

ЗДОРОВЬЕ КАК ОПЫТ ФИЛОСОФСКОГО И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ

В.РОЗИН

Нетрудно заметить, что здоровье и болезнь часто определяются друг относительно друга. В «Толковом словаре» здоровый в одном из своих значений – это не больной, а больной – нездоровый. Автор интересной книги «Новая модель здоровья и болезни» Джордж Витулкас пишет, что следует отказаться от нашего привычного понимания болезни и здоровья как «отдельных отчетливо выраженных состояний» психики и организма (Витулкас, 1997, с.49).

Другая особенность этих феноменов состоит в том, что они имеют своеобразное социальное измерение: в социальном плане здоровье понимается как нормальное состояние, а болезнь – как отклонение от заданной нормы. «Здоровье, – читаем в "Толковом словаре", – нормальное состояние правильно функционирующего, неповрежденного организма». Болезнь – «уклонение от нормы, расстройство». Правда, Ману Котхари и Лопа Мехта пишут, что «Медицина не смогла определить, что составляет норму, будь то содержание сахара в крови или кровяное давление». К вопросу о норме здоровья я еще вернусь, пока же замечу, что, несмотря на действительные трудности определения нормы, врачам приходится пользоваться подобной «мерой», в противном случае, – как бы они принимали практические решения, например, выписывая бюллетени, направления в больницы и прочее?

Но здоровье и болезнь «измеряются» также на индивидуальном уровне: с одной стороны, человек отслеживает свое самочувствие, с другой – как правило, ориентируется на определенный идеал здоровья. При этом нетрудно заметить, что индивидуальный идеал здоровья может существенно расходиться с социальной нормой, причем в обе стороны. Вообще, с точки зрения социальной нормы здоровья, многие нездоровые люди ведут себя весьма странно. Известно, например, что еще в ранней молодости Франца Кафку преследовала бессонница, но он всегда отказывался следовать советам врачей. «В некоторой степени, – пишет

исследователь творчества Кафки Кирилл Фараджев, – дело проясняется после знакомства с высказываниями Кафки о том, что для него бессонница нерасторжимо сопряжена с творческим процессом. Не раз Кафка повторял, – не будь этих страшных ночей, он бы вообще не занимался литературой. Вероятно, в обыденной ситуации Кафка не мог достигнуть той степени отстраненности, которая его устраивала, и был способен на это, лишь оказываясь на грани саморазрушения... Бессонница вызывала у Кафки постоянные головные боли, по ощущению похожие на "внутреннюю проказу". "Бессонница сплошная: измучен сновидениями, словно их выцарапывают на мне, как на неподобающем материале"» (Фараджев, 1998, с.496).

Указанным двум уровням измерения здоровья (социальному и индивидуальному) отчасти можно поставить в соответствие и два основных дискурса здоровья – «медицинский» и «духовно-экологический». Представление о дискурсах достаточно распространено сегодня в философии и социологии, но разные авторы вкладывают в это понятие разное содержание. Поэтому поясню, что я имею в виду, говоря о дискурсе. Для меня *дискурс* – это, во-первых, указание на определенный подход изучения, во-вторых, выражение интересующего исследователя явления в языке (в данном случае, речь пойдет о том, каким образом мы говорим о здоровье), в-третьих, анализ дискурса позволяет понять, как исследователь считает возможным воздействовать (влиять) на рассматриваемое им явление. Приведем в пример определение «технодискурса» Д.Жанико:

«Технодискурс есть такой дискурс, который не является ни строго техническим, ни автономным: паразитный язык, замкнутый на технике, способствующий ее распространению или, за неимением лучшего, делающий почти невозможным любое радикальное отступление, любой пересмотр вопроса о современном техническом феномене в его специфике. Любая техника имеет свой словарь, свои коды, свои "листинги", свои случаи, свои проблемы и оперативные сценарии. Технодискурс – добрая часть функционализации языка, реализуемой через аудиовизуальные средства; технодискурс – реклама. Технодискурс – технократическая мысль. Технодискурс – весь политико-идеолого-аудиовизуальный соус о мировом соревновании, производительности и т.д. Если эти дискурсы размножаются, то не значит ли это, что они выполняют определенную функцию в техническом мире и через него? У них, без всякого сомнения, имеются социальные и даже технические функции: достаточно представить на мгновение, что будет с техническим миром на Западе без рекламы. Отражая технизацию общества, эти технодискурсы ее стимулируют, захватывают. Они играют роль информационного реле, улучшающего и ускоряющего планетарную технизацию. Эти дискурсы блокируют доступ к пониманию научно-технического развития, имеется операция

