбраны больные с функциональными алгическими синдромами: абдоминал-гическим и кардиалгическим, в качестве контрольной группы — здоровые испытуемые; группы сравнения — больные желчнокаменной болезнью. В таблице 6 приведено распределение испытуемых по возрасту и уровню образования.

Клиническая характеристика больных с нейрогенным абдоминал-гическим синдромом. Обследовано 48 больных нейрогенным аб-

Группа		Пол		Возраст (лет)				Образование			Всего
		М	Ж	<30	ЗСМЮ	41-50	>50	высш.	средн.	н/с.	
НАС	абс.	8	40	6	21	17	4	24	20	4	48
	%	17	83	13	44	35	8	50	42	8	100
НКС	абс.	18	19	6	18	13	0	21	14	2	37
	%	49	61	16	49	36	0	57	38	5	100
ЖКБ	абс.	0	12	17	3	1		4	6	2	12
	%	0	100	8	58	26	8	33	50	17	100
Здор. исп.	абс.	6	19	8	14	3	0	18	7	0	25
	%	24	76	32	56	12	0	72	28	0	100

доминалгическим синдромом (НАС) — F45.32 — соматоформная вегетативная дисфункция нижней части желудочно-кишечного тракта. Длительность заболевания от 1 до 25 лет (средняя продолжительность заболевания 6,9 лет). Больные обследовались в клинике нервных болезней, отделе патологии вегетативной нервной системы, межклинической лаборатории функциональной диагностики и клинике пропедевтики внутренних болезней ММА им. И.М. Сеченова.

Предварительное терапевтическое обследование больных с НАС полностью исключало органическое поражение органов брюшной полости, малого таза и сосудистой системы.

Данные неврологического обследования показали отсутствие текущего органического заболевания нервной системы.

У больных на протяжении длительного времени отмечались боли и неприятные ощущения абдоминальной локализации (у 21 чел. — постоянные, у 27 — приступообразные). По своему характеру инт-рацептивные ощущения носили жгучий, ноюще-тянущий, схваткообразный или пульсирующий характер (чаще всего встречалось сочетание нескольких ощущений).

Отмечавшиеся у 10 больных сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта, а у 15 — гинекологические, не могли объяснить картину абдоминалгического синдрома. Несмотря на отсутствие каких-либо убедительных данных об органических изменениях в брюшной полости, эти больные из-за упорных жалоб неоднократно находились в различных терапевтических и хирургических стационарах. Традиционно, абдоминальные ощущения при исключении соматического заболевания объяснялись в неврологии как проявления поражения периферических отделов вегетативной нервной системы, вегетативных ганглиев и солнечного сплетения (Маркелов, 1939; Русецкий, 1959; Четвериков, Урусамбетов, 1969). Тщательные исследования субстратного подтверждения таких поражений на микроструктурном уровне проводятся до сих пор, однако никаких убедительных доказательств его существования не получено, и в настоящее время место сыграна в неврологии заняла концепция нейрогенного абдоминалгического синдрома — неоднородного клинического явления, в патогенезе которого ведущее место занимают психогенные факторы: связь абдоминалгических приступов с актуальными психогениями, конфликтами, повышенная эмоциональная неустойчивость и тревожность этих больных. Эта схема следует утвердившейся в отечественной вегетологии концепции трехэтапного формирования психосоматических заболеваний: психических расстройств — вегетативных и эндокринных нарушений — соматических расстройств (Вейн, 1971, 1974; Вейн, Соловьева, Колосова, 1981). Поскольку для объективистски ориентированного медицинского сознания противоестественна сама мысль о возможности патологического ощущения без субстрата, понятие нейрогенного абдоминалгического синдрома позволяет решить проблему путем переноса дефекта из области органического поражения (до сих пор не найденного) в область функциональных расстройств вегетативной нервной системы, более понятным образом связанных с реальностью психического.

Клиническая характеристика больных нейрогенным кардиалгическим синдромом. Обследовано 37 больных с нейрогенным кардиалгическим синдромом (НКС) — F45.30 — соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечно-сосудистой системы. Длительность заболевания от 2 месяцев до 12 лет (средняя продолжительность заболевания 3,3 года). Больные обследовались в клинике нервных болезней, отделе патологии вегетативной нервной системы, межклинической лаборатории функциональной диагностики ММА им. И.М. Сеченова.

Так же как и в случае с больными НАС, предварительное обследование в специализированных учреждениях полностью исключало сердечно-сосудистую и неврологическую патологию.

Больные предъявляли упорные и многочисленные жалобы на неприятные и болезненные ощущения ноющего, давящего или тянущего характера, локализованные в области сердца.

В медицине существует несколько схем объяснения функциональных болей в области сердца. Неврологическая концепция связывает их со вторичными корешковыми болями при шейном остеохондрозе, с поражением шейного звездчатого узла или межреберной невралгией (Попелянский, 1989).

С точки зрения биохимической концепции, кардиалгия возникает в рамках нейроциркуляторной дистонии как следствие адрена-ловой кардиомиопатии, гиперлактемии или повышенной секреции катехоламинов.

Наиболее распространено представление, основанное на корти-ко-висцеральной теории, рассматривающее боли в сердце как результат системных психогенных висцеральных нарушений, образования порочного круга раздражения вегетативных приборов сердца и устойчивого доминантного возбуждения в ЦНС (Карвасарский, 1980; Тополянский, Струковская, 1986).

Все эти объяснения в известной степени умозрительны и механизм симптомообразования кардиалгии остается достаточно неясным, но, так же как в случае абдоминалгического синдрома, основные усилия исследователей направлены на поиски материального субстрата на клеточном или биохимическом уровне.

В группу сравнения вошли 12 человек с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), калькулезным холециститом. Длительность заболевания от 0,5 до 12 лет. У больных отмечался болевой синдром органической природы (наличие камня в желчном пузыре, верифицированного с помощью ультразвуковой томографии, а в последующем на операции). Интрацептивные ощущения локализовались, как правило, в области правого подреберья, в точке желчного пузыря, иррадиировали в спину, иногда носили опоясывающий характер. По характеру — режущие, колющие, распирающие.

Пациенты с желчнокаменной болезнью находились на стационарном лечении в факультетской хирургической клинике ММА им. И.М. Сеченова.

В качестве контрольной группы обследовались здоровые испытуемые (25 чел.). Принципом отбора в контрольную группу было отсутствие каких-либо хронических или острых заболеваний на момент обследования.

8.4. Методы исследования

С испытуемыми проводилось исследование плацебо-эффекта в трех вариантах.

Плацебо-капсула. Эксперимент проводился в два этапа. На первом этапе испытуемому давали принять внутрь капсулу, заполненную инертным веществом в условиях «глухой» инструкции: «В капсуле находится вещество, воздействующее на чувствительность нервных окончаний. Через некоторое время после приема капсулы могут появиться ощущения в вашем теле. Обо всех возникших ощущениях немедленно сообщайте экспериментатору». После этого в течении 20-30 мин. фиксировались все возникающие ощущения, время их появления, характер, интенсивность, последовательность.

На втором этапе испытуемому давалась «открытая» инструкция — сообщалось, что «сейчас должны появиться» определенные ощущения в том или ином органе. Последовательно фиксировалось внимание на конечностях, животе, сердце и голове.

Плацебо-электрод. В обстановке электроэнцефалографического кабинета на голову испытуемого одевалась специальная шапочка с электродами и говорилось, что на электроды будут подаваться «слабые сигналы». В дальнейшем проводилось два этапа: с «глухой» и «открытой» инструкциями, аналогичными инструкциям в экспериментах с плацебо-капсулой.

Ложная биологическая обратная связь. В ситуации «плацебо-электрод» перед испытуемым устанавливалась мигающая лампочка и объяснялось, что частота мигания «соответствует интенсивности сигнала, подаваемого на электрод». Предлагалось отметить появление и исчезновение ощущения пульсации в голове. После этого 3 раза менялась частота мигания лампочки от 0,5 до 30 Гц и отмечалось число совпадений учащения мигания лампочки с появлением и исчезновением ощущений. Интенсивность эффекта оценивалась в рангах:

0 — ни разу не возникает ощущения пульсации;

1 — возникает в 1 пробе из 3;

2 — в 2 пробах из 3;

3 — в 3 пробах из 3.

8.5. Обсуждение результатов

Наиболее интересный результат заключается в том, что величина плацебо-эффекта оказалась значительно выше, чем это обычно предполагалось. Единственный сопоставимый результат — это частота плацебо-эффекта у здоровых испытуемых (52 %).

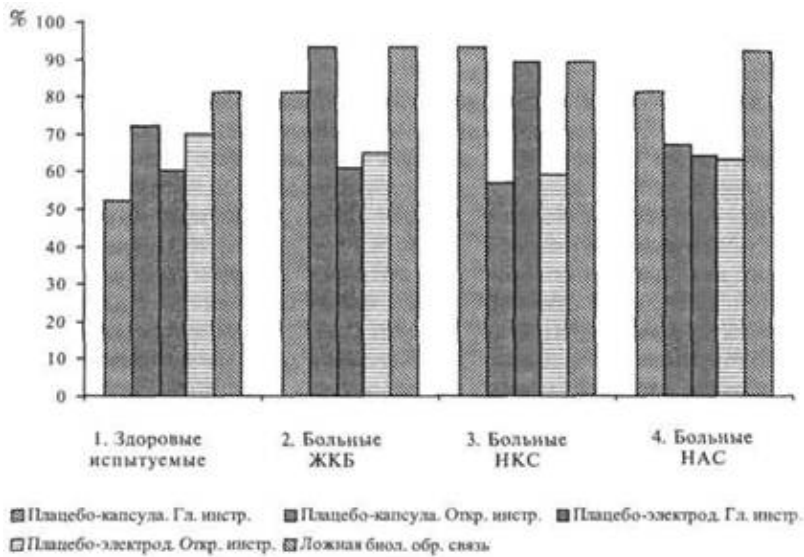


Рис. 20. Распределение количества испытуемых с плацебо-эффектом

На рисунке 20 представлена диаграмма распределения количества испытуемых (%), у которых отмечалось появление интрацептивных ощущений в условиях «глухой» и «открытой» инструкций в экспериментах «плацебо-капсула», «плацебо-электрод» и «ложной обратной связи».

Как можно видеть, в условиях «глухой» инструкции высокая частота плацебо-эффекта отмечается как у больных реальными заболеваниями (ЖКБ), так и у больных с функциональными абдо-минальным и кардиальным синдромами. Значимо ниже ($p<0,05$) величина плацебо-эффекта у здоровых испытуемых. Это позволяет предполагать, что необходимым условием его формирования является развитая система языка тела — набора знакомых, усвоенных телесных ощущений, в которых только и может реализоваться плацебо-эффект. При этом, хотя больные реальными и функциональными заболеваниями показывают количественно сходные результаты, содержательно структура возникающих ощущений очень различается.

Таблица 7 Представленность и разнообразие телесных ощущений в структуре плацебо-эффекта (% испытуемых; в скобках представлено количество неповторяющихся ощущений)

Область тела	Здоровые испыт.	ЖКБ	НАС	НКС
Руки Ноги Живот	64% (6) 48%	33% (5) 18%	50% (8) 44%	64% (7) 28%
Сердце Голова	(6) 16% (3)	(4) 8% (4)	(6) 44% (10)	(6)
Общее состояние	4% (1) 40%	19% (5) 50%	44% (10) 9%	48% (7) 60%
	(6) 44% (3)	(3)	(2)	(11) 80% (12)
Общая сумма	(30)	(22)	(39)	(46)

У здоровых испытуемых и больных ЖКБ появляются хорошо знакомые из обыденного опыта ощущения онемения, тяжести, холода и теплоты, локализованные преимущественно в конечностях. У больных с абдоминалгическим и кардиалгическим синдромом после приема плацебо разворачивается (полностью или фрагментарно) специфический болезненный приступ в той же последовательности, в какой он обычно и происходит. Более 90 % возникающих ощущений знакомы больным по опыту своей болезни. Интересна и закономерность локализации, четко отражающая степень объективированности и освоенности областей тела. В таблице 7 представлено процентное распределение числа испытуемых по разнообразию и локализации возникающих ощущений (в скобках — количество неповторяющихся ощущений).

Возникающие у здоровых испытуемых ощущения довольно однообразны и проявляются в хорошо освоенных областях тела. Среднее количество ощущений невелико и составляет $2,9 \pm 0,6$. Разнообразие (общая сумма неповторяющихся ощущений — аналог объема словаря) равно 30.

Больные желчнокаменной болезнью демонстрируют еще более бедный, чем в норме, словарь, стереотипно воспроизводя лишь

хорошо усвоенные в обыденном опыте ощущения. У них практически никогда не возникает ощущений из репертуара реального болевого приступа и количество ощущений в области живота даже меньше, чем у здоровых испытуемых. Среднее количество ощущений, возникающих после приема плацебо, составляет $2,2 \pm 0,8$, разнообразие — 22.

Совершенно иная картина у больных с функциональными алгическими синдромами. Основное количество возникающих ощущений (у больных НАС — $4,5 \pm 0,9$; у больных НКС — $4,9 \pm 1$) локализуется в области проявления болезни, причем словарь этих ощущений значимо увеличивается (разнообразие — 39 и 46). Интересны в этом смысле «общие изменения состояния организма». У больных НАС они достаточно редко включаются в картину приступа и столь же редко (в 9 % случаев) возникают в плацебо-эксперименте, тогда как у больных НКС они составляют практически обязательное сопровождение приступа и столь же часто (80 %) возникают в экспериментальной ситуации.

Изменение условий проведения эксперимента — переход к открытой инструкции — усиливает проявление плацебо-эффекта у здоровых испытуемых и больных ЖКБ и уменьшает у больных НАС и НКС (особенно у последних). В первых двух группах количество испытуемых, у которых появляются интрацептивные ощущения, увеличивается, а в двух последних уменьшается. Это очень важное обстоятельство позволяет оценить роль освоенного «сценария», разворачивающегося в ситуации плацебо-эксперимента. У здоровых испытуемых такого разработанного «сценария», как правило, нет и поэтому внешние опоры в виде формулировок, даваемых экспериментатором, облегчают формирование телесных ощущений, тогда как у больных с функциональными алгическими расстройствами они лишь мешают проявлению хорошо освоенного индивидуального паттерна. Иначе говоря, в условиях разработанного и хорошо освоенного стереотипа внешние инструкции, если они не вписываются в него, лишь мешают, а в случае же отсутствия такого стереотипа — предоставляют испытуемому необходимый язык. У больных ЖКБ объем ощущений в условиях открытой инструкции, так же как и у здоровых испытуемых, увеличивается. Объяснение заключается в том, что хотя болезненные ощущения им хорошо известны, но имеют совершенно иную природу и основываются на объективных причинах, а мифологический способ их порождения и больными и здоровыми испытуемыми освоен в равной степени недостаточно.

Аналогичные тенденции сохраняются в эксперименте «плацебо-электрод», правда, с некоторыми интересными особенностями (см. рис. 20). Эффект «плацебо-электрода» в сравнении с «плацебо-кап-

сулой» несколько увеличивается у здоровых испытуемых и значимо уменьшается у больных ЖКБ и НАС. Можно предположить, что капсула, принимаемая внутрь, имеет большую семантическую связь с типичными для этих больных ощущениями в области живота, чем электрод на голове. Высокая же эффективность электрода у здоровых испытуемых и у больных НКС предположительно можно связать с тем, что и в том и в другом случае ведущую роль в структуре плацебо-эффекта играют ощущения в области головы и ощущения общего тонуса, имеющие достаточно понятную смысловую связь с «влиянием на мозг».

Введение дополнительного опосредствования через создание ложной обратной связи значительно усиливает эффективность «плацебо-электрода» во всех группах испытуемых. Хотя можно отметить большую выраженность этого эффекта у больных ЖКБ и НКС, эти различия в ранговых значениях не существенны. Внешнее опосредствование становится главным фактором, нивелирующим влияние других переменных (табл. 8).

Косвенный результат экспериментов с ложной биологической обратной связью заставляет переосмыслить многие результаты, полученные в обширной области «bio-feedback», часть из которых, возможно, представляет собой не что иное, как «наведенный» плацебо-эффект. Что же касается нашей проблемы, то, обобщая предварительные результаты, можно сделать следующие, пока самые общие выводы. Во-первых, мы получили прямое экспериментальное доказательство принципиальной возможности порождения конкретных телесных ощущений через семиологическую конструкцию мифа. Это подтверждает наше теоретическое положение о том, что субъективное существование интрацептивного ощущения может в значительной степени расходиться с реальными телесными событиями, отражением которых оно должно было быть, если исходить из представлений о его рефлекторном характере. Величина плацебо-

Таблица 8 Средние ранговые значения плацебо-эффекта в условиях ложной биологической обратной связи

Группа	Здоровые ИСПЫТ.	ЖКБ	НАС	НКС
M±T	2+0,24	2,4±0,3	2,2+0,2	2,3±0,2

эффекта, полученная в экспериментах, показывает, что роль се-миологической составляющей лечебного процесса весьма велика и в некоторых случаях может обеспечивать более 90 % непосредственного субъективного эффекта.

Во-вторых, сам плацебо-эффект следует рассматривать как сложный феномен семиологической конструкции лечебного воздействия, величина которого может быть значительно изменена способом его включения в эту конструкцию.

В-третьих, уровень и эффективность семиологического опосредствования телесных ощущений увеличены у больных с функциональными алгическими синдромами и, по-видимому, принимают непосредственное участие в симптомообразовании. Хотя сам по себе этот факт еще не объясняет патогенетического механизма таких расстройств, можно довольно уверенно утверждать, что длительный спор, ведущийся по поводу поисков резидуальных органических нарушений при функциональных алгических синдромах, в значительной мере искусственен.

То, что весь набор интрацептивных ощущений, входящий в жалобы этих больных, может быть вызван знаковым раздражителем, свидетельствует о том, что если даже подобные нарушения и могут быть найдены, они играют отнюдь не главную роль и не объясняют формирования симптома. Значительно более важны психологические параметры, на изучение которых и следует сместить исследовательский акцент. Хотя семиотическое порождение телесных ощущений — вполне нормальный процесс, оно в силу каких-то еще не ясных для нас обстоятельств может приобретать патологический характер и плохо коррелироваться реальностью. Необходимо выяснить, почему в одних случаях интрацептив-ные ощущения, не имеющие под собой реальной почвы, носят транзиторный ситуационный характер, а в других — фиксируются в виде патологических синдромов; определить, что приводит к их стабилизации, чем определяется эффективность семиологического опосредствования интрацепции и какими психологическими или психофизиологическими механизмами оно обеспечивается. Попыткам ответить на эти вопросы посвящены два следующих блока наших экспериментов.

Глава 9

Исследование факторов субъективной эффективности плацебо-лечения

9.1. Постановка проблемы

Хотя моделирование плацебо-эффекта в лабораторных условиях позволяет продемонстрировать его феноменологию, эта процедура остается достаточно изолированной от развернутой мифологии медицины. Полученные результаты было бы полезно дополнить «полевым» исследованием, включенным в реальный лечебный процесс. Такая возможность предоставилась в 1987 г., когда автор участвовал в работе комиссии Онкологического научного центра РАМН по оценке противоопухолевой активности препарата «кат-рекс». Ситуация сложилась следующим образом. В 1987 г. в журнале «Смена» появилась статья, где утверждалось, что сотрудником технологической лаборатории биологически активных веществ А.Г. Го-чичиладзе изобретен очень эффективный противоопухолевый препарат, показавший блестящие результаты при испытаниях, но не внедряющийся в практику из-за незаинтересованности Министерства здравоохранения СССР (Бердичевская, 1987). После опубликования статьи ситуация стала неуправляемой: десятки тысяч онкологических больных и их родственников приехали в Грузию для получения чудодейственного препарата и Минздравом СССР в не-

скольких исследовательских учреждениях срочно были проведены его клинические испытания. Хотя испытания показали отсутствие какого-либо объективного противоопухолевого эффекта изобретенного препарата, это плохо убедило самого автора и его сторонников. Их главным аргументом была очевидная субъективная эффективность лечения «катрексом», позволяющая выпускать его до настоящего времени.

Сам метод отвечал всем критериям классического лечебного мифа: возможность существования чудодейственного препарата, излечивающего от рака; гонимый и непризнанный автор, окруженный недоброжелательностью коллег; сам препарат изготавливался из «природного сырья» — печени акулы-катрана. В многочисленных публикациях и телепередачах подчеркивалось, что акулы — единственный вид живых существ, у которых не бывает злокачественных новообразований. В духе мифопоэтической мысли предполагалось, что в организме акулы содержится некая субстанция, которая, будучи извлеченной, способна лечить от рака и человека. В эмоционально заряженной атмосфере онкологии подобного рода мифы рождаются с поразительной регулярностью: можно назвать «вакцину Троицкой» и препарат «АУ-8», за которым онкологические больные ездили в Таллин.

Но на этот раз размах событий был не сравним ни с чем. Десятки тысяч людей ночевали около лаборатории, где выпускался «кат-рекс», днем персонал был занят его наработкой, а ночью, при свете костров, его выдавали ожидающим. Хранившиеся в холодильнике ампулы рекомендовалось непосредственно перед введением согреть дыханием, и лечение превращалось в сакральное действие.

Ситуация клинических испытаний была удобна для исследования, так как больные находились под постоянным контролем; существовала возможность наблюдения в динамике и объективной оценки терапевтического эффекта.

Гипотеза исследования: предполагалось, что субъективный эффект лечения «катрексом» определяется исключительно индивидуально-психологическими факторами (особенностями когнитивного стиля, разработанностью субъективной интрацептивной семантики, языка тела) и степенью усвоенности лежащего в основе этого лечения мифа.

Главной задачей этого блока исследований было выявить, в чем именно заключался субъективный эффект лечения и какими конкретно психологическими факторами определялась его величина.

9.2. Характеристика больных

Было обследовано в динамике 94 больных различными злокачественными новообразованиями, 55 из которых удалось провести большинство исследований и проследить в динамике более 2 недель. На таблицах 9 и 10 представлено распределение больных по локализации опухолевого процесса и демографическим показателям.

Таблица 9 Распределение больных по локализации злокачественного новообразования

^V Д-з Кол-воч обслед. ч.	Рак мол. жел.	Рак желуд.	Рак легк.	Рак яичн.	Рак почки	Мела- нома	Лимфо- саркома	Всего
Абс.	25	19	17	15	3	11	4	94
%	27	20	18	16	3	12	4	100

Больные поступали в клинику в различном соматическом состоянии, часть из них удавалось обследовать по полной программе, другая же часть была настолько неблагоприятна, что приходилось ограничиваться клинической беседой.

Таблица 10 Распределение больных по демографическим показателям

Кол-во обслед.	Пол		Возраст				Образование			Всего
	М	Ж	<30	30-40	40-50	>50	высш. средн.	средн.	неполн.	
Абс.	38	56	7	22	38	27	32	41	21	94
%	40	60	7	24	40	29	34	44	22	100

9.3. Методы исследования

Самым важным моментом исследования была оценка субъективной эффективности проводимого лечения. Главным критерием служило мнение больного, которое в процессе беседы уточнялось. У больного выяснялось, в чем именно, по его мнению, проявлялся эффект проводимого лечения, как изменилось его самочувствие, жалобы, объективные проявления заболевания, чего он ожидает от проводимого лечения. В результате все больные были

Часть 2. Экспериментальные исследования

разбиты на 2 группы: с субъективным эффектом проводимого лечения и без эффекта.

В первую группу вошли больные, которые на протяжении не менее *двух* недель уверенно отмечали эффект лечения и могли сформулировать, в чем именно он заключался.

Во вторую группу вошли больные, либо не отмечавшие в своем состоянии никаких изменений, либо эти изменения были кратко-временны и нестабильны.

При поступлении больных в клинику во время первой беседы до начала лечения оценивалась степень уверенности больных в ожидаемом эффекте. Все больные были распределены по трем рангам степени уверенности в эффективности лечения.

3 — больные, высказывающие непоколебимую уверенность в успехе лечения «катрексом», считавшие, что он им «обязательно поможет». Как правило, в эту группу попадали лица, хорошо осведомленные о применяемом препарате, самостоятельно обратившиеся с требованием включения их в группу добровольцев для клинических испытаний. Зачастую эти люди проявляли упорство и настойчивость в достижении своей цели, предпринимали попытки самостоятельно достать препарат и не прислушивались к мнениям тех, кто сомневался в эффективности «катрекса».