самосимволизации, стремящаяся перекодировать совокупность реального в информационный ледник» (Рачков, 1991, с.119-120).

Обратим внимание, технодискурс – это определенный способ рассмотрения и изучения техники (в данном случае – подход, сочетающий социологические, семиотические и социально-инженерные представления); это разные типы языков (языков техники и по поводу техники); это технократическая мысль; наконец, это понимание того, как можно воздействовать на технические явления (нужно создавать условия, способствующие всеобщей технизации, блокировать процессы, например, адекватного осознания, препятствующие технизации).

Медицинский дискурс. Это не обязательно понимание здоровья и болезни в рамках научной и современной медицины, хотя сегодня с медицинским дискурсом мы сталкиваемся преимущественно в медицинской литературе и учреждениях. Например, к самому первому медицинскому дискурсу можно отнести анимистические представления о болезни и лечении. Архаические люди считали, что человек и все живое обладают душой, а болезнь – это временный уход души из тела. Чтобы человек выздоровел (то есть его душа вернулась на свое место), нужно, думали они, создать для души комфортные условия (согреть тело, если душа вышла из-за того, что замерзла; охладить – если душе сделалось жарко; дать любимую еду – «лекарство», упросить – заклинание и прочее). Вот всего лишь один из примеров, описанный Э.Тэйлором:

«Карены в Бирме бегают вокруг больного, желая поймать его блуждающую душу, "его бабочку", как говорят они, подобно древним грекам и славянам, и, наконец, как бы бросают ему ее на голову... Это "ла", то есть душа, дух, гений, может быть отделено от тела, которому принадлежит. Вследствие этого карен очень усердно старается удержать его при себе, призывая его, предлагая ему пищу и т.д. Душа выходит и отправляется бродить преимущественно в то время, когда тело спит. Если она будет задержана дольше известного времени, человек заболит, а если навсегда, то обладатель ее умрет... Когда карен начинает болеть, тосковать и хиреть вследствие того, что душа его отлетела, друзья его исполняют известный обряд над одеждой больного при помощи вареной курицы с рисом и закливают духа известными молитвами снова вернуться к больному» (Тэйлор, 1939, с.270-271).

Характерно, что анимистическое представление болезни и современное научное понимаются сходно – как отклонение от того нормального состояния, которое и определяется как «здоровье». Соответственно выздоровление – это возвращение к нормальному состоянию, осуществляемое с помощью «специалиста», неважно, кто выступает в его качестве – шаман, жрец или дипломированный врач. При этом «медицинская помощь» подразумевает применение особой технологии – лечения, направленного на тело или психику (душу) больного.

Предполагается, что последний должен, прежде всего, не мешать врачу, который, подобно автомеханику, ищет в машине поломку. Д.Витулкас, цитируя Блюма (1960) и Карлсона (1975), формулирует этот подход так:

– «Больной рассматривается как пассивный объект вмешательства, желательно без помех или сопротивления, поскольку доктору лучше знать».

– «Больной рассматривается как отказавший механизм, и работа клиники или больницы заключается в том, чтобы "классифицировать, ограничить и сделать неподвижным "больного"» (Витулкас, 1997, с.38-39).