2 — больные, предполагавшие, что «катрекс» им «может помочь», считавшие, что он способен «активизировать защитные силы». При этом их ожидания были, как правило, неконкретны, знания о препарате — отрывочны и главную роль во включении их в группу для испытаний играли скорее родственники, чем сами больные.

1 — больные, не имевшие определенного мнения о возможной эффективности лечения. В основном, в эту группу вошли лица, которым участие в клинических испытаниях было предложено лечащими врачами, либо они попали в группу, случайно узнав о проводимых испытаниях.

При планировании эксперимента мы постарались по возможности максимально расширить набор исследуемых параметров и методов, проводя длительное обследование, в которое входили разнообразные опросники: ММРІ, шкала локус-контроля Роттера, измерение уровня тревожности и пр. При обработке результатов оценивалась информативность полученных результатов в отношении субъективной эффективности лечения. Высоко информативными оказались лишь два **метода**.

А. Тест «спрятанные фигуры» Г. Виткина (*Witkin, 1954; Witkin et al., 1962; Соловьев, 1977; Witkin, Jooclenough, 1982*).

Этот тест, измеряющий степень «полезависимости», был разработан в рамках исследований «когнитивного стиля». Задача состо-

ит в том, что испытуемый должен найти простые геометрические фигуры, образующие часть более сложного узора. Полнезависимые субъекты легко выполняют это задание, полезависимым требуется более длительное время. Первоначально полезависимость понималась как функция перцептивной дифференцированности: зависимые от поля испытуемые воспринимают перцептивную стимуляцию как целое, с трудом выделяя ее части. В последние годы интерпретация этого феномена несколько усложнилась. Полне-зависимость стала пониматься как способность испытуемого ориентироваться на собственные ощущения, а не на контекст предъявления стимуляции (огрубляя — это выбор в качестве системы координат либо собственного тела, либо перцептивного поля). Сущность полезависимости легко понять из классического эксперимента Г. Виткина «ориентация положения тела в пространстве». Испытуемый находится в небольшой комнате, которую можно наклонять в различных плоскостях относительно находящегося в ней кресла. Задача: изменяя положение кресла, придать ему строго горизонтальное положение. Зависимые от поля испытуемые ориентируются не на собственные проприоцептивные ощущения, а на положение комнаты. Более простой тест «спрятанных фигур» позволяет проводить измерение степени полезависимости без сложного экспериментального оборудования, путем фиксации времени, затрачиваемого на поиск «спрятанных фигур».

Б. Вторым очень информативным параметром оказалась степень представленности в сознании телесных функций, измеряемая с помощью опросника «Шкала телесной перцепции» (ШТП). По мнению создателей этого опросника, у человека существует некоторый, врожденный или приобретенный в онтогенезе, уровень «телесной перцепции» — способности осознавать вегетативно управляемые телесные функции (Main, 1983).

Строго говоря, вопросы, входящие в этот опросник, касаются не только и не столько вегетативной нервной системы, сколько совокупности интрацептивных ощущений, связанных с работой внутренних органов: сердца, легких, желудочно-кишечного тракта. В норме, у совершенно здорового человека эти функции осуществляются, как правило, автоматически и не осознаются.

Для нас совершенно неважно, что является истинной причиной повышения уровня вегетативной перцепции: соматическое заболевание, нарушающее нормальное (а потому и бессознательное) осуществление телесных функций, тревожность, влияющая на вегетативную нервную систему и через нее объективирующаяся, врожденная вегетативная одаренность, ипохондрическая фиксированность или накопленный телесный опыт. Важно то, что оценка

большим нарушений телесных функций с точки зрения их частоты или интенсивности говорит, как минимум, о двух феноменах: их объективированности (представленности в сознании) и освоенности языка их описания.

9.4. Обсуждение результатов

Субъективный эффект лечения «катрексом» отмечался у 62 % больных. Его величина несколько колебалась во времени, но в целом сохранялась независимо от объективного течения болезни.

В основном отмечались улучшения, описываемые как изменения общего состояния — «уменьшилась утомляемость», «стало больше сил», либо вегетативных проявлений — уменьшение сердцебиения, потливости, головокружения, температуры, одышки. Весьма часто больные отмечали уменьшение болей, нормализацию сна, снижение тревожности. Часть больных (34 %) отмечала объективные изменения: уменьшение размеров или плотности опухоли, отечности окружающих тканей, асцита. Отсутствие объективных изменений при измерениях их несколько не убеждало и взамен одного не оправдавшегося «улучшения» подбиралось другое. Подобные улучшения несколько не зависели от действительного состояния больных и отмечались ими вплоть до летального исхода. Один и тот же симптом, в зависимости от его интерпретации, мог расцениваться и как позитивный, и как негативный и соответственно этому переживаться. У части больных «катрекс», по их словам, «нормализовывал температуру», у других же возникавшая после некоторых инъекций пирогенная реакция расценивалась как свидетельство эффективности лечения¹, причем в последнем случае само повышение температуры переживалось как «приятное».

Состояние больных после инъекций менялось настолько быстро, что объяснить эти изменения гипотетической активностью препарата невозможно. Характер самих изменений полностью соответствовал используемой концепции. Сторонники «иммунизации» отмечали «прилив сил», улучшение общего состояния, а те, кто

¹ Интересно сопоставить этот феномен с результатами классического эксперимента С.Шехтера: 2 группы студентов экзаменовались в условиях враждебности, а 2 другие — в условиях дружественного отношения. Одна из каждой пары групп получала инъекцию адреналина, а другая инъекцию физраствора. Первая группа испытывала отрицательные эмоции, а вторая положительные. Влияние адреналина оказалось неожиданным. Он усиливал как положительные, так и отрицательные эмоции. Какое бы физиологическое состояние ни вызывала инъекция, его знак определялся установкой, а не веществом (*Schacter, Singer, 1962*).

ориентировался на «местный эффект», предполагая наличие в «кат-рексе» некой действующей субстанции, испытывали локализованные ощущения. Одна из больных, обратив внимание на то, что вводимый ей препарат «слишком прозрачен», стала подозревать медперсонал в том, что ей вводят воду, и ее подозрения полностью подтвердились «исчезновением эффекта». Наименьшее количество каких-либо ощущений отмечалось у больных с неразработанной концепцией лечения.

По нашей просьбе больные вели дневники своего состояния и ниже приведен фрагмент одного из них. Особый интерес этого случая заключается в том, что больная сама по образованию врач и свое весьма квалифицированное описание она строила по законам естественно-научного жанра.

Больная К.Г.П., 38 лет, врач.

Рак молочной железы, состояние после овариоэктомии, химиотерапии.

«Состояние после овариоэктомии и химиотерапии: слабость, головокружение, резкое снижение работоспособности, тошнота, плохой сон, угнетенное состояние.

Status localis: грудь увеличена в объеме, напряжена, нечувствительна, «чужая».

Резко выраженный предменструальный синдром: головная боль, боль в пояснице, разбитость, раздражительность. Приливы часты (через 30—40 мин.), переносятся тяжело.

25.VIII.87. Вечером 1-я инъекция «катрекса».

26.VIII. После 2-й инъекции через 1,5 часа в узле появилось ощущение легкой болезненности, тянущее ощущение.

После 3-й инъекции ощущение усилилось: кажется, что-то происходит внутри узла, ощущение какого-то движения, постоянно идущего процесса. Улучшился сон. Впервые стала спать без снотворных и проснулась бодрой, свежей. Улучшилось настроение, появился аппетит, исчезла тошнота, слабость.

После 4-й инъекции «катрекса» без усталости гуляла в течение 3-х часов и пешком поднялась по лестнице на 4-й этаж без одышки и тахикардии.

28.VIII. После 5-й инъекции визуальное увеличение груди в объеме, некоторая отечность кожи подключичной области, появилась болезненность в этой зоне и болезненность подмышечного лимфоузла при движении и пальпации.

6-я инъекция. Постепенно нарастает усталость, головная боль, появляется апатия, сонливость.

7-я инъекция. Ломота во всем теле, больше в костях таза, отдающаяся в ноги, сильная боль в груди, подключичной области, озноб,
8 - 5956

температура нормальная. Реакцию надо расценивать как аналогичную бактериальному шоку. После приема тавегила, хлористого кальция и горячего чая озноб прошел.

29.VIII. 8-я и 9-я инъекции. Сохраняется ломота во всем теле, но несколько меньше; болезненность груди, подмышечного л/узла усилилась, хотя визуально грудь значительно меньше в объеме, мягче: появилась чувствительность груди. Грудь «живая», «своя»; некоторое местное повышение температуры.

10-я инъекция. Сохраняется небольшая ломота в пояснице, появилась боль под левой лопаткой: постоянная, тупая, усиливающаяся при движении и глубоком дыхании. Резкая болезненность л/узла, ограничивающая подвижность правой руки. Status localis: грудь пальпаторно значительно меньше в размерах, мягче.

31.VIII. 12-я инъекция. Самочувствие нормальное. Легкая болезненность при пальпации в подключичной области. Status localis: грудь совершенно мягкая, ощущение, что отек сконцентрировался только в ограниченной зоне. На коже нижних сегментов (там, где ранее был резко выражен отек) образовалась как бы пустота, отчего необыкновенное чувство легкости.

Параллельно со всеми изменениями ощущение движения, какой-то внутренней работы в теле. Сохраняется болезненность подмышечного л/узла.

Появление болезненности я трактую как положительный момент: что-то наподобие перехода процесса в воспалительную реакцию.

Работоспособность повысилась, спала спокойнее. Приливы реже (через час), переносятся легче, быстрее проходят.

3.IX. 18-я инъекция. Уменьшение болезненности подмышечного л/узла, узел стал мягче.

7. IX. Вечером начала 2-й курс лечения «катрексом». Самочувствие хорошее. Сон нормализовался. Более спокойна. Местно — без выраженной динамики. Ощущения внутреннего давления в груди менее выражены, появляются через 1,5—2 часа после инъекции и продолжаются около 15 минут.

Приливы еще реже, легче протекают. Состояние организма, настроение и местные проявления стабилизировались.

15.IX. 42-я инъекция. Грудь мягкая, «легкая», остается небольшая зона отека, узел четко контурируется, пальпаторно, по сравнению с исходными размерами, уменьшился приблизительно на 1/3. Подмышечный узел стал мягче, болезненность небольшая, при пальпации сохраняется.

16. IX. 46-я инъекция. Без динамики.

17—22. IX. Перерыв влечении.

17—20. IX. ОРЗ. Характерно, что за весь дождливый период болела ОРЗ всего 1 раз, довольно легко, и быстро пришла в норму. Обычно

заболевала с началом дождей и до первого снега практически не чувствовала себя полностью здоровой.

20.IX. Подмышечный узел стал безболезненным. В остальном без динамики.

23. IX. 3-й курс лечения «катрексом».

23—26. IX. Без видимой динамики.

29. IX. 60-я инъекция. Отека практически нет. Опухоль и подмышечный л/узел уменьшились чуть ли не на глазах. Очевидно, при 3-разовом введении создается оптимальная концентрация препарата. Но одновременно появилась тяжесть за грудиной, умеренная тахикардия, которые купируются приемом валокардина: похоже на миокар-дию в результате интоксикации. Появилась жажда, в течение последующих дней боли в сердце и тахикардия прошли.

Считаю, что «катрекс» обладает выраженным иммуностимулирующим и противовоспалительным действием. Жду от него именно такого эффекта. Иногда нужно дать незначительный толчок и возможность самому бороться с болезнью, помогать в этом, а не угнетать организм, как это часто делается.

В данный момент чувствую себя хорошо, настроение бодрое, надеюсь на выздоровление».

Это описание хорошо демонстрирует зависимость интерпретации ощущений от контекста, причем весьма трудно сказать, где кончается миф и начинается реальность, когда ощущение «запускает» реальность, а когда под него подстраивается.

Хотя больная очень хорошо образованна, связь мифа и порождаемых им (или модифицируемых) ощущений мало отличается от случая «заболевания-змеи» в Корнуэллсе, описанного Э.Б. Тайло-ром. Добавить к этому можно лишь то, что у больной все это время отмечалось прогрессирование заболевания.

Наиболее информативными показателями, разделяющими больных с субъективным эффектом и его отсутствием при лечении «катрексом», оказались следующее (по степени убывания информативности): степень полезависимости, уровень телесной перцепции, атрибуция обращения (сам больной добился включения его в группу для клинических испытаний или оно было ему предложено) и степень уверенности в эффекте лечения. В таблице 11 приведены статистические параметры этих показателей.

Рассмотрим последовательно каждый из информативных показателей. Для лучшей иллюстративности они будут представлены в графическом виде с использованием наиболее информативных градаций разбиения распределений.

Таблица II Статистические параметры информативных показателей (* p<0,05)

№	Показатели (M±t)	С эффектом	Без эффекта
1.	Полезависимость (средн. вр. сек.)	102 ± 14 *	34 ±9,4
2.	Уровень телесной перцепции	9,6 ± 1 *	5±1,4
3.	Атрибуция обращения	1 * 0,4 *	1,6 ±0,1
4.	Степень уверенности в успешности	2,4 ±0,1 *	1,6 ±0,2

Примечание. В № 3 и 4 использованы ранговые критерии.

На рисунке 21 представлена диаграмма процентного распределения числа больных с субъективным эффектом и без эффекта лечения по степени полезависимости. Связь этих параметров совершенно очевидна: высокополезависимые субъекты значимо чаще отмечают эффект лечения и уровень полезависимости является наиболее мощным фактором, определяющим эффект плацебо-лечения. Это вполне понятно, если учесть, что он характеризует фундаментальные принципы перцептивной стратегии: возможность вычленения стимула из перцептивного поля, зависимость от условий предъявления

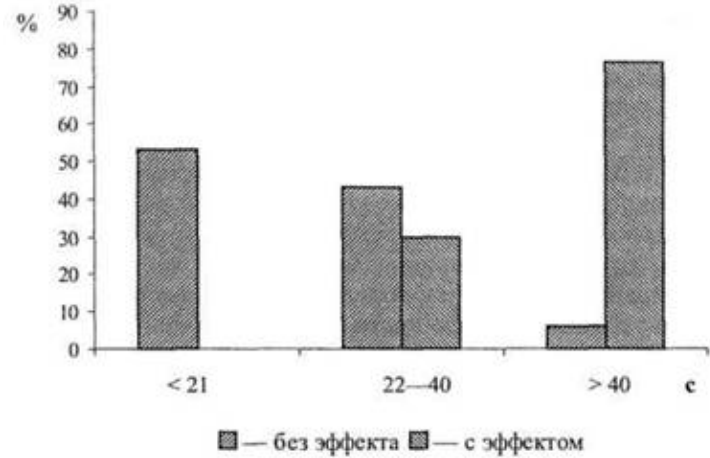


Рис.21. Распределение больных по величине полезависимости (с)

стимула и выбор системы координат — собственное тело или внешнее окружение. Одна и та же концепция, даже если предположить одинаковую степень доверия к ней и равную степень усвоенности, будет обладать разными возможностями ее телесного подкрепления и проверки. Высокополезависимые лица легче игнорируют объективные характеристики стимула, демонстрируют большие пределы их искажения и, следовательно, лучшее подкрепление усвоенных мифологических конструкций и их меньшую верифицируемость. Однако сама возможность плацебо-лечения должна основываться на объективированных телесных ощущениях, на освоенности языка тела. Очевидно, что чем этот язык богаче и сложнее и чем болезнь «артикулированнее», тем больше возможностей для оценки эффективности проводимой терапии. Как уже отмечалось, миф постоянно должен подпитываться реальностью, чтобы сохранять свое сходство с ней, и плацебо-лечение не меньше, чем истинное лечение, должно подкрепляться телесным подтверждением. Поэтому не удивительно, что уровень вегетативной перцепции у больных с устойчивым субъективным эффектом значимо выше: они обладают исходно лучшими возможностями его оценить (рис. 22).

Уровень телесной перцепции отражает еще один интересный момент. В этот опросник включены, в основном, вегетативно регулируемые телесные функции и именно они, будучи телесно объективированными, преимущественно используются для оценки соматического состояния. Поэтому снижение уровня тревожности и

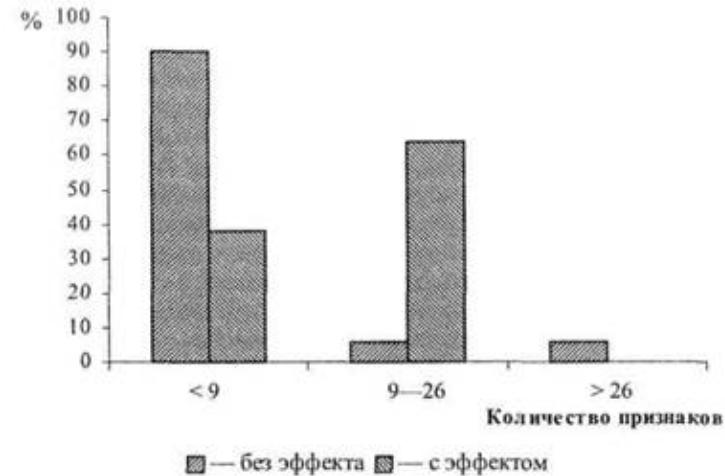


Рис. 22. Распределение больных по уровню телесной перцепции

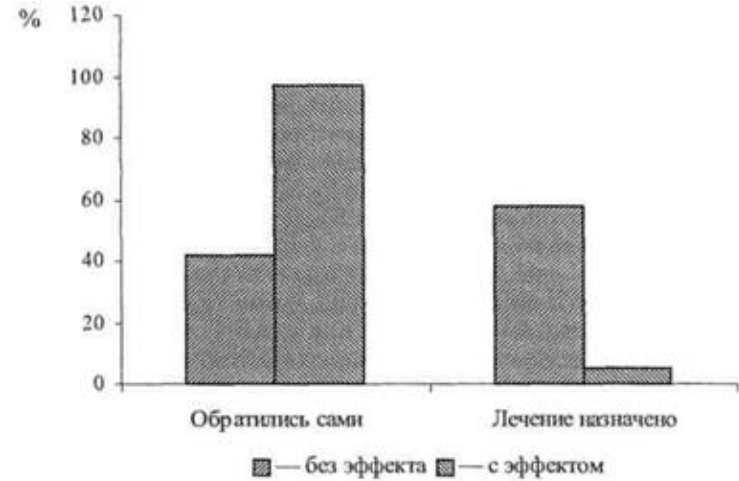


Рис. 23. Распределение больных по атрибуции обращения

улучшение психического состояния больных во время плацебо-лечения (если больной получает лечение, в которое он верит) приводит к нормализации вегетативных проявлений, рефлексии, происходящих лишь в их органной проекции, что расценивается больными как соматическое улучшение.

Полезависимость и уровень вегетативной перцепции отражают два автономных фактора субъективной эффективности лечения и практически не коррелируют друг с другом ($R = 0,133$).

Более связаны между собой два следующих по степени информативности показателя: атрибуция обращения и степень уверенности в эффекте лечения ($R = 0,562$; $p < 0,05$) (рис. 23, 24). Среди больных, обратившихся самостоятельно, эффект отмечается в 96 % случаев, а у тех, кому оно было рекомендовано, — лишь у 43 %. Точно так же, среди тех, кому лечение «катрексом», по их мнению, помогло — 56 % высказывали до его начала полную уверенность в успехе, а среди тех, кому не помогло, — таких лишь 14 %. В сущности, оба этих показателя отражают степень доверия к мифу на разных уровнях реализации: атрибуция обращения — на поведенческом, а степень уверенности — на вербальном. Поведенческий уровень реализации более сложен, он включает в себя многие компоненты: стеничность, активность, объективные воз-

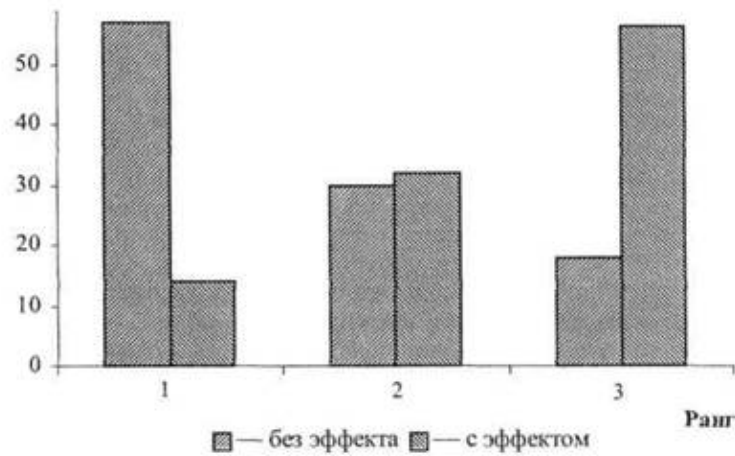


Рис. 24. Распределение испытуемых по рангу уверенности в успехе лечения

возможности, но очень хорошо отражает истинную, а не декларируемую уверенность в успехе (нужно очень верить в предполагавшийся успех, чтобы преодолеть все трудности, стоящие на пути его достижения). Менее показательны в этом отношении больные, которым лечение рекомендовалось врачом: в этом случае степень уверенности самого пациента в успехе лечения не имела принципиального значения. Итак, полученные результаты доказывают, что эффект мифологизированной процедуры лечения в значительной степени определяется такими индивидуально-психологическими характеристиками как полезависимость/полenezависимость, уровень вегетативной (или, более точно, телесной) перцепции и степень доверия к мифологическому концепту. Это еще одно доказательство того, что величина плацебо-эффекта не является неким стабильным параметром и не может применяться в качестве универсального показателя без учета формирующих его факторов.

Можно с большой степенью уверенности сказать, что высоко полезависимый субъект получит ощущение улучшения от любого вида лечения, если будет в него верить и выберет его сам. Само же содержание лечения и его обоснованность не имеют для достижения субъективного эффекта практически никакого значения. Это

простое правило было бы полезно конкретизировать, установив формализованные граничные критерии. Таким практическим следствием стала разработка с помощью экспертной системы решающего правила, которое на основании небольшого количества показателей позволяет предсказать результат плацебо-лечения. При выборе показателей мы старались максимально упростить необходимое для этого психологическое обследование, сделав его доступным для любого пользователя. В результате минимизации измерений было построено два таких решающих правила.

В первое, прогнозирующее отрицательный результат с вероятностью 90,5 %, а положительный с вероятностью 84,4 %, вошло 5 показателей: атрибуция обращения, степень уверенности в эффекте, уровень вегетативной перцепции (а — общий объем испытываемых ощущений, б — количество часто испытываемых ощущений, в — количество интенсивных ощущений). Пользоваться решающим правилом необходимо следующим образом. Все измерения разбиты на информативные градации, каждой из которых присвоен определенный коэффициент (табл. 12). Определив, в какие градации попадают измерения, необходимо суммировать коэффициенты. Если их сумма $S > 0$, то с вероятностью 90,5 % у

Таблица 12 Решающее правило прогнозирования эффективности плацебо-лечения

Измерение	Градации	Коэффициент
Атрибуция обращения	1 — обратился самостоятельно	-74 185
	2 — направлен на лечение	
Ранг уверенности в успехе лечения	1 — не уверен	133
	2 — сомневается	-8
	3 — полностью уверен	-118
Общее количество ощущений (ШТП)	1 — <9	81
	2 — 9—26	-191
	3 — >26	107
Количество часто встречающихся ощущений (ШТП)	1 — <2	43
	2 — 2	19
	3 — 3—15	-158
	4 — > 15	42
Количество интенсивных ощущений	1 — <4	28
	2 — 4—18	-202
	3 — > 18	107

данного субъекта плацебо-лечение не будет эффективным, а если $S < 0$, то с 84,4 % вероятностью субъективный эффект будет. С некоторыми потерями в точности решающее правило можно еще упростить, оставив лишь два признака: атрибуцию обращения и степень уверенности (табл. 13). Правило пользования остается тем же, но в этом случае эффективность можно будет предсказать с вероятностью 85,3%, а ее отсутствие, — с вероятностью 71,4%.

Разработанное решающее правило может найти широкое применение в клинической практике, отборе больных для психотерапии, клинических испытаниях новых препаратов и методов лечения, а также при рандомизации исследований. Итак, полученные результаты доказывают, что эффект мифологизированной процедуры лечения в значительной степени определяется такими индивидуально-психологическими характеристиками, как *полезависимость/полнезависимость, уровень телесной перцепции и степень доверия к мифологическому концепту*. Величина плацебо-эффекта не является неким стабильным параметром и не может применяться в качестве универсального показателя без учета формирующих его факторов. Этот тезис имеет вполне конкретные практические следствия, так как существует очевидная возможность улучшить показатели любой терапевтической процедуры, повысив ее эффективность за счет семиотических компонентов. Как мы убедились в исследовании, наиболее важна степень доверия клиента к предлагаемому концепту-мифу. Это открывает достаточно широкие возможности для манипулирования доверчивыми клиентами и создания убедительного имиджа квалифицированного врача. Очень эффективно подробное инструктирование больного, дающее ему язык, необходимый для фиксации и осознания возможного эффекта, и введение системы опосредования его телесных функций. Так, задание ложной биологической обратной связи повышает число плацебо-феноменов в 2-3 раза (Тхостов, 1991).

Таблица 13

Измерение	Градации	Коэффициент
Атрибуция обращения	1 - обратился самостоятельно	-75 191
	2 - направлен на лечение	
Ранг уверенности в успехе лечения	1 - не уверен	120
	2 - сомневается	-2
	3 - полностью уверен	-118

Особый способ, обеспечивающий доверие клиента, — введение платы за лечение. Этим одновременно достигается решение двух задач: повышение престижности лечения (высокая цена как бы гарантирует качество услуг) и, что еще более важно, мгновенное отсеивание немотивированных и недостаточно доверяющих клиентов. Оплаченное лечение — скрытая и очень точная реализация атрибуции обращения. Величину платы, которую готов внести клиент, можно рассматривать как меру его мотивированности. С известными оговорками это очень похоже на практиковавшийся в экспериментальной психологии способ измерения выраженности потребностей крысы величиной силы электрического тока, которую она была способна претерпеть для достижения стимула. С семиотической точки зрения платное лечение всегда обладает преимуществами по сравнению с бесплатным. Столь же очевидна роль отбора мотивированных и доверяющих пациентов необходимостью длительного ожидания, предварительной записью. Очередь проясняет атрибуцию обращения и так же, как высокая плата, повышает авторитет врача. В апокрифических рассказах о работе В.М. Бехтерева есть очень интересное описание того, что он брал на лечение от алкоголизма только тех, кто умолял его об этом на коленях. Даже если это и неправда, сам по себе принцип такого отбора наверняка был бы более чем эффективен.

Ориентация на мотивированных и доверяющих пациентов может объяснить также сектантский оттенок деятельности каждого популярного психотерапевта: требование полного подчинения, позиция гуру-учителя, владеющего самым сокровенным знанием, жесткий отсев сомневающихся и диссидентов. Если, например, обратиться к истории психоанализа, не говоря уже о менее рефлексивных психотерапевтических техниках, то нельзя не заметить, что его развитие, как правило, сопровождалось постоянными расколами и скандалами: судебный процесс между З. Фрейдом и К. Юнгом, изгнание Ж. Лакана из Международной психоаналитической ассоциации и пр.

Семиотическую эффективность лечебного процесса можно также значительно повысить, если отбирать для лечения лиц с высокой степенью полезависимости и хорошо развитой способностью выделять и рефлексировать субъективные сенсации (либо тем или иным способом создавать условия их порождения). Степень полезависимости увеличивается при приеме наркотиков, алкоголя, психотропных препаратов, длительной гипервентиляции, что достаточно широко использовалось в шаманской практике и традиционной медицине. Весьма интересны йоговские техники, связанные с фиксацией внимания на своем теле, оригинальными методами его объектива-

ции, управляемым дыханием, освоением языка тела. Достаточно близко к ним стоят современные методы телесно-ориентированной психотерапии, использующие сходные механизмы. Особенно демонстративна, на мой взгляд, популярная методика голотропного дыхания по Станиславу Грофу. Лежащая в ее основе старая техника гипервентиляции, порождающая гипокапнические явления и дисфункцию вегетативной регуляции, сопровождающиеся обильными телесными ощущениями и изменениями состояния сознания (Молдовану, 1991), приводит в то же время к резкому повышению полезависимости. Методы такого рода сами создают одновременно и феномены, подкрепляющие надстраиваемые над ними мифологические конструкции, и условия, усложняющие возможности их проверки.

Эффективность техник подобного рода достаточно сложно подвергать сомнению, так как они основаны на замкнутых структурах, мифологическая природа которых незаметно, но очень прочно укоренена в феноменологически очевидной реальности.

Прочность мифологических конструкций психотерапевтической практики, обеспечивая успешность их применения, приводит к значительным трудностям ее научного осмысления. Разнообразие мифологий лечения, практически равные эффективности разных психотерапевтических процессов затемняют лежащее в их основе структурное единство. Психотерапевту очень трудно понять и тем более признать, что оригинальность выстраданного им метода с научной точки зрения имеет не более чем этнографическую ценность и его преимущества перед шаманом весьма относительны. Получая постоянное подтверждение эффективности своего метода (сколь бы абсурдным он ни был — каждый психотерапевт найдет своего клиента), он склонен впадать в «квесалидизм» — веру в собственную исключительность, реальность «оригинальных» теоретических построений.

Сочетаясь с очевидными антисциентистскими и прагматическими установками современного общества и части ученых, эта тенденция становится крайне опасной. «Если взять практику непосредственно (дотеоретически), то тогда успешная практика подтверждает существование таких объектов и их особых хронотопов, как "злые духи"» (Тищенко, 1991б, с. 21—22). Психотерапевт или психолог, идущий следом за своей практикой и не желающий замечать того, что эта практика может порождать семиотические фантомы, обладающие всеми признаками реальности, обречен жить в этом фантомном мире. Он, конечно, имеет на это право, но необходимо учитывать, что личная убежденность психотерапевта в истинности своей теории и коммерческий успех его деятельности — недостаточные аргументы для науки.

10.1. Постановка проблемы

Все наши рассуждения относительно возможности знаково-сим-волической детерминации интрацепции и того, что порождение и изменение качества ощущений как субъективных феноменов невыводимо из простых психофизических соотношений, будут принципиально неполны без специального психофизического исследования телесной чувствительности. Порождение телесных ощущений в ситуации мифологического опосредствования — «от концепта» — может объясняться, как минимум, действием двух причин (действующих либо совместно, либо изолированно): искажением, в широких пределах, субъективного переживания, без каких-либо изменений чувствительности сенсорного аппарата, или именно этими изменениями чувствительности, возникающими вследствие факторов внесенсорного происхождения (концентрации внимания, установки, мотивации, прошлого опыта и пр.). Решение этой задачи представляет как теоретический, так и практический интерес.

¹ Исследование проводилось совместно с Г.А.Ариной, И.В. Молдовану, Г.Г. Торопиной, Е.О. Шкроб.

Теоретическая ценность заключается в уяснении места психофизиологических параметров в построении телесного ощущения не как натурального рефлекторного акта, а — знаково-опосредствованного, социализованного и трансформированного в человеческой деятельности. Хотя область телесности еще продолжает рассматриваться как преимущественно натуральная, современные представления о природе чувствительности учитывают возможности ее внесенсорной детерминации {Забродин, Лебедев, 1977; Сон-гайло, 1962}. Развитие «субъективной психофизики» — это не что иное, как замаскированный отказ от многих предрассудков объективизма, требующего в своей последовательной реализации онтологического и гносеологического исключения субъекта. В «субъективной психофизике» на смену традиционному пониманию порога сенсорной системы как рубежа, разделяющего континуум стимулов на ощущаемые и неощущаемые и зависящего лишь от ее физиологических качеств, приходит новое, базирующееся на понимании широкой вариативности порогов у одного и того же человека в зависимости от условий восприятия и субъективных факторов. Парадигма дискретности в понимании работы сенсорной нервной системы заменяется парадигмой непрерывности и в экспериментах по определению порогов, кроме его собственных значений, полноценное место занимают систематические вариации и «ошибки», привыкания или предвосхищения, стратегия обнаружения сигнала, принимающие участие в детерминации ответной реакции испытуемого (Pennebaker, Watson, 1991).

Практическое значение психофизического исследования у больных функциональными алгическими синдромами связано с тем, что оно должно дать экспериментальный ответ на вопрос о месте функциональных показателей сенсорной системы в симптомообразовании патологических ощущений. Без такого ответа теоретический спор о том, что является первичной причиной порождения телесного симптома: функциональное состояние соответствующей сенсорной системы или опосредствующая телесное восприятие знаковая система, — обречен на бесконечность и психологические спекуляции на эту тему всегда будут критически восприниматься врачами, склонными к более простому и привычному физиологическому объяснению.

Гипотеза исследования. Предполагалось, что влияние знакового опосредствования на сенсорную и болевую телесную чувствительность должно проявляться как через изменение показателей порогов, так и через появление типичных вариаций и «ошибок» восприятия сигнала, создание особых стратегий. Специфичность же интрацептивного восприятия у больных с функциональными алги-

ческими синдромами связана с особенностями их когнитивного стиля, знакового опосредствования, стратегии восприятия, особыми типами «ошибок».

Задачи исследования. Измерение сенсорных и болевых порогов в различных условиях знакового опосредствования, исследование особенностей когнитивного стиля, типов стратегии и «ошибок» при восприятии сенсорных и болевых стимулов у здоровых испытуемых, у больных реальным соматическим заболеванием и больных функциональными алгическими синдромами.

10.2. Характеристика испытуемых

В эксперименте принимали участие те же группы испытуемых, что и в экспериментах по исследованию плацебо-эффекта (см. главу 8, с. 209).

10.3. Методы исследования

Основным методом исследования было измерение *порогов сенсорной и болевой чувствительности* {Бардин, 1976). Поскольку моделировать истинное интрацептивное ощущение в экспериментальной ситуации практически невозможно, в качестве модели использовалось измерение кожной чувствительности. Понимая неполную идентичность этих форм чувствительности, мы, тем не менее, полагали возможным установление некоторых принципиальных закономерностей, которые с известными оговорками могли бы быть экстраполированы на интрацептивное восприятие.

Теоретически такое исследование может проводиться с помощью различных стимулов: тепловых, Холодовых, методом давления на ткани, а также электрической стимуляции (Беляев, 1986; Kumazawa, Mizunura, Sato, 1987). Технически наиболее удобна электрическая стимуляция. Величина ощущения в этом случае возрастает как силовая функция тока в пределах болевого ощущения {Забродин, Лебедев, 1977; Dowling, 1982).

Электрический стимул подавался с помощью прибора «Стимул I», а сила тока регистрировалась с помощью цифрового ампервольтомметра ЗИЛ-1983 ФЗО.

Измерение порогов проводилось по методике «границ» или «едва заметных различий» в модификации, названной «вверх-вниз». Предъявление стимула осуществлялось нисходящими и восходящими по силе тока рядами. В восходящем ряду определялся порог появления сигнала, а в нисходящем — порог исчезновения.

По вербальному ответу испытуемого регистрировалась величина порога появления и исчезновения ощущения. В процедуру измерения входило: 11 проб для измерения сенсорной чувствительности (9 сигнальных, 1 — «пустая», когда стимул без предупреждения в ожидаемый стереотипный временной интервал не подавался, и 1 — «пустая», когда стимул в течение 30 с не уменьшался) и 7 проб для измерения болевой чувствительности (6 — сигнальных и 1 — «пустая», в которой стимул после возникновения ощущения в течение 30 с не увеличивался, а после появления боли в течение 30 с не уменьшался).

Входной сигнал переменного тока (50 Гц) прямоугольной формы последовательно (после выполнения всей серии) подавался в две зоны — нейтральную (предплечье правой руки) и актуальную для больных с алгическими синдромами (эпигастральная область под правым подреберьем). Исследование проводилось двукратно: до и после приема плацебо-капсулы (глава 8, с. 213).

Регистрировались уровневые индивидуальные показатели сенсорных и болевых порогов (средние значения в сигнальных пробах без первого измерения порога появления и порога исчезновения), показатели индивидуальной вариативности порогов (среднее квадратичное отклонение).

Отдельно вычислялись средние пороги и стандартные отклонения сенсорного порога в серии измерений болевого порога и градиенты изменения сенсорных и болевых порогов в болевых сериях (среднее отношение величины последующего измерения к предыдущему).

Таким образом, телесная чувствительность каждого испытуемого характеризовалась 18 показателями:

1. Сенсорный порог появления — СП;
2. Сенсорный порог исчезновения — СИ;
3. Болевой порог появления — БП;
4. Болевой порог исчезновения — БИ;
5. Сенсорный порог появления в болевой серии — СП';
6. Сенсорный порог исчезновения в болевой серии — СИ';
7. Стандартное отклонение сенсорного порога появления — оСП;
8. Стандартное отклонение сенсорного порога исчезновения — стСИ;
9. Стандартное отклонение болевого порога появления — оБП;
10. Стандартное отклонение болевого порога исчезновения — оБИ;
11. Стандартное отклонение сенсорного порога появления в болевой серии — стСП';
12. Стандартное отклонение сенсорного порога исчезновения в болевой серии — оСИ';

13. Градиент сенсорного порога появления — ГрСП;
14. Градиент сенсорного порога исчезновения — ГрСИ;
15. Градиент болевого порога появления — ГрБП;
16. Градиент болевого порога исчезновения — ГрБИ;
17. Градиент сенсорного порога появления в болевой серии — ГрСП';
18. Градиент сенсорного порога исчезновения в болевой серии — ГрСИ'.

Эти измерения проводились в нейтральной (Н) и актуальной (А) зонах до плацебо-эксперимента (1) и после (2).

Для установления структуры внутренних связей показателей матрица измерений подвергалась TAXON-анализу.

Для анализа материала использовалась автоматизированная экспертная система «Распознавание образов», позволявшая выявить признаки, наиболее информативно разделяющие как группы испытуемых, так и изменения признаков (измерений) под влиянием плацебо.

Измерение эффективности внешнего опосредствования сенсорных порогов

Для изучения возможностей внешнего опосредствования сенсорного восприятия проводился эксперимент с ложной обратной связью. После первой серии измерений и до плацебо-эксперимента перед испытуемым устанавливалась лампочка, частота мигания которой коррелировала с силой тока, подаваемого на электрод в актуальной зоне.

После 5 установочных проб проводилось 5 измерений:

1. Скорость изменения частоты мигания лампочки на 30 % превышала скорость нарастания силы тока.
2. Скорость изменения частоты мигания на 30 % отставала от скорости нарастания силы тока.
3. После появления ощущения частота мигания лампочки оставалась стабильной, а сила тока изменялась.
4. После появления ощущения частота мигания лампочки уменьшалась, а сила тока оставалась стабильной.
5. Изменение частоты мигания не сопровождалось подачей стимула.

Фиксировались различия в показателях установочной серии и контрольных измерений. Эффективность внешнего опосредствования оценивалась в рангах (0 — эффект смещения не удавалось вызвать ни в одной пробе, 5 — эффект вызвался во всех пробах).

Дополнительные исследования. Поскольку на основании предварительных экспериментов была выявлена связь особенностей интрацептивного восприятия и когнитивного стиля, у всех испытуемых измерялся *уровень полезависимости* с помощью теста Г.Виткина. Так как в литературе существуют убедительные данные о влиянии уровня тревожности на величину сенсорных и болевых порогов, у всех испытуемых проводилось измерение реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности по тесту Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина (1976).

10.4. Обсуждение результатов

Величина сенсорного и болевого порога у наших испытуемых зависит от столь многих одновременно действующих причин, что обнаружить какую-либо однозначную логику в ее изменениях практически невозможно. Тем не менее, попытаемся выделить основные составляющие этих изменений и некоторые принципиальные закономерности.

В выборе показателей для обсуждения мы ориентировались как на их формальную (математическую) информативность, так и на возможность содержательной интерпретации.

Наиболее информативным показателем, различающим все группы больных от здоровых испытуемых, оказался уровень полезависимости (рис. 25). Как можно видеть, наиболее зависимыми от поля

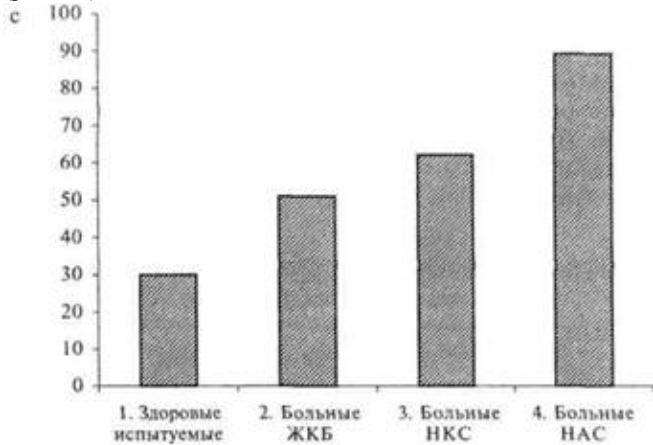


Рис. 25. Распределение испытуемых по уровню полезависимости (с)

Часть 2. Экспериментальные исследования

оказались больные НАС и больные НКС, затем следуют больные ЖКБ и, наконец, здоровые испытуемые. Высокая полезависимость больных функциональными алгичес-кими синдромами, как наиболее информативный различительный признак, хорошо объясняет главные особенности интрацептивного восприятия и симптомообразования в этой группе больных: опору на внешние координаты, возможность, в широких пределах, расхождения качества стимула и его субъективного переживания. Несколько удивительной для нас оказалась достаточно высокая полезависимость больных желчнокаменной болезнью. Можно предложить следующее объяснение этого феномена. Во-первых, сама желчнокаменная болезнь относится к числу психосоматических заболеваний и страдающие ею больные отличаются рядом своеобразных личностных качеств, в том числе, по-видимому, и высокой исходной полезависимостью. Второе предположение заключается в том, что в эту группу вошли больные, находившиеся в предоперационном периоде и отличавшиеся достаточно высоким уровнем тревожности, сравнимым с уровнем тревожности у больных с функциональными алгически-ми синдромами, также повышающем степень зависимости от поля (табл. 14). Существенно изменены у больных и сами величины порогов восприятия. На рисунках 26—29 представлены диаграммы сенсорного и болевого порогов (появления и исчезновения) в нейтральной и актуальной зонах в первой (до плацебо) и второй (после плацебо) сериях. Рассмотрим сначала сенсорные пороги и их изменения после плацебо в нейтральной зоне. Величина пороговых значений на руке у всех групп, за исключением больных ЖКБ, примерно равна, небольшие различия статистически незначимы. У больных ЖКБ величина сенсорного порога на руке вдвое ниже, чем у остальных испытуемых. Под влиянием плацебо чувствительность в нейтральной зоне у здоровых испытуемых увеличивается ($p<0,05$), тогда как во всех остальных группах она падает, и разница в сенсорных поро-

Таблица 14 Показатели реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности по шкале Спилбергера.

Группы	Здоровые исп.	ЖКБ	НАС	НКС
РТ	26±4	44±2	49±2	50±2
ЛТ	26±4	45+2	56+1	57+1

Рис. 26. Диаграмма средних значений болевого и сенсорного порога в нейтральной зоне (на руке) до плацебо

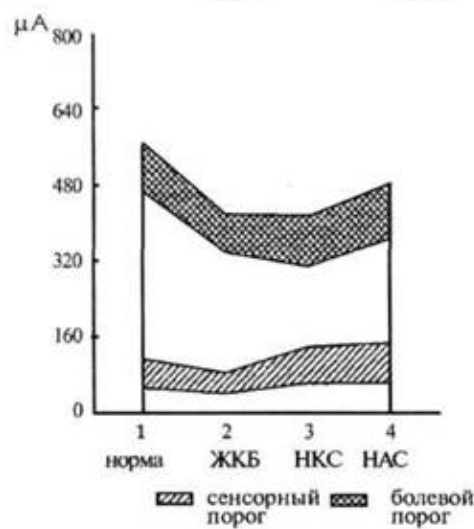
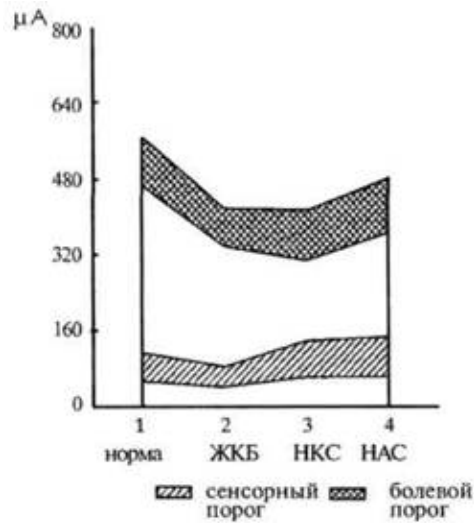
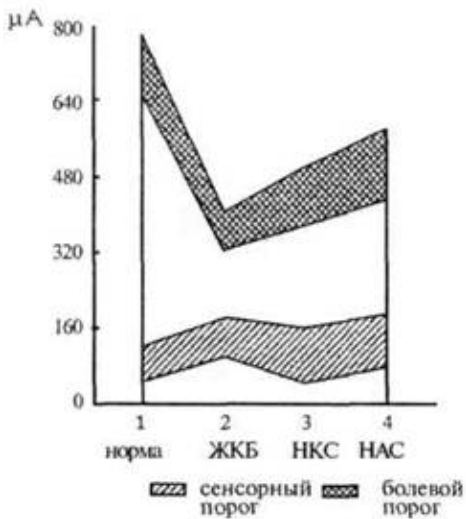
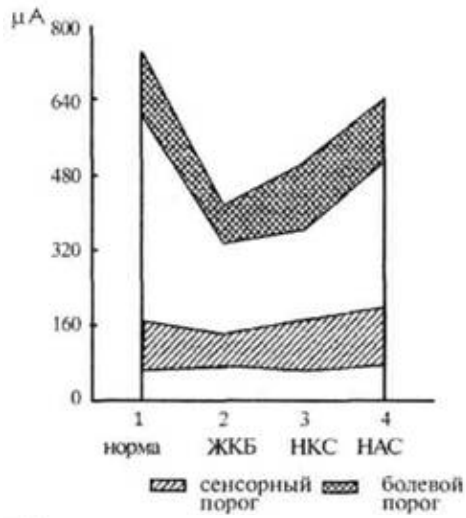


Рис. 27. Диаграмма средних значений болевого и сенсорного порога в нейтральной зоне (на руке) после плацебо

Рис. 28. Диаграмма средних значений сенсорного и болевого порога в актуальной зоне до плацебо

Рис. 29. Диаграммы средних значений сенсорного и болевого порога в актуальной зоне после плацебо



гах становится статистически значимой. При этом разность диапазона между порогом появления и порогом исчезновения у всех, кроме больных ЖКБ, увеличивается: границы ощущения после плацебо определяются менее четко.

Что же касается болевых порогов на руке, то их различия более демонстративны. Во всех группах больных они значимо ниже, чем у здоровых испытуемых (особенно у больных ЖКБ, определяющих болевое ощущение наиболее четко: разница между порогом появления боли и ее исчезновением у них минимальна). Плацебо снижает болевой порог у здоровых испытуемых, повышая его в остальных группах. Перейдем к анализу порогов сенсорного и болевого восприятия в актуальной зоне. Уровень сенсорного порога в зоне подреберья и живота во всех группах испытуемых, за исключением больных ЖКБ, у которых он понижен, также значимо не различается. Плацебо значимо понижает порог сенсорного восприятия у здоровых испытуемых, незначимо — у больных НАС и НКС, и повышает его у больных ЖКБ. Болевые пороги у всех групп больных ниже ($p < 0,05$), чем у здоровых испытуемых. Наиболее высокая чувствительность отмечается у больных ЖКБ, затем следуют больные НКС и НАС. Плацебо повышает пороги восприятия боли у здоровых испытуемых, практически не меняет их у больных ЖКБ и НКС и несколько уменьшает их у больных НАС. При этом все эти изменения статистически незначимы. Таким образом, обобщая наши результаты, можно сказать, что все группы больных обладают более высокой болевой (а больные ЖКБ — и сенсорной) чувствительностью, чем здоровые испытуемые. Теоретически, это должно приводить к тому, что больные НАС, НКС и ЖКБ могут оценивать в качестве болевых стимулы такой интенсивности, которые для здоровых испытуемых находятся в границах нормального ощущения. В ситуации плацебо систематическое повышение чувствительности отмечается только у здоровых испытуемых, из чего можно сделать вывод, что, хотя у больных болевые пороги исходно снижены, появление ощущений в ситуации плацебо не может быть связано с изменением чувствительности (за исключением здоровых испытуемых, у которых такая гипотеза может обсуждаться).

Во время исследования болевой чувствительности мы обратили внимание на очень интересный феномен: о том, что появилось болевое ощущение, больные начинали говорить задолго до того, как это можно было заметить по косвенным признакам. Создавалось ощущение, что часть больных называла стимул болевым с очевидным предвосхищением.

Группа Исследование		Здоровые исп.	НКС	НАС	ЖКБ
рука	до плацебо	1,30±0,09	1,05±0,03	1,11 ±0,03	1,16+0,04
	после плацебо	1,21+0,08	1,10+0,03	1,13+0,03	1,08+0,03
живот	до плацебо	1,23±0,08	1,13+0,05	1,18+0,06	1,05+0,05
	после плацебо	1,14±0,01	1,07±0,05	1,14+0,03	1,14+0,06

Для оценки этого факта мы использовали показатель градиента появления сенсорного ощущения в болевой серии. Смысл этого показателя заключается в следующем: после болевого стимула порог сенсорного восприятия следующего за ним сенсорного стимула увеличивается. Чем выше отношение последующего сенсорного порога к предыдущему, тем с большим основанием мы можем говорить о физиологической боли.

В таблице 15 представлены градиенты сенсорного порога в болевой серии во всех группах испытуемых.

Поскольку градиенты — величины весьма мало отличающиеся от единицы и средние значения недостаточно показательны, их удобнее анализировать с помощью разбиения на информативные градации (диапазоны измерений, в которых различия сравниваемых групп наиболее выражены).

В целом диаграммы распределения количества испытуемых (%) по информативным градациям градиентов сенсорного порога в болевой серии представлены на рисунках 30—41.

На рисунках 30—33 представлено распределение больных НКС и здоровых испытуемых по градациям градиентов сенсорного порога в болевой серии. Как можно видеть, число больных с низкими (близкими к единице) градиентами значимо выше числа здоровых. В актуальной зоне у 14 % больных градиент даже ниже единицы, что говорит о том, что ни о каком истинно болевом ощущении в этих случаях речи не идет. После плацебо градиенты сенсорных порогов в болевой серии в актуальной зоне резко падают, а в нейтральной (на руке) несколько повышаются.

На рисунках 34—41 представлены аналогичные диаграммы для больных НАС и ЖКБ.

Так же как и в случае с больными НКС, у больных НАС градиенты сенсорного порога в болевой серии значимо ниже, чем в норме и влияние плацебо проявляется в еще большем их уменьше-

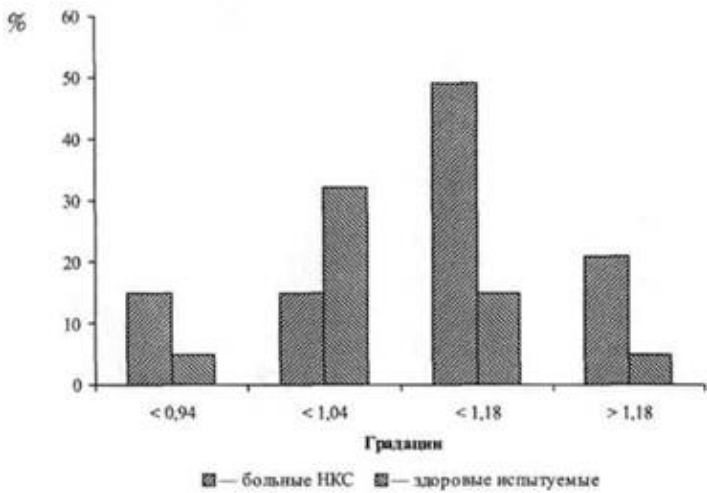


Рис. 30. Распределение больных НКС и здоровых испытуемых по градации ГрСП' в актуальной зоне

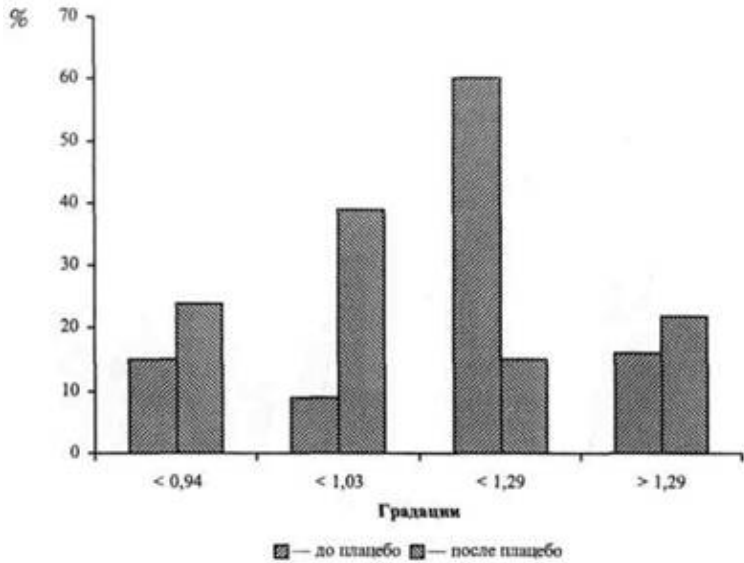


Рис. 31. Распределение больных НКС по градациям ГрСП' в актуальной зоне до и после плацебо

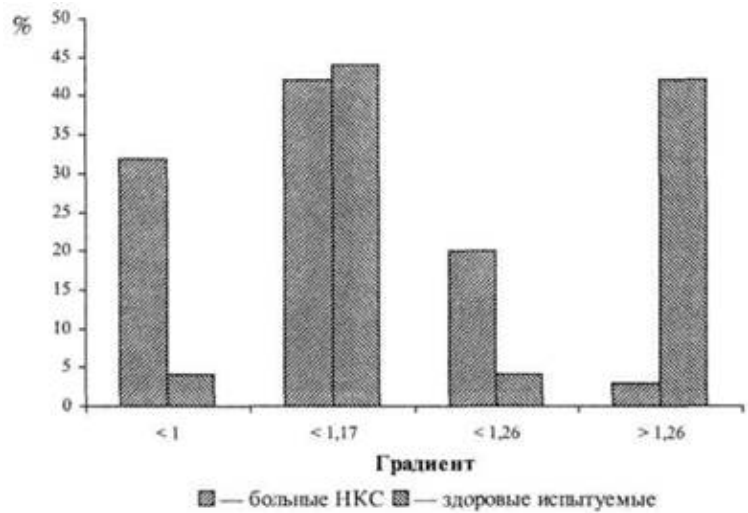


Рис. 32. Распределение больных НКС и здоровых испытуемых по грациям ГрСП' на руке

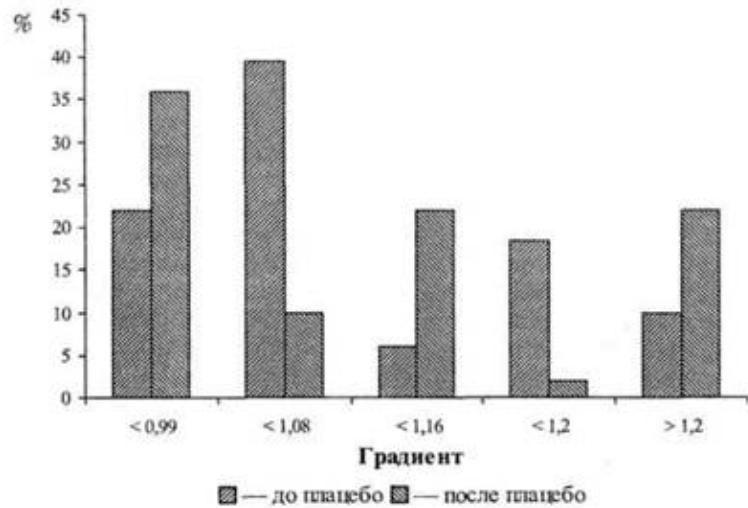


Рис. 33. Распределение больных НКС по грациям ГрСП' на руке до и после плацебо

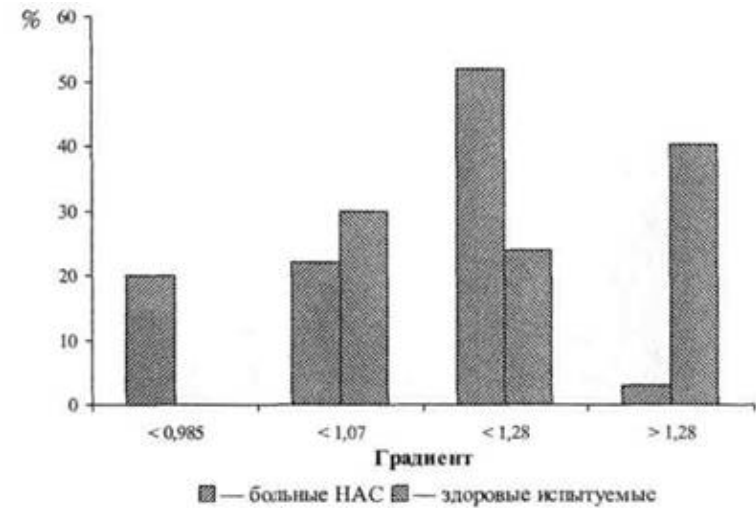


Рис. 34. Распределение больных НАС и здоровых испытуемых по грациям ГрСП' на руке

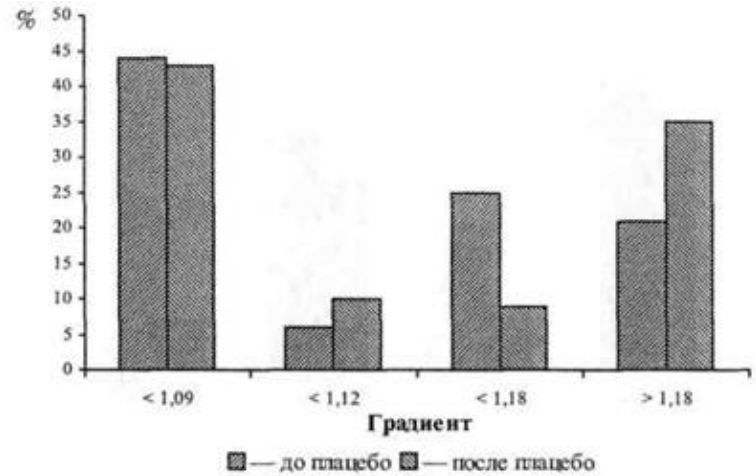


Рис. 35. Распределение больных НАС по грациям ГрСП' на руке до и после плацебо

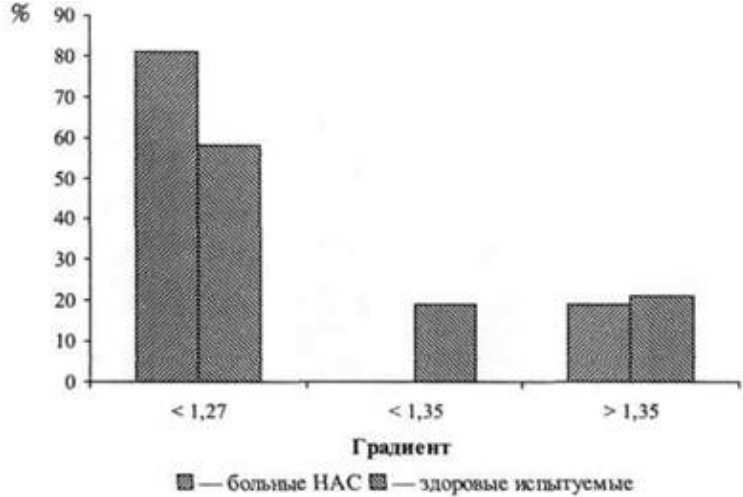


Рис. 36. Распределение больных НАС и здоровых испытуемых по грациям ГрСП' в актуальной зоне

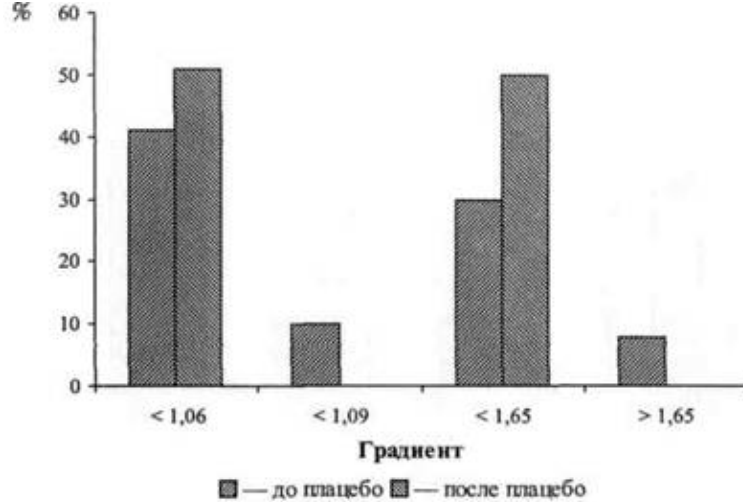


Рис. 37. Распределение больных НАС по грациям ГрСП' в актуальной зоне до и после плацебо

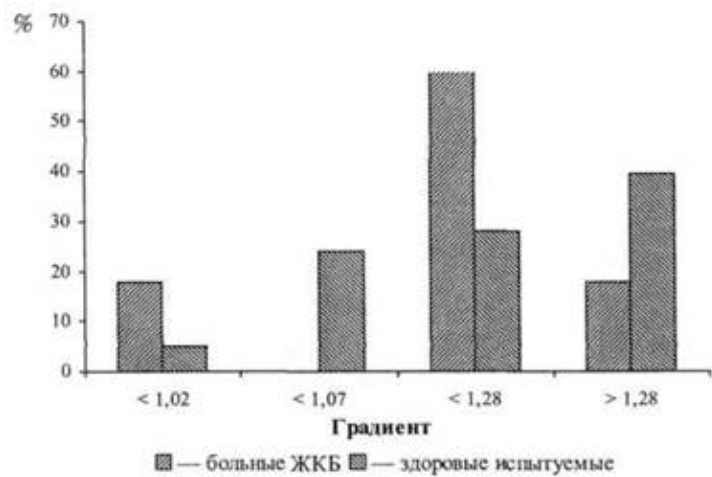


Рис. 38. Распределение больных ЖКБ и здоровых испытуемых по градациям ГрСГГ на руке

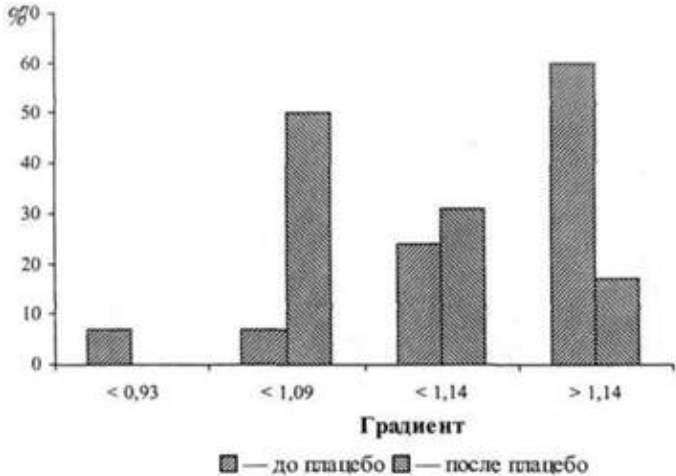


Рис. 39. Распределение больных ЖКБ по градациям ГрСП' на руке до и после плацебо

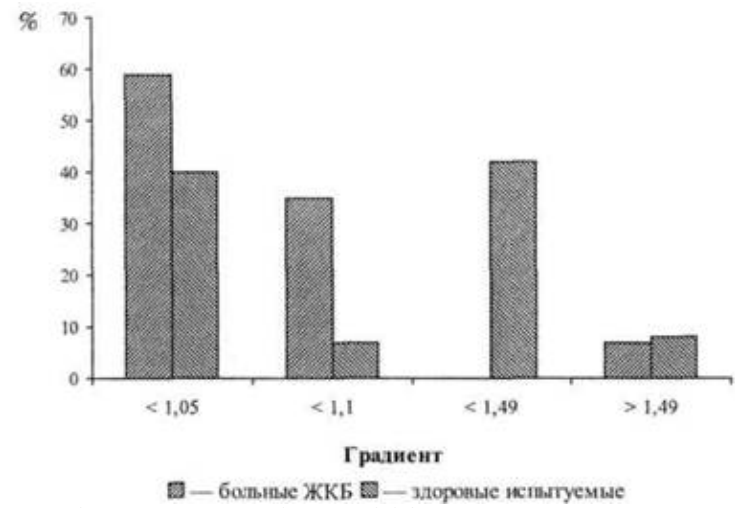


Рис. 40. Распределение больных ЖКБ и здоровых испытуемых по грациям ГрСГГ в актуальной зоне

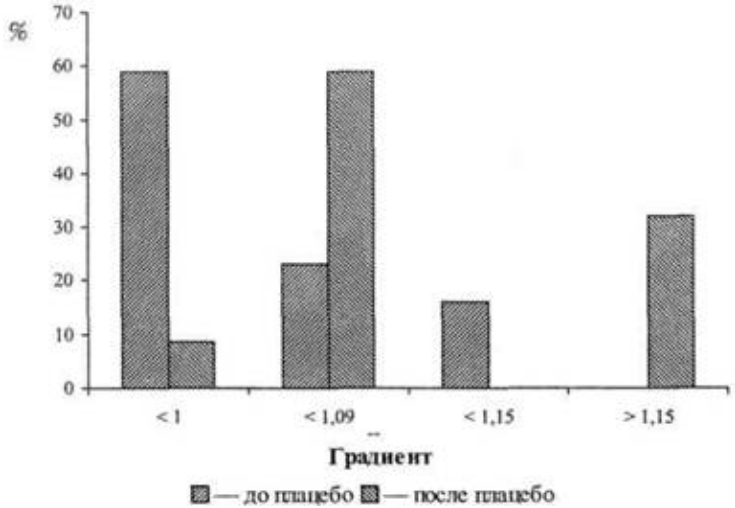
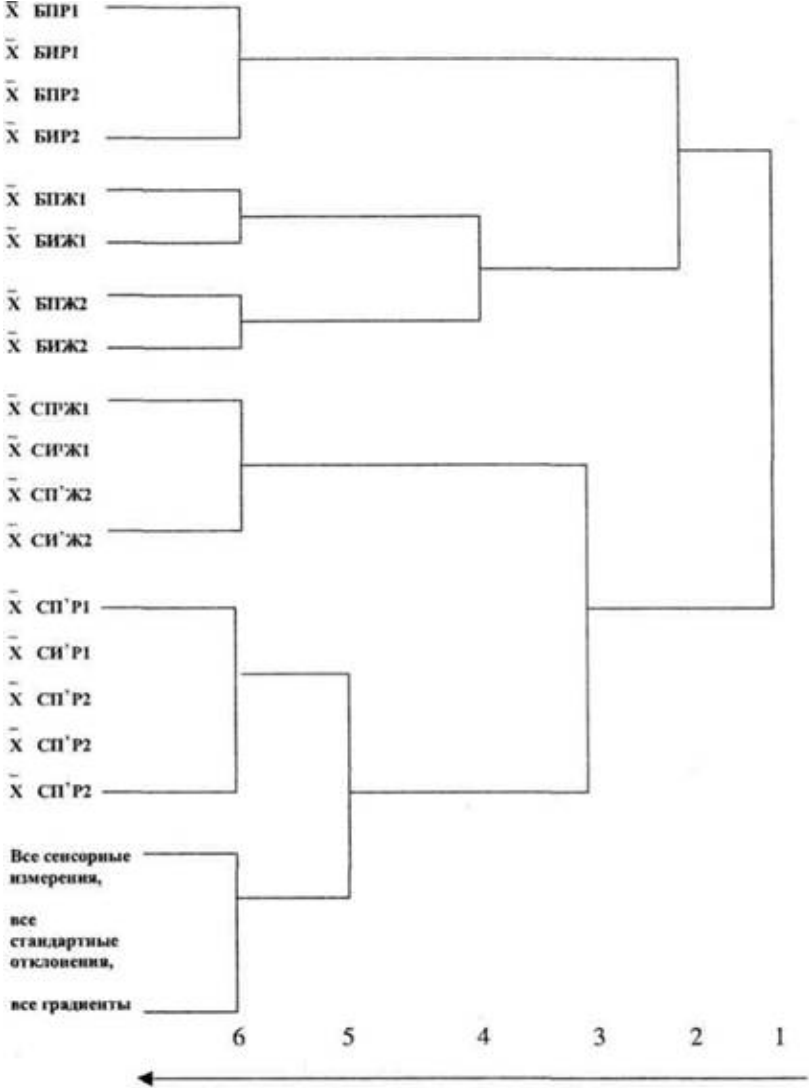
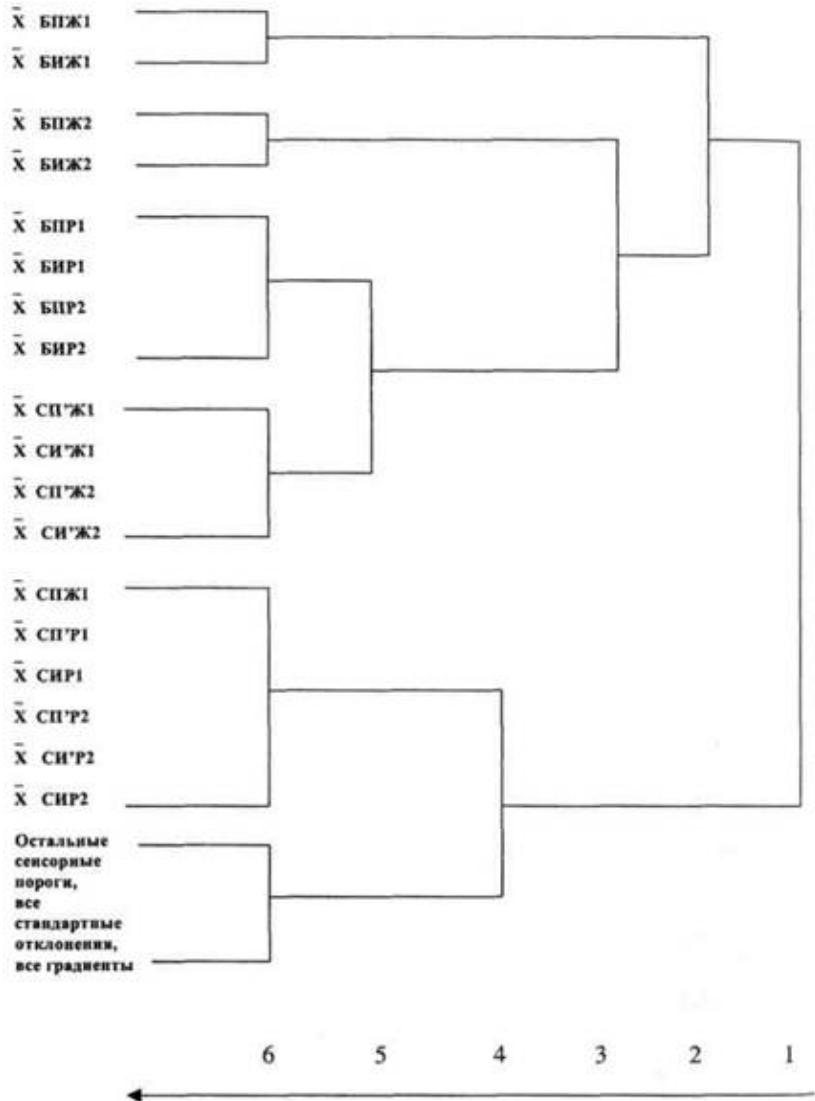


Рис. 41. Распределение больных ЖКБ по грациям ГрСГГ в актуальной зоне до и после плацебо



Слои таксонов Рис. 42. TAXON-анализ психофизических показателей у здоровых испытуемых



Слои таксонов
Рис. 43. TAXON-анализ психофизических измерений у больных НАС

нии в актуальной зоне и некотором увеличении — в нейтральной. Фиксация внимания приводит к тому, что у более чем 50 % больных не происходит никакого увеличения сенсорного порога после восприятия болевого стимула в актуальной зоне.

Несколько иная картина у больных ЖКБ: исходно низкие градиенты на руке после плацебо еще больше уменьшаются (хотя и остаются, в основном, больше единицы), тогда как в актуальной зоне — увеличиваются, сдвигаясь в сторону физиологической боли.

Для исследования структурной связи между измеряемыми параметрами был проведен TAXON-анализ матрицы корреляций и построено таксонное дерево сходства².

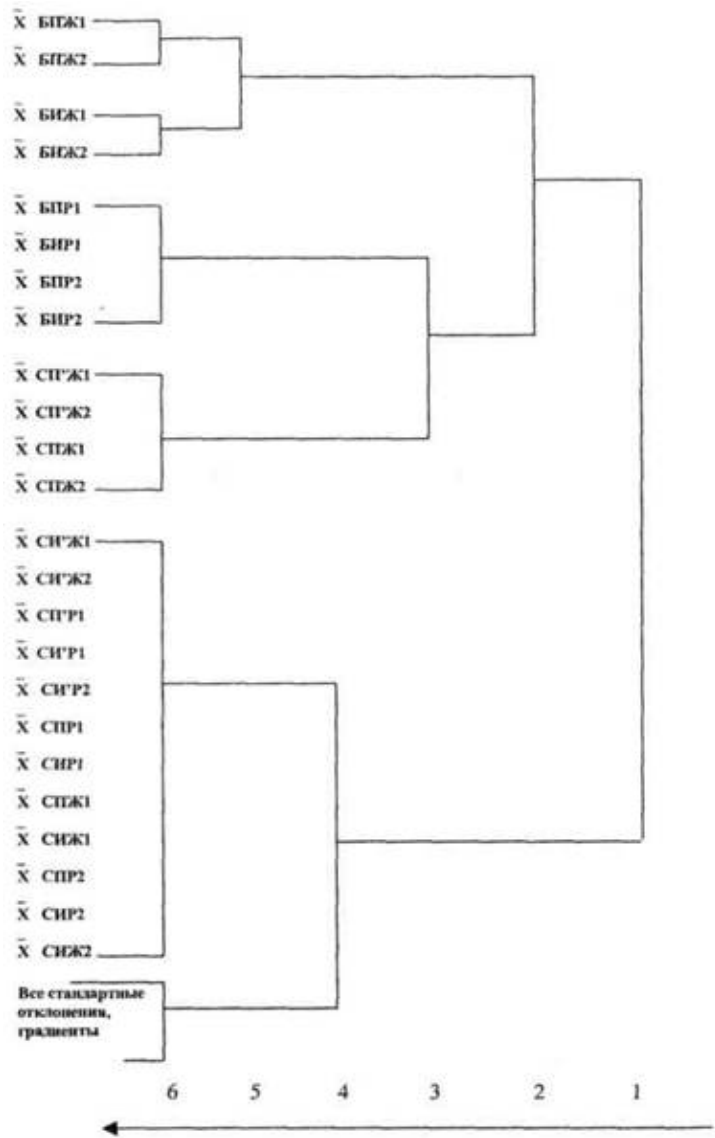
Таксонное дерево измерений у здоровых испытуемых первичным делением разбивается на два больших класса: в первый входят все болевые пороги, а в другой все остальные измерения. Следующим делением из болевых порогов выделяется таксон болевых порогов на руке, сохраняющийся до 6-го слоя, и таксон болевых порогов на животе, разбивающийся в 4-м слое на болевые пороги в первой (до плацебо) и второй (после плацебо) сериях. Из другой ветви таксонного дерева выделяются на уровне 8-го и 5-го слоев очень интересные таксоны, включающие в себя сенсорные пороги в болевых сериях в актуальной и нейтральной зонах и таксон, включивший в себя все показатели вариативности и градиенты (рис. 42).

Интересны для нас в этой структуре два момента. Во-первых, это то, что болевые ощущения на руке являются наиболее освоенной и однородной группой ощущений, на которую плацебо не оказывает существенного влияния. Менее устойчивы, однородны и в большей степени подвержены влиянию плацебо болевые ощущения на животе.

Второй очень важный момент — существование отдельных стабильных таксонов сенсорных порогов в болевой серии. Они не смешиваются с простыми сенсорными порогами и их четкое выделение отражает факт радикальных изменений сенсорных порогов под влиянием болевого стимула у здоровых испытуемых.

Таксонное дерево измерений у больных НАС строится по другой логике (рис. 43). Первичное разбиение происходит не четко по признаку боли (в одну группу с болевыми порогами входят сенсорные пороги в болевой серии на животе). Первыми выделяются таксоны болевых порогов на животе до и после плацебо. Метафорически выражаясь, можно сказать, что болевые ощущения в области живота у этой группы больных в такой же степени освоены

² TAXON-анализ измерений проведен для группы здоровых испытуемых, больных НАС и НКС, группа больных ЖКБ оказалась слишком малочисленной для получения достоверных результатов.



Слои таксонов
Рис. 44. TAXON-анализ психофизических измерений у больных НКС

и «выделены», как болевые ощущения на руке у здоровых испытуемых. Очень поздно, лишь в 5-м слое происходит дифференциация болевых порогов на руке и сенсорных порогов в болевой серии на животе. Сенсорные пороги в болевой серии на руке не выделяются в самостоятельную группу, а включаются в один таксон с некоторыми другими сенсорными порогами.

Еще более изменена структура таксонного дерева у больных НКС (рис. 44). Первичное деление также не четко проходит по критерию боли. Раньше всего, как и в группе больных НАС, выделяется таксон болевых порогов в области сердца. Он так же освоен и «выделен», как «рука» у здоровых испытуемых и «живот» у больных НАС.

Наиболее примечательный момент состоит в том, что у больных с функциональными алгическими синдромами сенсорные пороги в болевых сериях не разделены с собственно сенсорными порогами. Это, на наш взгляд, дополнительное подтверждение особого «болевого поведения» этих больных, при котором стимул, расцениваемый как болевой, никак не влияет на величину сенсорных порогов в болевой серии, что и делает их неразличимыми с обычными сенсорными порогами.

Обобщая результаты психофизических измерений, можно подвести некоторые предварительные итоги. Пороговые границы болевых ощущений у больных всех групп значимо ниже, чем у здоровых испытуемых. Причина этого, как нам кажется, заключается не столько в истинном снижении болевых порогов, сколько в особом болевом поведении: как болевое расценивается ощущение такой интенсивности, которая не вызывает изменений в сенсорной системе, т.е. это не «психофизиологическая боль», а, скорее, просто «психологическая», и фиксация внимания на теле во время плацебо-эксперимента усиливает эту диссоциацию. Единственный не укладывающийся в схему результат — это противоположный тип изменений поведения при восприятии боли у больных желчнокаменной болезнью, у которых происходит замена «психологической» тактики восприятия болевого сигнала на «психофизиологическую». Возможно это результат специфического отношения больных ЖКБ к самой экспериментальной ситуации измерения болевых порогов. Во время исследования их очень волновало, не сможет ли болевой стимул спровоцировать приступ болезни, они стремились скорее закончить исследование, очень аффективно реагировали на болевой стимул. Ко второй серии эксперимента, убедившись, что процедура измерения безопасна, они несколько успокаивались.

Особый интерес в нашем исследовании представляет анализ типичных ошибок восприятия, систематически встречавшихся во время исследования. Мы выделили 5 типов таких ошибок.

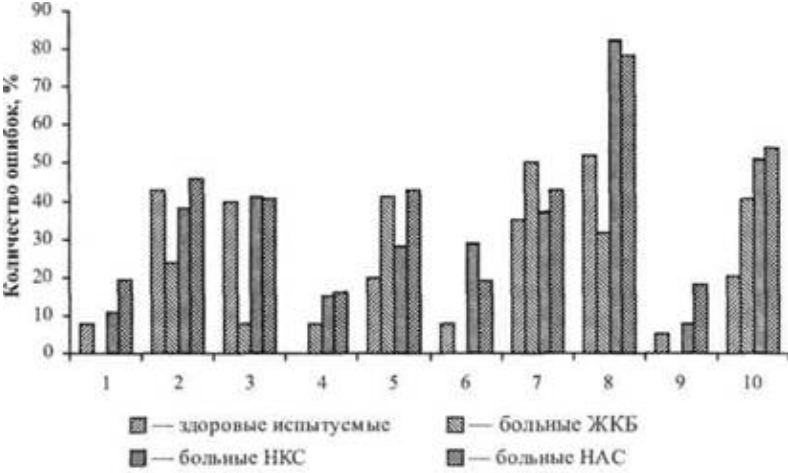


Рис. 45. Распределение количества ошибок до плацебо:
Тип ошибок: ошибки сенсорного появления и исчезновения на руке (1;2), животе (6;7), болевого появления и исчезновения на руке (4;5) и животе (9; 10) и ригидности на руке (3) и животе (8)

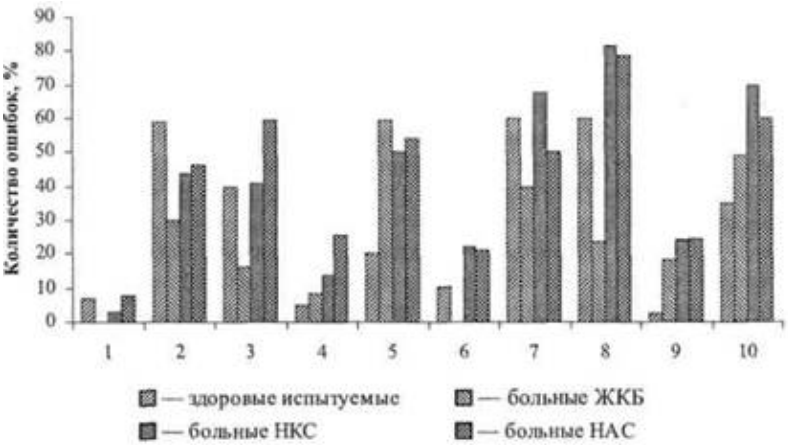


Рис. 46. Распределение количества ошибок после плацебо:
Тип ошибок: ошибки сенсорного появления и исчезновения на руке (1;2), животе (6;7), болевого появления и исчезновения на руке (4;5) и животе (9; 10) и ригидности на руке (3) и животе (8)

- 1. **Ложное опознание сигнала:** в «пустой» паузе через некоторое время ожидания испытуемый утверждает, что ощущение появилось, в то время как реально стимул не подавался. На наш взгляд, наличие ошибок такого типа говорит о том, что испытуемый ориентируется не только на сам сигнал, но и на условия его предъявления, например, временной интервал.
- 2. **Ложное исчезновение сигнала:** ощущение исчезало, несмотря на неизменившийся характер стимуляции. Ошибки такого типа интерпретировать значительно сложнее, чем ошибки ложного опознания, так как кроме ориентации на условия предъявления стимула возможно влияние физиологической адаптации.
- 3. **Ошибки ригидности:** у испытуемого после отключения стимула длительное время сохраняется неизменное ощущение.
- 4. **Ложное болевое восприятие:** без изменения интенсивности сигнала после возникновения ощущения через «ожидаемый» интервал времени появляется болевое ощущение. Ошибка, сходная с ложным опознанием сигнала.
- 5. **Ложное исчезновение болевого сигнала:** без изменения интенсивности стимула болевое ощущение исчезает. Ошибка, сходная с ложным исчезновением сигнала.

Ошибки отмечались при измерениях сенсорного и болевого порога в актуальной и нейтральной зонах до и после плацебо-эксперимента. На рисунках 45—46 представлены диаграммы количества испытуемых в каждой из экспериментальных групп (%), совершавших ошибки. У больных функциональными алгическими синдромами количество ложных опознаний и ложных болевых восприятий (как в нейтральной, так и актуальной зонах) значимо выше ($p<0,05$), чем у здоровых испытуемых и больных ЖКБ. Особенно демонстративно это проявляется в ошибках ложного болевого опознания. Плацебо резко увеличивает число ошибок во всех группах. Сам по себе факт ложного болевого опознания, встречающегося после плацебо у 28 % больных НАС и 30 % больных НКС, является самым сильным аргументом, доказывающим возможность знакового порождения телесных ощущений и его особую облегченность у больных функциональными алгическими синдромами.

Наиболее трудно однозначно трактовать ошибки исчезновения стимула, так как невозможно четко дифференцировать собственно ошибку и естественную физиологическую адаптацию. Число ошибок исчезновения ощущения примерно равно у всех групп испытуемых и равномерно увеличивается после плацебо. Ошибки исчезновения болевого ощущения, также учащающиеся после плацебо, наиболее редко встречаются у здоровых испытуемых.

Число ошибок ригидности минимально у больных ЖКБ, наиболее же ригидны ощущения (особенно в актуальной зоне) больных

9*

с функциональными алгическими синдромами. Среди больных НКС, например, у 86 % обследованных ощущения сохраняются длительное время после отключения сигнала, изменения ригидности под влиянием плацебо не однозначны и ни в одном случае не значимы. Обобщая анализ типичных ошибок восприятия, можно отметить, что больные функциональными синдромами, особенно в условиях фиксации внимания, склонны к большей ориентации на условия предъявления сигнала, чем на качества самого сигнала, частому ложному опознанию сенсорного и болевого стимула («ложным тревогам») и высокой ригидности возникающих ощущений. Рассмотрим результаты нашего последнего эксперимента по внешнему опосредствованию сенсорных порогов с помощью ложной обратной связи. Возможность изменения порогов ощущений оказалась достаточно высока как у здоровых испытуемых (82 %) так и у больных (НКС - 100 %, НАС - 97 %, ЖКБ - 83 %). На рисунке 47 представлена диаграмма средних ранговых значений эффективности внешнего опосредствования. Средний ранговый уровень у больных функциональными алгическими синдромами более чем вдвое выше, чем у здоровых испытуемых и больных ЖКБ. Интерпретируя этот феномен в клиническом смысле, можно утверждать, что сенсорная чувствительность больных функциональными алгическими синдромами значимо больше зависит от внешнего опосредствования, чем чувствительность здоровых испытуемых, и эта особая форма «полезависимости», по-видимому, имеет большое значение в формировании симптомов. Как мы установили, у всех больных (и органическими и функциональными заболеваниями) снижены пороги болевого восприятия. При этом фиксация внимания на телесных ощущениях в проце-

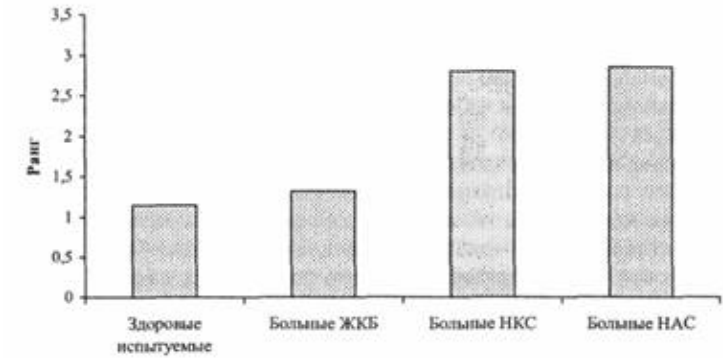


Рис. 47. Распределение испытуемых по средним рангам эффективности ложной обратной связи

дуре плацебо-эксперимента приводит к значимому снижению сенсорных порогов у здоровых испытуемых и практически не отражается на сенсорных порогах у больных. Это позволяет сделать три предположения. Во-первых, низкие пороги болевых ощущений у больных могут обеспечивать более богатую почву для появления телесных ощущений. Во-вторых, изменения сенсорных порогов у здоровых испытуемых связаны с фиксацией внимания на своем теле. У больных плацебо может лишь незначительно усилить фиксацию на теле, уже обеспеченную самим заболеванием. И в-третьих, отсутствие значимых изменений порогов восприятия после плацебо позволяет достаточно обоснованно предполагать, что появление сенсорных и болевых ощущений в плацебо-эксперименте (во всяком случае у больных) происходит не из-за простого изменения чувствительности. Значительно большую роль в порождении телесных ощущений (в симптомообразовании функциональных алгических расстройств) играют другие факторы, выявленные в нашем исследовании: особый стереотип болевого поведения, высокая полезависимость и ригидность телесных ощущений. В стереотипе болевого поведения, которому следуют больные, существует значительная диссоциация между психологической оценкой боли и физиологическими следствиями. Высокая полезависимость, подтвержденная и специальными экспериментами и классическими измерениями, связывает качество субъективного переживания ощущения не столько с качествами самого стимула, сколько с условиями его предъявления. Высокая же ригидность позволяет возникшему ощущению сохраняться неопределенно долго после исчезновения стимула. Таким образом, основной причиной функциональных алгических расстройств являются в первую очередь не физиологические изменения организма или сенсорных систем (хотя полностью их отвергать невозможно), а особенности когнитивного стиля, когнитивной стратегии, через которые реализуется знаково-символическое опосредствование телесной чувствительности. Я понимаю известную ограниченность полученных результатов в том смысле, что хотя эти рассуждения касались интрацептивных ощущений, реальные измерения проводились на модели кожной чувствительности. Однако это допущение представляется мне достаточно корректным, тем более, что речь идет о достаточно высоких уровнях поведения, которые могут довольно легко экстраполироваться на область интрацептивного восприятия. Неразрешенным остался еще один весьма важный вопрос: что же детерминирует появление стереотипа болевого поведения, вы-

сокую полезависимость и ригидность телесного восприятия, каков механизм патогенеза функциональных нарушений чувствительности? Мы не сможем дать на него окончательного ответа, для этого потребуются специальные дополнительные исследования. Задача, стоявшая перед нами, была значительно скромнее: продемонстрировать на конкретных моделях возможности знакового опосредствования телесной чувствительности. Тем не менее, некоторые соображения по этому поводу хотелось бы изложить.

Создание модели единого и универсального патогенетического механизма формирования функциональных алгических расстройств, на мой взгляд, невозможно прежде всего потому, что нарушения телесной чувствительности — это довольно неоднородная совокупность расстройств, имеющих различную этиологию и объединенных лишь сходством симптомов.

Совершенно другое дело — это моделирование механизма реализации симптома (симптомообразования), основанного на конечном числе общих закономерностей психической деятельности. Специфичность в таком случае заключается в выборе тех или иных сторон этого общего механизма, блокировании или, напротив, облегчении его функционирования, в детерминации этого выбора. Моделью одного из таких механизмов реализации симптома могла бы стать идея «когнитивного стиля» как совокупности конкретных психологических механизмов, которые можно использовать для анализа специфичности детерминации восприятия при различных расстройствах.

Так, степень полезависимости может быть как врожденным качеством, так и приобретенной характеристикой. Она может усиливаться в особых условиях, например при повышении тревожности. Не обсуждая достаточно сложные проблемы патогенеза изменений когнитивного стиля, можно достаточно смело утверждать, что лица с высокой степенью полезависимости и ригидности составляют группу риска функциональных расстройств интрацептивного восприятия. Это не значит, конечно, что такие расстройства обязательно возникнут, но в ситуациях стресса, эмоциональных переживаний или действия других патогенных факторов у полезависимых и ригидных лиц с большей легкостью будут формироваться устойчивые телесные сенсации. Тревожность и полезависимость могут образовывать порочный круг, когда возникшие на основе ситуационной тревожности неприятные телесные ощущения, воспринятые как симптомы болезни, сами, уже вторично, будут повышать уровень тревожности и приводить к особому стереотипу болевого поведения, оторванного от физиологических коррелятов боли.

Заключение

Существующий в медицине кризис доверия не может быть преодолен в рамках собственно медицины. Не следует обольщаться тем, что недостатки существующей медицинской практики могут быть исправлены улучшением ее организационных основ, богатым ассортиментом лекарств или более глубокими научными исследованиями. Это необходимый и важный путь, однако недостаточный. Кризис доверия в медицине есть логическое следствие ее общеметодологических основ.

Как одна из областей человеческого знания, медицина не только не избежала тупиков и заблуждений всей науки (дегуманизация знания, вульгарно-механистические установки), но и прибавила к ним свои, специфические. Субъект-объектное отношение, лежащее в основе науки нового времени, исходное вычленение субъекта из предмета объективного научного исследования имело для медицины далеко идущие последствия. Классическая схема предполагает, что субъект, отражающий объективный мир, ничего не меняет самим фактом своего отражения, и мир предстает «прозрачному» субъекту таким, каким он существует в реальности. В медицине эта установка воплотилась в представлении о том, что существующая у человека болезнь дана ему в его ощущениях, причем последние прямо и непосредственно зависят только от болезненного процесса. Начиная с Гольдшейдера, которым было впервые предложено деление субъективной картины болезни на две независимые части: сенситивную — ощущения, исходящие из локального очага заболевания или патологически измененного общего состояния орга-

низма, и интеллектуальную — созданную размышлениями больного о своей болезни, — во всех дальнейших исследованиях так или иначе признавалась адекватность и справедливость такого деления. Проводимый в явной или скрытой форме тезис об отделенноеTM, *независимости* сенситивной и интеллектуальной частей основывался на предполагаемом существовании двух независимых уровней отражения: непосредственно чувственного и опосредствованного.

Сложившаяся ситуация приводит к пониманию болезни как чисто физиологического явления, тенденции к объективации и противопоставлению субъективных переживаний больного, как только затемняющих и искажающих картину болезни, первичным сенсорным ощущениям, носящим непосредственный характер и верно отражающим болезненный процесс. Переживания больного, его представления о болезни, хотя и признаются важными, тем не менее рассматриваются как надстройка над непосредственными и зависящими от объективных причин болезненными ощущениями. В обыденном сознании врачей симптом представляет собой лишь манифестацию лежащей в его основе биологической реальности. Поэтому особенности культуры пациента, его субъективные переживания могут лишь исказить реальность, затруднять диагностику и никакого содержания в симптом не вносят. В основании такой установки лежит убежденность в существовании лишь одного типа реальности — физической, к которой логически безупречно конечным количеством шагов можно свести все другие.

При таком подходе медицинская психология сталкивается с серьезными теоретическими затруднениями в осмыслении целого ряда клинических фактов. Физиологическое понимание интра-цептивного восприятия, связывающего качество и интенсивность субъективного переживания с качествами и интенсивностью стимула, не подтверждается ни клиническим опытом, ни специальными научными исследованиями, ни обыденным опытом человека.

Для объяснения подобного рода феноменов используется большое количество теоретических построений, которые в конечном итоге сводятся к признанию существования анатомического или физиологического дефекта, являющегося «истинной» причиной нарушений интрацептивного восприятия, понимаемого в рамках рефлексорной схемы.

Убедительность физиологического редукционизма в медицине связана и с тем, что область телесного существования человека осталась вне психологии, рассматриваясь как некоторая натурально организованная, готовая к жизни организменная сущность, хотя здравый смысл и личный опыт подсказывают нам, что в случае с

человеком мы имеем дело с телесностью не натуральной, а трансформированной, культурной. В процессе онтогенеза телесность становится первым универсальным знаком и орудием человека. Превращаясь в культурный предмет, она удваивает форму своего существования: помимо реализации своей природной сущности, телесность становится означающим в самых широких пределах и начинает строиться не только по природным закономерностям.

Другой причиной, обусловившей исключение телесности из сферы психологического знания, было предположение о том, что хотя вся деятельность человека строится через тело, оно является абсолютно «прозрачным» идеальным инструментом, полностью подчиненным сознанию. Тело мыслилось чем-то вроде универсального зонда сознания и осознаться (существовать для сознания) должно было лишь на уровне своих границ, отделяющих мир от субъекта. В действительности же тело не всегда ограничивается ролью «зонда», объективируясь собственной непрозрачностью и активностью. Можно назвать по крайней мере две ситуации, в которых тело выступает как объективированная реальность: онтогенез и болезнь. В первом случае тело еще требует своего освоения, а во втором в силу патологии нарушается его нормальное функционирование.

И мир, и тело, и само сознание равно становятся реальностью как сопротивляющаяся субстанция, как то, что не может быть раз и навсегда учтено, а требует постоянного приспособления. Содержание сознания существует как не «растворенный» им остаток. Оно рождается из необходимости преодолеть непрозрачность *не-созна-ния*, репрезентируя его в качестве эмоций, чувственных ощущений или абстрактных конструкций.

Тело объективируется для человека настолько, насколько не зависит от субъекта, не может им прогнозироваться и автоматически управляться. Соматическим заболеванием нарушается нормальное протекание телесных функций и они объективируют себя, получая качества чувственного содержания, «чувственную ткань».

Свое субъективное существование телесность может получать не иначе как в системе интрацептивной категоризации, языка тела. В первую очередь, на уровне продрома, используются эмоционально-оценочные координаты, категории самочувствия. На этом этапе ощущения крайне зыбки, неопределенны, лабильны, плохо локализованы. Актом первичного означения ощущения от собственного тела они превращаются в перцептивный образ, ядром которого является схема тела. В результате этого они становятся конкретными, стабильными, локализованными, сравнимыми по степени интенсивности, модальности, могут быть вербализованы и соотнесены с культурными перцептивными и языковыми эталонами. Степень раз-

витости и дифференцированное™ субъективной интрацептивной семантики определяет богатство и «артикулированность» телесных переживаний; с другой стороны, специфические особенности категориальной сети, в ячейках которой они получают свое существование, налагают на интрацептивное восприятие принципиальные ограничения и служат источником искажений.

С первичным означением построение субъективной картины болезни не завершается. Специфика внутренней картины болезни заключается в том, что ее чувственная ткань означает не только в категориях соматоперцепции, ощущения означают не только себя, но и то, что, в принципе, им внеположно — болезнь. Вторичное означение чувственная ткань получает через создание «концепции болезни»: ощущения становятся симптомами, означающими болезнь и означенными ею.

Значение болезни для заболевшего формируется через преломление ее субъективной картины в структуре потребностей, мотивов человека, приобретая личностный смысл. По своей функции личностный смысл делает доступным сознанию субъективное значение болезни. При этом он может выступать вполне ясно, осознанно, либо сигнализировать о себе в форме переживания — желания, интереса, тревоги, страха и пр. Личностный смысл есть жизненное значение для субъекта объективных обстоятельств болезни по отношению к мотивам его деятельности, определяющее их «пристрастное» восприятие. Значение болезни неоднозначно включается в мотивационную систему и может наполняться различным смыслом. В своем внешнем выражении смысл не существует в «чистом» виде, и поэтому конфликтность личностного смысла, «неприемлемость» болезни, противоречие ее фундаментальным мотивам жизнедеятельности субъекта, или, напротив, ее «условная желательность» и приносимые ею вторичные выгоды внешне выступают как искажение означения, несоответствие внутренней картины болезни объективной реальности. Личностный смысл болезни выражает себя путем выбора, отвержения, ограничения, расширения либо той или иной трансформации концепции болезни, а через нее — в искажении ин-трацептивного восприятия. Последнее может трансформироваться через искажение интрацептивной семантической сети, изменение чувствительности или формирование особых паттернов поведения и когнитивных стратегий.

В логике развития заболевания и лечения следует различать две стороны: объективную, подчиняющуюся физическим закономерностям, и субъективную, подчиняющуюся закономерностям психического. Они совпадают лишь в предельной абстракции, в реальности же всегда можно отметить их существенное расхождение,

широкие пределы которого обусловлены принципиальными особенностями телесного восприятия: ограничением возможностей манипуляции, проверки и исходного отсутствия «общего» объекта.

Таким образом, внутренняя картина болезни представляется сложным многоуровневым образованием, включающим в себя чувственную ткань, первичное и вторичное означение, личностный смысл. Все эти уровни порождения и функционирования субъективной картины болезни тесно связаны между собой, и «живая» внутренняя картина болезни есть динамическая система, в которой осуществляются переходы как от чувственной ткани к личностному смыслу, так и от личностного смысла через означение к чувственной ткани. Несомненно, что первичными являются сенсорные данные, но первичность эта — генетическая, в функциональном же плане они получают свое субъективное существование в контексте систем эталонов, перцептивных сетей, существовавших до этих чувственных данных и не по их «поводу».

Развитие и дифференциация внутренней картины болезни связаны не только с обогащением ее чувственной ткани, но само это обогащение требует развития систем эталонов. Обе стороны этого процесса равно необходимы, являются обоюдными источниками развития, и лишь признание их основополагающей взаимосвязи позволяет адекватно согласовать два принципиальных положения теории психического отражения: первичность объективной реальности по отношению к психическому отражению и активность субъекта в ее освоении. Простое и непосредственное ощущение, вызванное заболеванием, является таковым лишь для поверхностного и наивного наблюдателя. В своей простоте оно содержит в скрытом, свернутом виде далеко за него выходящее: систему перцепции, культуру, язык, знания, опыт, потребности, мотивы.

С изложенной позиции телесное страдание (болезнь) необходимо рассматривать не как натуральное дефицитарное состояние, но прежде всего как предмет овладения — социализации, внутреннюю картину болезни как семиотическую систему, а телесное инт-рацептивное ощущение как сложную текстовую, знаково-символическую структуру, а не простое возбуждение интерорецепторов (т.е. не рефлекторное отражение натурального состояния, а культурное восприятие культурного предмета).

Предложенная модель телесного восприятия связана с расширением предмета психологического и научно-медицинского метода. Для психологии это в значительной мере переформулирование ее предмета и расширение закономерностей психического до области телесного, позволяющее ей включить в свое понимание орудий не

только внешние предметы и высшие психические функции, но и всю реальность телесного и организменного, становящегося в процессе социализации первым универсальным орудием и знаком.

Еще больших изменений этот подход требует от медицинской практики. Предложенная модель формирования телесных ощущений существенным образом противоречит существующей иллюзии «прозрачности» телесности, свойственной современной медицине, и делает совершенно обязательным учет субъективных факторов болезни и участие больного в его лечении.

Рассматривая лишь натуральную форму существования телесности, медицина постоянно ориентировалась (и ориентируется) на поиски объективных проявлений заболевания и максимальное устранение субъекта из процесса лечения. Разделяя иллюзию «прозрачности» человеческого восприятия, она не учитывает тотальной пронизанности «объективного» мира субъективным сознанием и того, что мир может быть представлен субъективному сознанию не иначе как в категориях последнего. Естественное следствие такой иллюзии в медицине — отношение к лечению. Если заболевание никак не зависит от субъекта, то и ответственность за лечение лучше перенести на того, кто обладает большим опытом или знаниями в этой области. Этическое следствие этой ситуации вполне закономерно: поскольку болезнь не зависит от субъекта, а телесность прозрачна, то самый лучший путь развития врачевания — полная ликвидация субъективного фактора, т.е. инструментализация медицины — путь, на который она и вступила. Политические последствия — создание системы здравоохранения, основанной на этих иллюзиях, — также вполне логичны: если болезнь не имеет никакого отношения к субъекту, то лучший способ внедрения здорового образа жизни — это не повышение его субъективной ценности, не учет личностного смысла здоровья и болезни, не коррекция неадекватных мифов, а полная регламентация, контроль за здоровьем граждан в виде принудительной «диспансеризации», проведение разного рода «дней бегуна», обязательная вакцинация и пр. Пренебрежение к субъекту в системе здравоохранения, несмотря на все уверения в ее гуманистической направленности, повсеместно. Гуманизация здравоохранения обычно понимается как типичное украшение, улучшающее внешний вид, но никак не способное влиять на саму сущность лечения.

В обществе (и в медицинской среде, и среди пациентов) распространено скрытое, но весьма устойчивое негативное отношение к любым попыткам внедрения гуманитарного и психологического знания в медицину. Оно не случайно и имеет глубокие корни: гносеологические, этические и политические. Инфантильность об-

щества, стремящегося снять с себя ответственность за свое здоровье, переложив его на специально созданную социальную структуру, сопрягается с патерналистским отношением государства к своим гражданам, когда оно берет на себя эту ответственность и стремится ее наилучшим (с объективной точки зрения) способом реализовать.

Сложившаяся ситуация — последовательна, логична, обоснованна, но крайне неэффективна и не удовлетворяет ни одну из сторон. Выход из нее — последовательное преодоление глубоко укоренившихся иллюзий медицины, создание новой концепции телесности и новой — гуманитарной — модели медицины.

Это утверждение не означает требования отказа от «объективного» подхода и замены всей медицины «психологическим лечением». Новая теоретическая точка зрения должна относиться к предшествующим по принципу дополнительности, открывая новый план проблемы и не отвергая иных исследовательских перспектив.

Как естественная биологическая наука, медицина добилась впечатляющих успехов и, несомненно, ее перспективы не ограничены.

Значительно скромнее успехи «субъективной медицины», которую еще только предстоит создать. Она не должна, конечно, отменять «объективную медицину», но дополнять ее. Если мы принимаем положение о том, что человек есть не только организм (и более того, организм человека — не просто организм), то и лечение должно быть не только биологическим. Необходимо создать специальную область знания, основанного не только на здравом смысле, но использующего весь накопленный многолетний опыт психологии, философии и других гуманитарных наук. В этой «новой» медицине психология сможет играть роль не декоративной лепнины на фасаде «настоящей» науки и созидать лишь некие «правила общения» с больным, не имеющие, в конце концов, никакого реального значения, но стать конструктивным элементом этого здания.

Литература

- Абульханова-Славская К.А.* Диалектика человеческой жизни (Соотношение философских, методологических и конкретно-научных подходов к проблеме индивида). М., 1977. -224 с.
- Авербух Е.С.* Ипохондрия и соматофрения (Бехтерева) // Вопросы психиатрии и невропатологии: Сб. трудов Ленинградского научного общества невропатологов и психиатров. Л., 1957. С. 81—43.
- Авербух Е.С.* О трактовке понятия «сознания» в философии, психологии и психиатрии // Методологические проблемы психоневрологии. Л., 1966. С. 57—71.
- Аверинцев С. С.* На перекрестке литературных традиций // Вопросы литературоведения. 1973. № 2. С. 160-182.
- Авруцкий Г.Я.* Неотложная помощь в психиатрии. М., 1979. —191 с.
- Автономова Н.С.* Философские проблемы структурного анализа в гуманитарных науках. М., 1977. С. 57-62.
- Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: Методическое пособие. СПб., 1994. —24 с.
- Альтернативная медицина в Нидерландах. Отчет комиссии по альтернативным системам медицины // Всемирный форум здравоохранения. 1983. Т. 3. № 12. С. 82—86.
- Ананьев Б.Г.* Психология чувственного познания. М., 1960. —486 с.
- Ананьев Б.Г.* Теория ощущений. Л., 1961. —456 с.
- Анохин П.К.* Методологический анализ узловых проблем условного рефлекса. М., 1962. -71 с.
- Анохин П.К.* Биология и нейрофизиология условного рефлекса. М., 1968. -647 с.
- Антонович В.Б.* Колдовство. Документы. Процессы. Исследования В.Б. Антоновича. СПб. 1877.-139 с.
- Ануфриев А.К.* Патология общего чувства и аффективные расстройства // Психосоматические расстройства при циклотимии и циклотимоподобных состояниях. М., 1979. С. 8-22.
- Ануфриев А.К., Остроглазов В.Г.* Значение трудов В.А. Гиляровского для развития соматопсихического направления // Психосоматические расстройства при циклотимии и циклотимоподобных состояниях. М., 1979. С. 25—32.
- Арина Г.А.* Психосоматический симптом как феномен культуры // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1991. С. 45 —53.

- Арина Т.А., Виноградова И.Л. Новый психологический метод изучения функциональных психосоматических симптомов // Тезисы докладов Всесоюзной конференции «Актуальные проблемы пограничной психиатрии», ч. I. Москва; Витебск, 1989. С. 11.
- Аристотель. Сочинения. М., 1975. Т. I. —549 с.
- Артемяева Е.Ю. Психология субъективной семантики. М., 1980. —129 с.
- Артемяева Е.Ю. Психология субъективной семантики: Дис. ... д-ра психол. наук. М., 1986. -498с.
- Артемяева Е.Ю., Стрелков Ю.К., Серкин В.П. Описание структур субъективного опыта: контекст и задачи // Мышление, общение, опыт. Ярославль, 1983. С. 99—103.
- Артемяева Е.Ю., Тхостов А.Ш. Патология семантического оценивания при латеральных поражениях мозга // Нейропсихологический анализ межполушарной асимметрии мозга. М., 1986. С. 124—131.
- Асмолов А.Г. Личность как предмет психологического исследования. М., 1984. -104 с.
- Асмолов А.Г. и др. О некоторых перспективах исследования смысловых образований личности // Вопросы психологии. 1979. № 4. С. 34—46.
- Аствацатуров М.И. Учебник нервных болезней. Л., 1933. —368 с.
- Аствацатуров М.И. Избранные работы. Л., 1938. —436 с.
- Базарон Э. Очерки тибетской медицины. Улан-Удэ, 1984. —164 с.
- Бардин К.В. Проблема порогов чувствительности и психофизические методы. М., 1976. -395 с.
- Барт Р. Избранные работы. М., 1989. —616 с.
- Басилов В.Н. Некоторые материалы о «шаманской болезни» у узбеков // Этнографические аспекты изучения народной медицины. Л., 1975. С.21—22.
- Бассин Ф.В. Проблема бессознательного. М., 1968. —468с.
- Бассин Ф.В. О так называемом психосоматическом подходе к проблеме развития и преодоления болезни // Клиническая медицина. 1970. № 9. С. 24—29.
- Батай Ж. Внутренний опыт. СПб., 1997. —334 с.
- Бахтин М.М. К философии поступка // Философия и социология науки и техники: Ежегодник 1984-1988. М., 1986. С. 8-160.
- Бахтин М.М. Эстетика словесного творчества. М., 1979. —446 с.
- Бахтин Н.М. Форма как ступень обреченности // Независимая газета. 1993. 20 апр. С. 7.
- Беляев Д.Г. Вопросы клинической альгозиметрии и анальгозиметрии // Анестезиология и реаниматология. 1986. № 2. С. 63—69.
- Бердичевская А. Вопреки инструкции // Смена. 1987. № 15. С. 14—15.
- Бернштейн Н.А. О построении движений. М., 1947. —255 с.
- Бернштейн Н.А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности. М., 1966. -349 с.
- Бехтерев В.М. О расстройстве в сфере чувственного восприятия у душевнобольных. СПб., 1902. -8 с.
- Бехтерев В.М. Общие основы рефлексологии человека. Л., 1928. —423 с.
- Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедер Я. Мозг, разум, поведение. М., 1988. —248 с.
- Бор Н. Квант действия и описание природы // Избранные научные труды. М., 1971. Т.2.-674 с.
- Братусь Б.С. К изучению смысловой сферы личности // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14, Психология. 1981. № 2. С. 46-56.
- Братусь Б. С. Аномалии личности. М., 1988. —301 с.
- Брунер Дж. Психология познания. М., 1977. —412 с.
- Бузина Т.С. Психологические факторы риска ВИЧ-инфицирования больных опийной наркоманией: Автореф. дис.... канд. психол. наук. М., 1998. —24 с.

Литература

- Буйлин В.А. Низкоинтенсивная лазерная терапия импотенции и фригидности. М., 1995. -60 с.
- Бурковский Г. В. Личностный смысл госпитализации и терапевтической активности психически больных в условиях реабилитационного отделения // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1990. № 11. С. 107—110.
- Быков К.М., Курцин И.Т. Кортико-висцеральная патология. М., 1960. —575 с.
- Былкина Н.Д. Алекситимия (Аналитический обзор зарубежных исследований) // Вести. Моск. ун-та. Сер. 14, Психология. 1995. № 1. С. 56—64.
- Ван Дейк Т.Д. Язык, познание, коммуникация. М., 1989. —312 с.
- Ванников Ю.В. Медицинские воззрения и терапевтическая практика чилийских арауканов // Этнографические аспекты изучения народной медицины. Л., 1975. С. 23-24.
- Вартофский М. Модели. Репрезентации и научное понимание. М., 1988. —506 с.
- Васильченко ГС. Частная сексопатология: Руководство для врачей: В 2 т. М., 1983. Т. 1.-304 с; Т. 2. -353 с.
- Василюк Ф.Е. Психология переживания: Анализ преодоления критических ситуаций. М., 1984. -200 с.
- Вассерман Л.И. Отношение к болезни больных эпилепсией: клинко-психологи-ческие корреляции // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990. С. 62—69.
- Вассерман Л.И. и др. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: Методические рекомендации. Л., 1987. —16 с.
- Вассерман Л.И. и др. О психологической диагностике типов отношения к болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990. С. 8—16.
- Вейн А.М. Лекции по патологии вегетативной нервной системы. М., 1971. —87 с.
- Вейн А.М. Неврология неспецифических систем мозга. М., 1974. —120 с.
- Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колосова О.А. Вегето-сосудистая дистопия. М., 1981. —318 с.
- Величковский Б.М. Современная когнитивная психология. М., 1982. —336 с.
- Ветер Л.А. Восприятие и обучение. М., 1969. —365 с.
- Ветер Л.А. Генезис способностей. М., 1979. —256 с.
- Виллюнас В.К. Психология эмоциональных явлений. М., 1976. —142 с.
- Виллюнас В.К. Теория деятельности и проблема мотиваций // А. Н. Леонтьев и современная психология. М., 1983. С. 191—200.
- Виллюнас В.К. Психологические механизмы мотивации человека. М., 1990. —283 с.
- Виноградова Т. В. Внутренняя картина болезни при локальных поражениях мозга: Автореф. дис.... канд. психол. наук. М., 1979. —20 с.
- Вопросы физиологии интроцепции / Ред. В.Н.Черниговский. М.; Л., 1965. —322 с.
- Восприятие и действие / Ред. А.В.Запорожец. М., 1967. —323 с.
- Витгенштейн Л. О достоверности // Вопросы философии. 1991. № 2. С. 67—120.
- Витгенштейн Л. Философские работы (часть 1). М., 1994. —520 с.
- Выготский Л. С. Избранные психологические труды. М., 1956. —619 с.
- Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. М., 1960. —500 с.
- Выготский Л. С. Исторический смысл психологического кризиса // Собрание сочинений: В 5 т. М., 1982. Т. 1. С. 228-291.
- Гадамер Х. Истина и метод. М., 1988. —686 с.
- Гальперин П.Я. К учению об интериоризации // Вопросы психологии. 1966а. № 6. С. 3-20.
- Гальперин П.Я. Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий // Исследования мышления в советской психологии. М., 1966б. С. 27-69.
- Гегель Г.В.Ф. Система наук. СПб., 1992. —441 с.

- Герасименко В.Н., Тхостов А.Ш. Психологические и деонтологические аспекты реабилитации онкологических больных // Реабилитация онкологических больных. М., 1988. С. 65-75.
- Герасименко В.И., Протченко Н.В., Тхостов А.Ш. Реабилитация больных злокачественными опухолями мочеполовых органов // Реабилитация онкологических больных. М., 1988. С. 252-264.
- Герасименко В.Н., Тхостов А.Ш., Голубев А.Н. Реабилитация больных злокачественными опухолями легкого // Реабилитация онкологических больных. М., 1988. С. 136-156.
- Герасименко В.Н., Тхостов А.Ш., Кошуг Н.Г. Социальные установки и отношение к онкологическим больным // Вопросы онкологии. 1986. № 11. С. 50—55.
- Герасименко В.ГТ., Тхостов А.Ш., Кошуг Н.Г. Психологическое исследование отношения к онкологическим больным // Вестник АМН. 1988. № 12. С. 46—50.
- Голосовкер Л.Э. Логика мифа. М., 1987. —217 с.
- Гомер. Одиссея. М., 1913. —224 с.
- Грегори Р.Л. Глаз и мозг. М., 1970. —269 с.
- Грегори Р.Л. Разумный глаз. М., 1972. —209 с.
- Гульдман В.В. Вопросы мотивации общественно опасных действий при психопатиях // Психопатии и психопатоподобные состояния в судебно-психиатрической экспертизе. М., 1982. С. 23—30.
- Гульдман В. В. Основные типы мотивации противоправных действий у психопатологических личностей// Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14, Психология. 1984. № 1. С. 31—45.
- Декарт Р. Рассуждение о методе. М., 1925. —113 с.
- Демидов Е.Г. Лечебные средства шамана // Этнографические аспекты изучения народной медицины. Л., 1975. С. 24—26.
- Джеймс У. Психология. СПб., 1901. —408 с.
- Достоевский Ф.М. Братья Карамазовы: В 2 т. М., 1958. Т.1. —420 с; Т. 2. —536 с.
- Елианский С.П. Психосемантические аспекты нарушения структурирования внутреннего опыта у больных опийной наркоманией: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1999. -24 с.
- Ефремова О.В., Тхостов А.Ш. Исследование семантической организации интрацеп-тивных ощущений // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14, Психология. 1990. № 3. С. 55—62.
- Забродин Ю.М., Лебедев А.Н. Психофизиология и психофизика. М., 1977. -287 с.
- Зайцев В.П. Вопросы психической реабилитации больных инфарктом миокарда: Автореф. дис.... д-ра мед. наук. М., 1975. —37 с.
- Зайцев В.П., Шхвацабая И.К. и др. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. М., 1978. -242 с.
- Запорожец А.В. О действенном характере зрительного восприятия предмета // Доклады АПН. М., 1962. № 1. С. 43-112.
- Запорожец А.В. Некоторые психологические вопросы сенсорного воспитания дошкольников // Сенсорное воспитание дошкольников. М., 1963. С. 124—147.
- Запорожец А.В. Развитие восприятия и деятельность // Вопросы психологии. 1967. № 1.С. 21-29.
- Зикеева ЛД. Внутренняя картина болезни при хроническом гломерулонефрите и пиелонефрите: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1974. —21 с.
- Зинченко В.П. Восприятие как действие: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. М., 1966. -49 с.
- Зинченко В.П. Продуктивное восприятие // Вопросы психологии. 1971. № 6. С. 47-61.
- Зинченко В.П. От генезиса ощущений к образу мира // А.Н. Леонтьев и современная психология. М., 1983. С. 140—149.

Литература

- Зинченко В.П., Вергилес НЮ.* Формирование зрительного образа: исследование деятельности зрительной системы. М., 1969. —106 с.
- Зинченко В.П., Мамардашвили М.К.* Проблема объективного метода в психологии // Вопросы философии. 1977. № 7. С. 109-125.
- Зинченко Ю.П.* Произвольная регуляция при функциональных сексуальных расстройствах (на модели психогенной импотенции): Автореф. дис. ... канд. психол. наук. МЛ, 1998. -24 с.
- Иванов СВ.* Рациональное и иррациональное в лечебной практике нанайцев (в конце XIX — начале XX в.) // Этнографические аспекты изучения народной медицины. Л., 1975. С. 20-21.
- Ильенков Э.В.* Диалектическая логика: Очерки истории и теории. М., 1974. —269 с.
- Ильенков Э.В.* Ленинская диалектика и метафизика позитивизма. М., 1980. —175 с.
- Ильенков Э.В.* Проблема идеального // Вопросы философии. 1979. № 6. С. 121-140; № 7. С. 145-150.
- История китайской философии.* М., 1989. —552с.
- Ительсон Л.Б.* Парадоксы восприятия и эстраполяционные механизмы перцепции // Вопросы психологии. 1971. № 1. С. 63—71.
- Как работает традиционный врачеватель. Отчет медицинского центра врачевателей при институте научных исследований в Заире // Всемирный форум здравоохранения.* 1982. Т. 2. № 3.С. 77-84.
- Кальвиньо М.* Роль мотивации в актуализации системы значений: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1981. —24 с.
- Каменева ЕН.* Роль экзогенных факторов в этиологии и патогенезе шизофрении и их отражение в клинической практике // Труды Всесоюзной научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения С.С. Корсакова и актуальным вопросам психиатрии. М., 1955. С. 131 — 134.
- Капур Р.Л.* О привлечении традиционных врачевателей к оказанию психиатрической помощи населению Индии // Всемирный форум здравоохранения. 1982. Т. 1. № 1.С. 198-201.
- Карабанова С.Ф.* Использование плясок в качестве лечебного средства на примере шаманского обряда у малых народов Дальнего Востока // Этнографические аспекты изучения народной медицины. Л., 1975. С.25—26.
- Карвасарский Б.А.* Неврозы. М., 1980. —448 с.
- Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г.* Психология больного. Л., 1980. —184 с.
- Киященко Л. П.* О границах телесности человека // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1991. С. 7—12.
- Клименкова Т.А.* Бессознательное как горизонт сознания в структурализме М.Фуко // Проблема сознания в современной западной философии. М., 1989. С. 237—250.
- Клиническая онкология // Ред. Н.Н.Блохин, Б.Е.Петерсон: В 2 т. М., 1979. Т. 1. -654 с; Т. 2. -636 с.*
- Клузман Е.Ю.* Ипохондрический синдром: Автореф. дис.... д-ра мед. наук. Киев, 1984. -36 с.
- Ковалев В.В.* Личность и ее нарушения при соматической болезни // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. М., 1972. С. 102-114.
- Козлов Ю.Г.* О патофизиологических механизмах ипохондрического бреда // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1953. № 12. С. 935—941.
- Козлова М.С.* Размышления о феноменах сознания в работах позднего Л. Витгенштейна // Проблема сознания в современной западной философии. М., 1989. С. 190—213.
- Колоскова М.В.* Психическое развитие младенцев с повышенным риском заболевания шизофренией: Автореф. ... дис. канд. психол. наук. М., 1989. —25 с.

Кон И.С. Введение в сексологию. М., 1989. —336 с.

Копто П. Традиционные методы лечения психических болезней в Мали // Здоровье мира. 1983. № 6. С. 10-12.

Корн Г., Корн Т. Справочник по математике для научных работников и инженеров. М., 1968.

Корсаков С.С. Курс психиатрии: В 2 т. М., 1901. Т. 1. -677 с; Т. 2. С. 679-1114.

Коришонов А.М. Отражение, деятельность, познание. М., 1979. —216 с.

Костерева В.Я. О значении внутренней картины болезни в психотерапии больных малопрогредиентной шизофренией // Клинико-психологические исследования групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях. Л., 1979. С. 117-121.

Кошуг Н.Г. Влияние личностных особенностей и социального окружения на реабилитацию онкологических больных: Автореф. дис.... канд. психол. наук. М., 1990. —24 с.

Краснушкин Е.К. Избранные труды. М., 1960. —608 с.

Крыжановский Г.Н. К патогенезу центральных механизмов боли и зуда (теория генераторных механизмов) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1982. № 16. С. 1090-1098.

Крыжановский Г.Н. Общая патофизиология нервной системы человека: Руководство. М., 1997. —349 с.

Куликова В.С., Пишник А.Т., Сегал Ю.Е. Проблемы кортико-висцеральной патологии. М.; Л., 1952. -289с.

Курцин И.Т. Академик К.М.Быков — основоположник кортико-висцерального направления в физиологии и патологии // Физиология и патология кортико-вис-церальных взаимоотношений. М., 1978. С. 7—17.

Лакатос И. Фальсификация и методология научно-исследовательских программ. М., 1995. -235 с.

Лаплани Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу. М., 1996. —624 с.

Лебединский М.С., Мясцев В.Н. Введение в медицинскую психологию. Л., 1966. -430 с.

Лееи-Брюль Л. Первобытное мышление. М., 1930. —337 с.

Леви-Строс К. Структурная антропология. М., 1983. —536 с.

Лекторский В.А. Познавательное отношение: пути исследования его природы: Автореф. дис.... д-ра филос. наук. М., 1979. —39 с.

Лекторский В.А. Проблема субъекта и объекта в классической и современной буржуазной философии. М., 1965. —122 с.

Лекторский В.А. Субъект, объект, познание. М., 1980. —359 с.

Леонтьев А.А. Психолингвистические единицы и порождение речевого высказывания. М., 1969. —306 с.

Леонтьев А.А. Психология общения. Тарту, 1974. —219 с.

Леонтьев А.Н. О социальной природе психики человека // Вопросы философии. 1961. № 1.С. 3-17.

Леонтьев А.Н. Потребности, мотивы, сознание // XVIII Международный психологический конгресс. Симпозиум 13. М., 1966. С. 24—36.

Леонтьев А.Н. Потребности, мотивы и эмоции. М., 1971.

Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность. М., 1975. —304 с.

Леонтьев А.Н. Психология образа // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14, Психология. 1979. № 2. С. 3-13.

Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. М., 1981. —584 с.

Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения: В 2 т. М., 1983. Т.1. -391 с; Т. 2.—319 с.

Лосев А.Ф. Диалектика мифа. М., 1930. —266 с.

Лосев А.Ф. Знак, символ, миф. М., 1982. —478 с.

Литература

- Лотман Ю.М.* О проблеме значений во вторичных моделирующих системах // Труды по знаковым системам. Ученые записки Тартуского Государственного Университета. Тарту, 1965. Т. II. С. 21—59.
- Лурия А.Р.* Курс общей психологии: Лекции. Лекция 1: Проблема ощущений в идеалистической и материалистической психологии. М., 1964. —13 с; Лекция 2: Классификация ощущений. Познавательные процессы. М., 1964. —17 с.
- Лурия А.Р.* Высшие корковые функции человека. М., 1969. —792 с.
- Лурия А.Р.* Об историческом развитии познавательных процессов. Экспериментально-психологическое исследование. М., 1974. —172 с.
- Лурия Р.А.* Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М., 1977. —ПО с.
- Лурия А.Р.* Язык и сознание. М., 1979. —319 с.
- Маркелов Г.И.* Заболевания вегетативной нервной системы. М.; Л., 1939. —348 с.
- Маркузе Г.* Эрос и цивилизация. Киев, 1995. —352 с.
- Махин А.Г.* Сомато-вегетативные расстройства в структуре гастроэнтерологических синдромов-масок // Актуальные проблемы психиатрии. М., 1981. С. 169—172.
- Меграбян А.А.* Общая психопатология. М., 1972. —288 с.
- Медведев В.И., Завьялова Е.К., Овчинников П.В., Посохов С.П.* Функциональная структура плацебо-реакции // Физиология человека. 1984. № 3. С. 458—466.
- Медведев В.П., Завьялова Е.К., Овчинников П.В., Посохов С.П.* Психофизиологические аспекты парного межличностного взаимодействия // Физиология человека. 1986. № 7. С. 754-766.
- Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб., 1994. —304 с.
- Мелетинский Е.М.* Поэтика мифа. М., 1976. —408 с.
- Мелзак Р.* Загадка боли. М., 1981. —231 с.
- Меркулова В.А.* Народные названия болезней в русском языке // Этнографические аспекты изучения народной медицины. Л., 1975. С. 56—58.
- Мерло-Понти М.* Феноменология восприятия. СПб., 1999. —608 с.
- Молдовану И.В.* Культурологические модели регуляции функции дыхания и некоторые перспективы психосоматики // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1991. С. 144—148.
- Мотовилин О.Г.* Развитие представлений о собственном теле у детей в условиях семьи и интерната: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2001. —24 с.
- Мотрошилова Н.М.* Анализ «предметностей сознания» в феноменологии Э. Гуссерля (на материале второго тома «Логических исследований») // Проблемы сознания в современной западной философии. М., 1989. С. 63—98.
- Мудрое М.Я.* Избранные произведения. М., 1949. —294 с.
- Муладжанова Т.Н.* Психологический анализ изменений личности у больных хронической почечной недостаточностью: Автореф. дис.... канд. психол. наук. М., 1983. —26 с.
- Муродов О.* Роль внушения и самовнушения в народной медицине таджиков в XIX в. // Этнографические аспекты изучения народной медицины. Л., 1975. С. 47—48.
- Надирашвили Ш.А.* Психологическая природа восприятия (с позиции теории установки). Тбилиси, 1976. 256 с.
- Назаренко Е.А.* Распознавание эмоционально выразительных движений детьми, больными шизофренией: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1990. —24 с.
- Найссер У.* Познание и реальность: смысл и принципы когнитивной психологии. М., 1981. -230 с.
- Николаева В.В.* Психологические аспекты рассмотрения внутренней картины болезни // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской психологии. Л., 1976. С. 95—98.
- Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику. М., 1987. —168 с.
- Николаева В.В.* О психологической природе алекситимии // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1991. С. 80—89.

- Нурмухамедов К. О традиционном способе лечения кожной болезни у туркмен-нохурли // Этнографические аспекты изучения народной медицины. Л., 1975. С. 26.
- Нюттен Ж. Мотивация // Экспериментальная психология. Вып. 4. 1975. С. 134—197.
- Ольшанский Д.В. Нейропсихологический анализ нарушений эмоционально-личностной сферы: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1979. —23с.
- Ортега-и-Гассет Х. Две великие метафоры // Теория метафоры. М., 1990. С. 68—82.
- Павлов И.П. Проба физиологического понимания навязчивого невроза и паранойи // Поли. собр. соч. Т. 3. Кн. 2. М., 1951. С. 265-294.
- Павлов И.П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности животных // Избранные труды. М., 1954. С. 221—267.
- Пащенко С.З. Ипохондрические состояния. М., 1958. —132 с.
- Пащенко С.З. Ипохондрия. Ташкент, 1974. —179 с.
- Пащенко С.З., Саванеди Н.Д. Ипохондрические состояния в структуре неврозов // Тезисы 1-й научной сессии Армянского филиала общества невропатологов и психиатров. Ереван, 1953. С. 29—30.
- Петренко В.Ф. Введение в экспериментальную психосемантику: исследование форм репрезентации в обыденном сознании. М., 1983. —177 с.
- Петренко В.Ф. Психосемантика сознания. М., 1988. —208 с.
- Петроний Арбитр. Сатирикон. М., 1990. —236 с.
- Пиаже Ж. Характер объяснения в психологии и психофизиологический параллелизм // Экспериментальная психология. Вып. 1—2. М., 1966. С. 114—132.
- Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности у больных шизофренией. М., 1974. -174 с.
- Поляков Ю.Ф., Курек П. С. К вопросу о нарушении положительных эмоций у больных шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1985. № 12. С. 1754-1762.
- Поляков Ю.Ф., Курек П. С, Гаранян Н.Г. Сравнительный анализ нарушения положительных эмоций у больных шизофренией с чертами дефекта и больных эндогенными депрессиями // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1986. № 12. С. 1819-1824.
- Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. М., 1989. —462 с.
- Прангишвили А.С., Шерозия А.Е., Бассин Ф.В. Роль неосознаваемой психической деятельности в развитии и течении соматических клинических синдромов // Бессознательное. Т. II. 1978. С. 195-215.
- Прибрам К. Языки мозга. М., 1975. —464 с.
- Пригожий И., Стенгерс И. Порядок из хаоса. М., 1986. —431 с.
- Прокопенко Ю.П. Физиология и патология интимной жизни. М., 1989. —64 с.
- Психоллингвистика / Под ред. А.А.Леонтьева. Л., 1967. —118 с.
- Пузырей А.А. Смысловая регуляция пространственного образа: Автореф. дис.... канд. психол. наук. М, 1980. —26 с.
- Пионик А.Т. К вопросу о взаимоотношении между экстероцептивными и интероцептивными сосудистыми реакциями // Проблемы кортико-висцеральной патологии. М., 1949. С. 216-256.
- Пионик А.Т. Кора головного мозга и рецепторная функция организма. М., 1952. -234 с.
- Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. М., 1994. —456 с.
- Резникова Т.В., Смирнов В.М. О моделировании внутренней картины болезни // Проблемы медицинской психологии. Л., 1976. С. 122—124.
- Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. М., 1979. —392 с.
- Рожнов В.Е. (ред.). Руководство по психотерапии. Ташкент, 1979. —640 с.
- Ромасенко В.А., Скворцов К.А. Нервно-психические нарушения при раке. М., 1961.-387 с.

- Ротштейн Г.А.* Ипохондрическая шизофрения. М., 1961. —138 с.
- Рохлин Л.Л.* Сознание болезни и его значение в клинической практике // Клиническая медицина. 1957. № 9. С. 16—24.
- Рохлин Л.Л.* Проблемы причинности в современной медицине и психиатрии // Методологические проблемы психоневрологии. Л., 1966. С. 73—91.
- Рубенис А.А.* Телеологизм Гуссерлевской концепции сознания // Проблемы сознания в современной западной философии. М., 1989. С. 99—109.
- Рубинштейн С.Л.* Бытие и сознание. О месте психического во всеобщей взаимосвязи явлений материального мира. М., 1957. —328 с.
- Рубинштейн С.Л.* Основы общей психологии. СПб., 1999. —705 с.
- Рубинштейн С.Я.* Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. М., 1970. —214 с.
- Руководство по психиатрии / Ред. Г.М.Морозов: В 2 т. М., 1988. Т. 1. —639 с; Т. 2. -642 с.
- Руководство по психиатрии / Ред. А.В.Снежневский: В 2 т. М., 1983. Т. 1. —479 с; Т.2. -544 с.
- Рупчев Г.Е.* Психологическая структура внутреннего тела при соматизации: Авто-реф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2001. —24 с.
- Русецкий И.И.* Соляриты и соляралгии // Клиническая медицина. 1959. Т.37. № 9. С. 16-19.
- СадД.А.Ф.* Жюстина. М., 1992. Т. 1. -540 с; Т. 2. -542 с.
- Сапарова И.А.* Особенности смысловой регуляции деятельности при ипохондрических состояниях разного генеза: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1989. —25 с.
- Сапарова И.А.* Особенности смысловой регуляции деятельности при ипохондрических состояниях различного генеза // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1990. № 9. С. 75-79.
- Сартorius Н.* Охрана психического здоровья в начале 80-х годов // Бюллетень ВОЗ. 1983. Т. 61. № 1.С. 1-5.
- Сегаль Ю.Е.* Клинико-физиологические исследования нарушения внутренних анализаторов при шизофрении // Труды Всесоюзной научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения С.С. Корсакова и актуальным вопросам психиатрии. М., 1955. С. 317—322.
- Семенова Н.Д.* Возможность психологической коррекции алекситимии // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1991. С. 89—96.
- Сеченов КМ.* Рефлексы головного мозга. М., 1952а. —232 с.
- Сеченов И.М.* Физиология нервных центров. М., 19525. —136 с.
- Смирнов В.М.* О роли модели ожидаемых и полученных результатов лечения в механизмах эмоционально-мотивационного поведения больных с хроническими заболеваниями нервной системы // Труды 6-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. М., 1975. Т. 1. С. 271—273.
- Смирнов В.М., Резникова Т.Н.* Основные принципы и методы психологического исследования «внутренней картины болезни» // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. М., 1983. С. 38—61.
- Смирнов СД.* Мир образов и образ мира // Вести. Моск. ун-та. Сер. 14, Психология. 1981. №2. С. 15-29.
- Смирнов СД.* Понятие «образ мира» и его значение для психологии познавательных процессов // А.Н. Леонтьев и современная психология. М., 1983а. С. 149—155.
- Смирнов СД.* Психология образа // Актуальные проблемы современной психологии. М., 1983б. С. 86-88.
- Смирнов СД.* Психология образа: проблема активности психического отражения. М., 1985. -231 с.
- Смулевич А.Б.* Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. М., 1987. -236 с.

- Соколов Е.Н. О моделирующих свойствах нервной системы // Кибернетика, мышление, жизнь. М., 1963. С. 242—279.
- Соколова Е.Т. Мотивация и восприятие в норме и патологии. М., 1976. —178 с.
- Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности. М., 1980. —174 с.
- Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М, 1995. —359 с.
- Соловьев А.Н. Исследования познавательных стилей в американской психологии // Зарубежные исследования по психологии познания. М., 1977. С. 236—249.
- Сонгайло А.К. Методические пути изучения фармакологии боли // Сборник научных трудов Свердловского мед. института. Вып. 35. 1962. С. 5—21.
- Спиноза Б. Этика. СПб., 1911. -384 с.
- Стеценко А.П. К вопросу о психологической классификации значений // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14, Психология. 1983. № 1. С. 22—30.
- Столин В. В. Исследование порождения зрительного пространственного образа // Восприятие и деятельность. М., 1976. С. 12—40.
- Столин В.В. Самосознание личности. М., 1983. —286 с.
- Тайлор Э.Б. Первобытная культура. М., 1989. —574 с.
- Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. Л., 1984. —232 с.
- Тетеряшников В. Искусство аукционировать искусство // Декоративное искусство. 1991. № 12. С. 45-48.
- Тищенко П.Д. Герменевтика и здоровье // Здоровье и экология человека: методический анализ предмета и метода исследования. М., 1987а. С. 96—109.
- Тищенко П.Д. Психика и соматические процессы // Общественные науки и здравоохранение. М., 1987б. С. 184—194.
- Тищенко П.Д. Психосоматическая проблема (объективный метод и культурологическая интерпретация // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1991а. С. 26-35.
- Тищенко П.Д. Что значит знать? М., 1991б. —64 с.
- Тищенко П.Д. Moriar stando // Человек. 1993. № 2. С. 55—57.
- Тоидзе И.А. Опыт экспериментального изучения первичной установки: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1974. —26 с.
- Топлянский В.В., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М., 1986. —384 с.
- Тоффлер О. Наука и измерение. Предисловие к книге И. Пригожина и И. Стен-герс «Порядок из хаоса». М., 1986. С. 11—33.
- Тхостое А.Ш. О соотношении цвета и формы при восприятии: Дипломная работа. М., 1976. -58 с.
- Тхостое А.Ш. Психологический анализ изменений личности при некоторых онкологических заболеваниях: Дис. ... канд. психол. наук. М., 1980. —215 с.
- Тхостое А.Ш. Осознание заболевания у онкологических больных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1984. № 12. С. 1839—1884.
- Тхостое А.Ш. Семантика телесности и мифология болезни // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1991. С. 96—107.
- Тхостое А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990. С. 32—38.
- Тхостое А.Ш., Ефремова О.Б. Метод исследования интрацептивной семантики при ипохондрических синдромах // Тезисы докладов Всесоюзной конференции «Актуальные проблемы пограничной психиатрии». М.; Витебск, 1989. Ч. 1. С. 110—112.
- Тхостое А.Ш., Лактионова А.И. Психологические аспекты восстановительного лечения больных, оперированных по поводу рака желудка // Вопросы онкологии. 1990. № 2. С. 215-220.

Литература

- Тхостов А.Ш., Степанович Д.А.* Влияние кризисной жизненной ситуации на структуру самооценки // Вопросы психологии. 1987. № 2. С. 128—134.
- Узнадзе Д. Н.* Психологические исследования. М., 1966. —451с.
- Улыбина Е.В.* Обыденное сознание: структура и функции. Ставрополь, 1998. —206 с.
- Уоллах Х.* Творческое восприятие // Хрестоматия по ощущению и восприятию **М., 1976.** С. 387-412.
- Фейерабенд П.* Избранные труды по методологии науки. М., 1986. —544 с.
- Франкфорт Г., Франкфорт Г.А., Уилсон Дж., Якобсен Т.* В преддверии философии. М., 1984. -236 с.
- Франселла Ф., БаннистерД* Новый метод исследования личности. М, 1987. —236 с.
- Фрейд З.* Лекции по введению в психоанализ. М.; СПб., 1922. Т. 2. —286 с.
- Фрейд З.* Я и Оно. Л.; М., 1924. —62 с.
- Фрейд З.* По ту сторону принципа удовольствия. М., 1925а. —113 с.
- Фрейд З.* Психология масс и анализ человеческого «Я». М., 1925б. —98 с.
- Фрэнклер Д.* Золотая ветвь. М., 1980. —703 с.
- Фуко М.* Слова и вещи. Археология гуманитарных наук. М., 1977. —488 с.
- Фуко М.* Воля к истине. По ту сторону знания, власти и сексуальности. М., 1996. -448 с.
- Фуко М.* Рождение клиники. М., 1998. —310 с.
- Хайдн Р.* Поведение животных. М., 1975. —856 с.
- Ханин Ю.Д.* Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Р. Спилбергера. Л., 1976. —43 с.
- Хигель Дж.П.* Сотрудничество с народными врачами // Всемирный форум здравоохранения. 1983. Т. 3. № 2. С. 108—115.
- Ходос Х.-Б.Г.* Нервные болезни. М., 1974. —511 с.
- Хорни К.* Женская психология. СПб., 1993. —222 с.
- Чаттопахья Д.* Локоята дармана. История индийского материализма. М., 1961. -736 с.
- Чаттопахья Д.* История индийской философии. М., 1966. —328 с.
- Чен-Поль Д.И.* Народная и современная медицина в Малайзии // Всемирный форум здравоохранения. 1982. Т. 3. № 3. С. 142—143.
- Черниговский В.Н.* К физиологии интероцепторов // Проблемы кортико-висцеральной патологии. М., 1949. С. 166—178.
- Черниговский В.Н.* Интероцепторы. М., 1960. —660 с.
- Четвериков Н.С., Урусамбетов Ш.Н.* О клинике и лечении ганглио-соляритов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1969. № 11. С. 1628—1632.
- Шевалев Е.А.* О переживании болезни // Советская психоневрология. 1936. № 6. С. 21-27.
- Шинкарев В.Д.* Представления Нага о жизненных силах // Советская этнография. 1988. № 1.С. 40-49.
- Шмелев А.Г.* Введение в экспериментальную психосемантику. М., 1983. —157 с.
- Шмелев А.Г., Похилько В.И., Козловская-Тельнова А.Ю.* Практикум по экспериментальной психосемантике. М, 1988. —208 с.
- Эберман В.А.* Медицинская школа в Джунджапуре // Записки коллегии востоковедов при Азиатском музее АН СССР. Л., 1925. Т. 2. С. 47—72.
- Элитес И.Р.* Сенестопатии. Рига, 1977. —189 с.
- Эльконин ДБ.* Детская психология. М., 1963. —468 с.
- Ягни-Ангате Д.* О традиционной медицине // Всемирный форум здравоохранения. 1982. Т. 2. № 3. С. 85-89.
- Якубик А.* Истерия. М., 1982. —342 с.
- Ярошевский М.Г.* История психологии. М., 1976. —464 с.

- Alexander F.* Psychosomatic Medicine. Its principles and application. London., 1952. -300 p.
- Ansbacher H.* Perception of number as affected by the monetary value of the objects // Archives of Psychology. 1937. № 215. P. 246—264.
- Bagby R.M., Taylor G.J., Parker J.D.A., Loisele C* Cross-validation of the factor structure of the Toronto Alexitimia scale // Journal of Psychosomatic Research. Vol. 34. № 1. London, 1990. P. 47-51
- Baro F.* Руанда, психиатрическая помощь для всех // Здоровье мира. 1980. № 3. С. 26-27.
- Barsky A.J., Klerman G.L.* Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles // Am. J. Psychiatry. 1983. Vol. 140. P. 273-282.
- Barsky A.J., Wyshak G., Klerman G.L.* Transient hypochondriasis // Arch. Gen. Psychiatry. 1990. Vol. 47. P. 746-753.
- Barthes R.* L'empire des signes. Geneve: Ed. d'art Albert Skira; Paris: Flamarion. 1970. -151 p.
- Becesy G. von.* Sensory Inhibition. Princeton: Prins. Univ. Press, 1967.
- Beecher H.K.* Measurement of Subjective Responses. Oxford University Press, 1959. -494 p.
- Bell Ch.* On the necessity of the sense of muscular action the full exercise of the organs of the senses // Proc. Royal Soc. Edinburgh, 1842. P. 144—237.
- Bellak L.* The T.A.T., C. A. T. and S.A.T. in clinical use. N. Y., 1978. -376 p.
- Bergeret J.* (ed.). Psychologie pathologique. Paris, 2000. —360 p.
- Bexton W.H.* Effects of decreased variation in the sensory environment // Canad. J. Psychol. 1954. № 8. P. 70-76.
- Boas F.* The Religion of the Kwakiult Indians // Columbia University Contribution to Anthropology. N. Y., 1930. № 10. P. 1—41.
- Brentano F.* Psychologie vom empirischen Standpunkt. Leipzig; Meiner, 1924. —337 S.
- Bruner J.S., Postman L.* On the perception of incogruity: a paradigm // J. of Personality. 1949. № 18. P. 206-223.
- Bruner J.S., Postman L., John V.* Normalization of incogruity. Research memorandum // Cognition Project. Harvard University, 1949. —176 p.
- Brunswik E.* Perception and representative design of psychological experiments. Berkley; Los-Angeles, 1956. —154 p.
- Buytendijk F.-J.* Pain: Its Modes and Functions. Chicago, 1966. —367 p.
- Camus P.* Cenestopathie et psychose maniaque-depressive // Encephale. 1913. № 1. P. 83-87.
- Camus P., Blondel C* Cenestopathie a localisation cephalique // Encephale. 1909. № 6. P. 595-597.
- Carry J., Feher M.* (ed.). Fragments for the History of the Human Body. N.Y., 1980. Vol. I. -708 p.; Vol. II. -812 p.; Vol. III. -678 p.
- Carver C, Scheier M.* Attention and self-regulation. N. Y., 1981. —276 p.
- Cassirer E.* An Essay on Man. New Haven, London, 1972. —237 p.
- Cassirer E.* Language and Myth. N.Y., London, 1946. —103 p.
- Chertok L., Stengers I.* Therapy and the ideal of chemistry // Nature. 1987. Vol. 329. №6142. P. 768.
- Chertok L., Stengers I.* From Lavoisier to Freud. A Historical Epistemological Note with Contemporary Significance // The J. of Nervous and Mental Disease. 1988. Vol. 176. №11. P. 645-647.
- Chiwuzie J., Ucoli F., Okojie O., Isah E., Eriator L.* Работа с традиционными врачами // Всемирный форум здравоохранения. 1988. Т. 8. № 2. С. 101 — 104.

- Ciuffi D.* Beyond attentional strategies: A cognitive perceptual model of somatic interpretation // *Psychological Bulletin*. 1991. № 1. P. 25—41.
- Delay J.* Introduction a la medicine psychosomatique. Paris, 1961. —117 p.
- Delgado J.M.R.* Eletrodes for extra cellular recording and stimulation // *Nastuk V.L. Physical techniques in biological research*. N. Y., 1963. Vol. 6. P. 88—143.
- Delgado J.M.R.* Sequential behavior induced repeatedly by stimulation of red nucleus in free monkeys// *Science*. 1965. № 148. P. 1361—1363.
- Dowling J.* Autonomy measures and behavioral indices of pain sensitivity// *Pain*. 1982. Vol.14. №3. P. 387-392.
- Dunbar H.F.* Psychosomatic diagnosis. N. Y., 1943. —246 p.
- Dunbar H.F.* Emotions and Bodily Changes. N. Y., 1954. -192 p.
- Dupre E.* Pathologie de l'imagination et de l'emotivite. Paris, 1925. —501 p.
- Dupre E., Camus P.* Les Cenestopathies// *Bui. med.* 1907a. Avril. P. 713—714.
- Dupre E., Camus P.* Les Cenestopathies // *Encephale*. 1907b. № 12. P. 616—631.
- Dupre E., Long-Londry C* Cenestopathies // *Encephale*. 1910. № 4. P. 466—469.
- Durkheim E.* Les formes elementaires de la vie religieuse. Paris. 1912. —646 p.
- Durkheim E.* Les regies de la methode sociologique. Paris, 1975. —149 p.
- Duval S., Wicklund R.* A theory of self-awareness. NY., 1972. —326 p.
- Ebermann-Feldman D., Spitzer W.O.* et al. Perceived discrimination against cancer patients in work force // *Can. Med. Assoc. J.* 1987. Vol. 136. №. 7. P. 719—723.
- Engel G.L.* Psychogenic pain and pain-prone patient // *Am. J. Med.* 1959. Vol. 26. P. 899—918.
- Engel G.L.* Conversion symptoms // *Signs and Symptoms: Applied Pathologic Phisiology and Clinical Interpretation*: Ed. MacBryde CM., Blacklow R. S. Philadelphia. 1970. P. 650-668.
- Ey E.* Hypochondrie. Etudes psychiatriques. Paris, 1950. Vol. II. —453 p.
- Ey E., Hemic E.* Heridite et neuroses // *Evol. Psychiat.* 1959. Vol. 24. № 2. P. 285—304.
- Feinstein A.R.* An Analysis of diagnostic reasoning. Part 1 et 2 // *Yale J. of Biologie and Medicine*. 1973. № 46. P. 264-283.
- Fodor J.A., Polyshyn L. V.* How direct is visual perception? Some reflections on Gibson's «Ecological Approach»//*Cogn.* 1981. Vol. 9. P. 136-151.
- Foucault M.* Folie et deraison. Paris, 1961a. —146 p.
- Foucault M.* Maladie mentale et psychologie. Paris, 1961b. —264 p.
- Foucault M.* Naissance de la clinique. Paris, 1963. —256 p.
- Foucault M.* Surveiller et punir. Naissance de la prison. Paris, 1975. —318 p.
- Fraisse P.* Le role de l'incertitude et de la discriminite dans la reconnaissance perceptive // *L'Annee psychologique*. 1967. Vol. 1. P. 61—72.
- Fraisse P.* Reconnaissance de Pidentite physique et semantique de dessigne et de noms // *Revue Suisse de Psychologie pure et appliquee*. 1970. № 1—2. P. 76—84.
- Gadamer H.G.* Philosophical Hermeneutics. Univ. S. Calif. Press, 1976. 461 p.
- Gardner W.N.* Pathophysiology of hyperventilation // *Chest*. 1996. № 109. P. 516—534.
- Gerasimenko V.N., Artyushenko Y. V., Tkhostov A.Sh.* Rehabilitation of Cancer Patient // *Oncology Reviews*. Harwood Academic Publishers GmbH., 1987. Vol. 2. P. 28—45.
- Gibson J.J.* The perception and visual world. Boston, 1950. —432 p.
- Gibson J.J.* The senses considered as perceptual systems. Boston, 1966. —335 p.
- Gibson J.J.* Principles of perceptual learning and development. N.Y., 1969. —262 p.
- Goldscheider A.* Gesammelte Abhandlungen. Leipzig: Barth, 1898. Bd. 1—2.
- Good B.J., Good M.-J.* The meaning of symptoms: A Cultural Hermeneutics Model for Clinical Practice // *Culture, Illness and Healing*. Harvard, 1972. Vol. I. P. 165—197.
- Good B.J., Good M.-J.* Towards a meaning centered approach to clinical practice // *Culture, Illness and Healing*. Harvard, 1976. Vol. 4. P. 176-182.
- Greenberg H.B.* Hypochondriasis // *Med. J. Aust.* 1960. Vol. 1. № 18. P. 673-677.

Hardy Y.D., Wolf H.G., Goodell H. Pain Sensation and Reaction. N.Y., 1952. —246 p.

Healing, Magic and Religion. Los Angeles, 1985. —688 p.

Hebb D.O. The Organisation of Behavior. N.Y.; Willey, 1949. —335 p.

Hecaen H., Ajuriaguerra J. Meconnaissances et hallucinations corporelles. Integration et desintegration de la somatognosie. Paris, 1952. —382 p.

Herzlich C., Pierret J. Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. Paris, 1984. —295 p.

Hilgard E.R. Hypnotic phenomena: the struggle for scientific acceptance // Amer. Scientist. 1971. Vol. 31. P. 567-583.

Hill H.E., Kornetsky C.H., Flanary H.B., Vikler A. Studes of anxiety associated with anticipation of pain. 1. Effect of morphine // Arch. Neurol. Psychiat. 1982. Vol.68. P.612—621.

Holland J. C., Rowland J.H. Handbook of psychooncology. N. Y.; Oxford, 1989. —786 p.

Howells J.Q. World history of psychiatry. London, 1975. —678 p.

Huber G. Zur Frage der mit Hirnatrophie einhergehenden Schizophrenie // Arch. Psychiat. Neurol. 1953. Bd. 190. № 5. S. 429-448.

Huber G. Pheumencephalisch Schizophrenie // Fortschr. Neurol. Psychiat. 1957. Jg. 25. H. 9. S. 491-520.

Huber G. Die «coenasthetisch Schizophrenie» als ein Pragnanztyp schizophrener Erkrankungen//Acta Psychiat. Scand. 1971. Vol. 47. fasc. 3. S. 349—362.

Husserl E. Zur Phanomenologie der Intersubjektivitat. Text aus dem Nachlass. Erster Teil: 1905-1920 // Husserliana. Haag, 1973. Bd. XIII. -475 S.

Husserl E. Zur Phanomenologie der Intersubjektivitat. Zweiter Teil: 1921 — 1928 // Husserliana. Haag, 1973. Bd. XIV. -360 S.

Jahreiss V. Das hypochondrische Denken. (Ein Beitrag Zur Frage nach dem Aufbau hypochondrischen Ideen) //Arch. Psyciat. Nerv. 1930. Bd. 92 H. 3. S. 686—823.

Juliffe S.E. Sketch in Psychosomatic Medicine. Washington, 1939. —376 p.

Kehrer H. Zur «Anatomie» hipochondricher Zustande // Arch. Neurol. Psychiat. 1953. Bd. 190. H. 4. S. 449-460.

Kelly G.A. A theory of personality. N.Y., 1963. —194 p.

Kelly G.A. Behavior is an experiment // Perspectives in Personal Construct Theory. London; N.Y., 1970. P. 47-124.

Kelly G.A. The role of classification in personality theory // Clinical Psychology and Personality: the Selected Papers of George Kelly. Wiley; N. Y., 1972. P. 245—279.

Kielholz P., Hole G. La depression rationelle. Conception theorique // Confron. psychiat. 1979. Vol. 12. P. 11—132.

Kirmayer L.J., Robbins J.M. (Ed.). Current Concepts of Somatisation. American Psychiatric Press, Inc. Washigton, 1991. —230 p.

Klein M., Heimann P., Isaacs S., Riviere J. Developments in psychoanalysis. London, 1952. -456 p.

Kumazawa K, Mizumura T., Sato Y. Thermally potenited responses to algesic substances of visual nociceptors // Pain. 1987. Vol. 28. №. 2. P. 255-265.

Kraepelin E. Psychiatrie. Leipzig, 1896. —825 p.

Lacan J. Le stade de miroir comme formateur de la fonction du Je, telle qu'elle nous est revelee dans l'experience psychanalytique // R.F.P. 1949. Vol. XIII. № 4. P. 449—462.

Lacan J. Ecrits. Paris, 1988. -657 p.

Ladee G.A. Hypochondrical syndromes. Amsterdam; London; N. Y., 1966. —404 p.

Lalurarier J. Aspects cemiologiques et signification psychopathologique. (A propos des melancolies atypiques) // Toulouse med. 1962. № 4. P. 377—387.

Laplanch J., Pontalis J.B. Delimitation du concept freudien de projection // Bull. de psychol. 1963. Vol. 225. P. 1234-1246.

Lazarus R.S., Eriksen C. W., Fonda C.P. Personality dynamics and auditory perceptual recognition//J. Personal. 1951. Vol. 19. P. 171-182.

Lefcowets H.M. Reasearch with the locus of control construct. N. Y., 1981. —456 p.

- Levin Я, Chein G., Murphy G.* The Relation of the intensity of a need to the amount of perceptual distortion // J. Psychol. 1948. Vol. 15. P. 283—293.
- Ley Я* Dyspneic-fear and catastrophic cognitions in hyperventilatory panic attacks // Behavior Research and Therapy. 1985. № 27 (5). P. 549—554.
- Lhermitte F., Gambler J.* Les perturbation somatognosiques en pathologie nerveuse // Ann med. psychol. 1960. Vol. 2. № 3. P. 534-535.
- Lola I.N.* Culture and symptoms // Health, Illness and medicine. Chicago, 1979. P. 41—61.
- Lopez Ibor J.-J.* Masked depressions // Brit. J. Psychiat. 1972. Vol. 120. № 556. P. 245—258.
- Main C.J.* The modified somatic perception questionnaire (MSPQ) // J. of Psychosomatic Research. 1983. Vol. 27. № 6. P. 503-514.
- Mandler G, Mandler J.M., Wilier E.T.* Autonomic feedback. The perception of autonomic activity // J. of abnormal and social psychology. 1958. Vol. 6. № 3. P. 367—373.
- Malcolm N.* Moor and Wittgenstein on the Sense of «I Know» // Malcolm N. Thought and Knowledge. Ithaca-London: Cornell Univ. Press. 1977. P. 170—198.
- Malinowski B.* Myth in Primitive Psychology. London, 1926. —486 p.
- Malinowski B.* Magic, Science and Religion. N.Y., 1955. —277 p.
- Malinowski B.* Sex, Culture and Myth. N.Y., 1962. —346 p.
- Marty P., de M'Uzan M., David C* L'investigation psychosomatique. Paris, 1963. —286 p.
- Melzack Я* The Perception of pain // Sci. Amer. Vol. 204. P. 41—49.
- Merleau-Ponty M.L.* Phänomenologie der Wahrnehmung. Basel, 1966. —86 S.
- Moor S.G.E.* A Defense of common sense // Contemporary British philosophy. 2-nd ser. Oxford, 1925. P. 62-108.
- Muller J.* Zur Vergleichende Physiologie des Gesichtsinnes des Menschen und der Thiere Leipzig, 1826. 520 S.
- Muller J.* Handbuch der Physiologie des Menschen. Aufl. 4. Coblenz, 1840. —478 S.
- Murray H.A.* Explorations in personality. N. Y., 1938. —422 p.
- Orlemans H., Van Den Bergh O.* Phobies interoceptives et phobies de maladies. Paris, 1997. -126 p.
- Osgood Gh., Susi G, Tannenbaum P.* The measurment of meaning. Urbana, 1957. —586 p.
- Owen G.E.L.* TINAI TA AINO MENA // Aristote et les problemes de la metode. Louvain, 1961. P. 124-150.
- Pedinielli J.-L.* Psychosomatique et alexitymie. Paris, 1993. —140 p.
- Pennebaker J. W.* The psychology of physical symptoms. N. Y., 1982. —284 p.
- Pennebaker J. W., Watson D.* The psychology of somatic symptoms // Current conception of somatization: Research and clinical perspectives. Washington; London, 1991. P. 21—36.
- Pennebaker J. W., Watson D.* The Psychology of Somatic Symptoms // Kirmayer L.J., Robbins J.M. (Ed.). Current Concepts of Somatisation. American Psychiatric Press. Inc. Washigton, 1991. P. 21-36.
- Pfifflerling T.* Cultural Prescription for Medicocentrism // Culture, Illness and Healing. Chicago, 1982. P. 215-221.
- Piaget J.* Play, Dreams and Imitation in Childhood. N.Y., 1951. —296 p.
- Posner M.I.* Chronometric explorations of mind. Hillstade, 1978. —242 p.
- Posner M.I.* Cognition: an introduction. Brighton, Munchen, 1973. —304 p.
- Postman L., Bruner J.S., Walk R.L.* The perception of error // Britich J. of Psychol. 1951. Vol. 12. P. 1-10.
- Poulsen A.* Psychodynamic, time-limited group therapy in rheumatic disease — a controlled study with special reference to alexitimia // Psychoter. Psychosom. № 56. 1991. P. 12—23.
- Pratt C.C.* The role of past experience in visual perception // J. of Psychol. 1950. № 30. P. 85-102.
- Robbins Я H.* The Encyclopaedia of Witchcraft and Demonologja. NY., 1959. —571 p.
- Romberg V.* Lehbuch der Nervenkrankheiten. Berlin, 1851. B.I. Auf. III. —490 S.
- Ronchi V.* Optics: The Science of Vision. N. Y, 1957. -360 p.

- Rosen A.* Change in perceptual threshold as a protective function of the organism // J. Personal. 1954. № 23. P. 182-194.
- Ryle B.* The concept of mind. N. Y., 1949. -334 p.
- Sartre J.-P.* L'Être et le Néant. Paris, 1949. —724 p.
- Schacter S., Singer T.E.* Cognitive social and physiological determinants of emotional state // Psychol. Rev. 1962. Vol. 69. P. 379-397.
- Sifneos P.E.* Psychotherapies for psychosomatic and alexithimic patients // Psychother. Psychosom. 1983. № 40. P. 66—73.
- Sjoberg J.* The psychoanalytic theory of defensive processes. Lund, 1973. —284 p.
- Spitz R.* De la naissance à la parole, la première année de la vie de l'enfant. Paris, 1968. -346 p.
- Spitz R.* The primal cavity: a contribution to the genesis of perception // Psychoan. Study Child. 1962. № 10. P. 234-258.
- Stuart J., Elsendrath E., Way V.* Identification of psychogenic abdominal pain // Psychosomatics. 1986. Vol. 27. № 10. P. 705-710.
- Tanner V.P.S., Swes J.A.* A decision making theory of human detection // Psychol. Rev. 1954. Vol. 61. P. 401-409.
- Thome A.* Alexithimia and Acquired Immune Deficiency Syndrome // Psychother. Psychosom. 1990. № 54. P. 40—43.
- Tinbergen N.* The study of instinct. Oxford, 1951. —228 p.
- Titchener E.B.* A beginner's psychology. N.Y., 1916. —482 p.
- Tolansky S.* Optical Illusions. Oxford, 1964. —156 p.
- Turvey M.T., Shaw R.* The primacy of perceiving // L.G. Nilsson (ed.). Perspectives on memory research. Hillsdale, 1979. P. 367—372.
- Vispe L.G., Drambarean N.C.* Psychological needs, word frequency and visual duration thresholds//J. Exper. Psychol. 1953. Vol. 5. P. 253-262.
- Vurpillot E.* L'influence de la signification du matériel sur l'illusion de Poggendorff // L'Année psychol. 1957. Vol. 57. № 2. P. 339-357.
- Wallach H.* Some considerations concerning the relation between perception and cognition //J. of Personal. 1949. № 18. P. 6-13.
- Weitbrecht H. J.* Zur Hypochondrie // Dtsch. med. ztschr. 1951. Bd. 76. S. 312—340.
- White L.* The Science of Culture. N.Y., 1949. -486 p.
- White L.* The Evolution of Culture. N.Y., 1959. -378 p.
- White L.* The Concepts of Cultural Systems. A Key to Understanding Tribes and Nations. N.Y., 1975. -466 p.
- Whorff' B.L.* Language, Thought and Reality. Selected Writings. Cambridge, Mass., 1956. -468 p.
- Wise Th.N., Mann L.S., Hill B.* Alexithymia and depressed mood in the psychiatric patient // Psychother. Psychosom. № 54. 1990. P. 26—31.
- Wise Th.N., Mann L.S., Epstein S.* Ego defensive styles and alexithymia: a discriminant validation study // Psychother. Psychosom. 1991. № 56. P. 141—145.
- Within H.* Personality through perception. An experimental and clinical study. N. Y., 1954. -312 p.
- Within H. et al.* Psychological differentiation. N.Y.; London, 1962. —418 p.
- Within H.A., Goodenough D.R.* Cognitive Styles// Psychological issues. Monograph. 1982. Vol. 51.-380 p.
- Wittgenstein L.* Preliminary Studies for the «Philosophical investigations» generally known as the blue and brown books. Oxford, 1964. —192 p.
- Wollenberg G.* Die Hypochondrie. Spiell pathologie // Therapie prsg. von Nathuag. 1904. Bd. XII. abt. 3. S. 47-62.
- Wollenberg G.* Die nosologische Stellung der Hypochondrie // Ztebl. Nervenlinik. 1905. Bd. 28. S. 87-102.
- Zborowshi V.* Cultural components of responses to pain // J. Soc. Issue. 1952. Vol. 8. P. 16—24.

Содержание

Введение3

Часть 1. Теоретические проблемы психологии телесности7

Глава 1. В поисках истинного объекта: тело как механизм7

1.1. Принцип объективизма
в исследованиях интрацепции.....7

1.2. Телесные феномены как объект психиатрического
исследования.....15

1.3. Понимание интрацепции в концепциях
«внутренней картины болезни»27

1.4. Методологические трудности и ограничения
объективистской интерпретации
интрацептивного восприятия.....31

Глава 2. Теоретические проблемы психологии интрацепции.....39

2.1. Активность субъекта в телесном восприятии.....39

2.2. Проблема происхождения категорий.
«Первовидение» в интрацептивном восприятии.....46

2.3. Образ тела и телесное ощущение53

2.4. Проблема верификации интрацептивного восприятия.....55

2.5. Проблема объективации телесности60

Глава 3. Феноменология телесности.....62

3.1. Границы «Я» или «зонд» сознания.....62

3.2. Феномен тела.....66

3.3. «Отчуждение» как деструкция топологии субъекта.....72

3.4. Проблема «истинного» субъекта.....76

3.5. Фантом реальности.....78

3.6. Присвоение vs отчуждение.....82

Глава 4. Культурное тело.....87

4.1. Коммуникативные формы объективации телесности.....87

4.2. Конверсия как патология «культурного» тела.....89

4.3. Сексуальное «культурное» тело.....91

4.4. Формирование человеческой сексуальности.....93

4.5. «Культурная» патология эротического тела.....96

Глава 5. Семиотика телесности.....101

5.1. Вторичное означение интрацептивных ощущений.....101

5.2. Влияние вторичного означения
на интрацептивные ощущения.....106

5.3. Семиотическое опосредствование
интрацептивных ощущений на модели
медицинского ритуала.....ПО

5.4. Классические и современные мифы болезни
и здоровья.....115

Содержание	287
Глава 6. Смысловое опосредствование телесности.....	128
6.1. Проблема влияния смысла на перцепцию.....	128
6.2. Психоаналитические решения.....	129
6.3. Герменевтический подход.....	131
6.4. Школа «New look».....	133
6.5. Концепция «личностного смысла».....	135
6.6. Смысл телесного ощущения.....	141
6.7. Преградный (негативный) смысл болезни	143
6.8. Позитивный смысл болезни.....	149
6.9. Конфликтный смысл болезни.....	151
6.10. Смысловые образования	154
Часть 2. Экспериментальные исследования	
Глава 7. Исследование субъективной семантики	
интрацептивного восприятия.....	157
7.1. Цели и задачи исследования.....	157
7.2. Метод исследования.....	159
7.3. Характеристика испытуемых.....	161
7.4. Сравнительный анализ объемов словарей	
интрацептивных ощущений.....	164
7.5. Частотный анализ словарей интрацептивных ощущений.....	166
7.6. Структурный анализ интрацептивных словарей.....	174
7.7. Роль интрацептивной семантики в нарушении структурирования	
внутреннего опыта и произвольной саморегуляции	189
Глава 8. Исследование влияния вторичного опосредствования	
на телесные ощущения (на модели плацебо-эффекта).....	205
8.1. Феномен плацебо.....	205
8.2. Постановка проблемы.....	208
8.3. Характеристика испытуемых.....	209
8.4. Методы исследования.....	213
8.5. Обсуждение результатов.....	213
Глава 9. Исследование факторов субъективной	
эффективности плацебо-лечения.....	219
9.1. Постановка проблемы.....	219
9.2. Характеристика больных.....	221
9.3. Методы исследования.....	221
9.4. Обсуждение результатов.....	224
Глава 10. Исследование влияния знакового	
опосредствования на телесную чувствительность.....	236
10.1. Постановка проблемы	236
10.2. Характеристика испытуемых.....	238
10.3. Методы исследования.....	238
10.4. Обсуждение результатов.....	241
Заключение.....	263
Литература.....	270

ISBN 5-89357-111-8



9 785893"571 1 10"

Научное издание Александр Шамилевич Тхостов

Психология телесности

Редактор Н.В. Крылова *Корректор* Т.П. Толстова

Художник А.Ф. Малаховский *Компьютерная верстка* О.В. Кокоревой

Издательство «Смысл» (ООО «НПФ "Смысл"»)

103050, Москва-50, а/я 158

Тел./факс (095) 195-9328, 195-0308

e-mail: info@smysl.ru

<http://www.smysl.ru>

Лицензия ИД № 04850 от 28.05.2001

Подписано в печать 03.03.2002. Бумага офсетная № 1. Печать офсетная. Формат 60х90/16. Гарнитура TimesET. Усл.печ.л. 18. Тираж 2500 экз.

Отпечатано в полном соответствии с качеством

предоставленных диапозитивов в ППП «Типография «Наука»

121099, Москва, Шубинский пер., 6. Заказ № 5956

Текст взят с психологического сайта <http://www.myword.ru>