Нетрудно указать на достоинства медицинского дискурса. Это, прежде всего, – рациональное объяснение заболевания и возможность выработать стратегию лечения. Говоря в данном случае о рациональном объяснении, я имею в виду любой тип рациональности, а не только научную рациональность. В рамках архаической культуры анимистическое осмысление явлений было не менее рациональным (как бы выразился Макс Вебер, позволяло «расколдовывать мир»), чем в нашей культуре научное. Медицинский дискурс опирается на знания (магические, опытные, научные), позволяющие врачу видеть человека насквозь. Другими словами, медицинские знания делают пациента, так сказать, «прозрачным», естественно, не в оптическом отношении, а познавательном (назовем эту установку «*принципом прозрачности*»). На примере психоанализа, К.Ясперс формулирует этот принцип так: «Психоанализ считает возможным постигнуть последние основы душевных импульсов, психотехника считает возможным направить их действие по желательному пути, Фрейд так же осваивает душу, как Эдисон – мертвую природу» (Энгельмейер, 1997, с.215). Наконец, медицинский дискурс дает возможность широко использовать не только знания (науку), но и технику (технику как средство лечения и протезирования – очки, искусственные органы и прочее). В определенном отношении технология – душа медицинского дискурса.

Однако медицинский дискурс не свободен от недостатков, причем достаточно серьезных. Вот основные из них: человек все больше становится зависимым от медицинских услуг; медицинское лечение не всегда эффективно – как правило, возникают не запланированные негативные последствия; довольно часто врач не достигает намеченной цели, его действия могут привести даже к смерти больного. Еще в самом начале XIX в. создатель гомеопатии Самуэль Ганеман, выступил с резкой критикой медицинского дискурса.

«Она (старая школа), – писал он, – считает наружные поражения исключительно местными, существующими независимо, и напрасно полагает, что излечивает их, устраняя эти поражения при помощи наружных средств таким образом, что вынуждает внутреннее поражение проявиться в какой-либо более значимой и важной части

тела... Кажется, что безнравственные мероприятия старой медицинской школы (аллопатии) направлены на то, чтобы сделать неизлечимыми большинство болезней, своим невежеством перевести их в хронические, постоянно ослабляя и мучая и так уже истощенного пациента добавлением новых разрушительных лекарственных болезней... И, тем не менее, всем этим вредным процедурам обычный врач старой школы может найти объяснение, хотя они и основываются только на далеко идущих выводах его книг и учителей или на авторитете того или иного признанного врача старой школы» (Ганеман, 1992, с.14).

А вот что уже в наше время относительно применяемых медиками лекарств пишут Д.Витулкас, Е.Мартин, С.Марти и М.Вейтз.

«Обычно происходило так, что предположения исследователя относительно лекарственного препарата оставались в силе только до тех пор, пока не обнаруживалось, что, либо это лекарство является настоящей катастрофой, либо, в долгосрочной перспективе, его побочные действия хуже, чем та болезнь, для лечения которой оно предназначалось первоначально».

«Только в США примерно 1 500 000 из 30 000 000 ежегодно госпитализируемых пациентов госпитализируются из-за отрицательной реакции на лекарства».

«По меньшей мере, двое из каждых пяти пациентов, получающих лекарства от своих докторов, страдают от побочных действий» и «одна из каждых двенадцати госпитализаций обусловлена побочными действиями лечения» (Витулкас, 1997, с.47).

Духовно-экологический дискурс. С.Ганеман, как известно, не ограничился только критикой медицинского дискурса. Он намечает совершенно другой подход, предлагая рассматривать заболевание не как патологическое отклонение от нормального состояния организма, а как *«изменения в состоянии здоровья здорового индивидуума»*. Хотя Ганеман и предлагает определенное объяснение гомеопатического принципа лечения, он одновременно подчеркивает, что здесь важнее опыт, чем «научное объяснение», другими словами, фактически отказывается от «принципа прозрачности». Способ гомеопатического исцеления по Ганеману обусловлен стимуляцией (своеобразной настройкой, которую Ганеман называет «искусственной болезнью») человека в целом (то есть, включая приведение в особое состояние его духа, «духовного двигателя»). Обусловленное такой стимуляцией движение (жизнедеятельность) и приводит к исцелению.

«... Для того, чтобы они (гомеопатические лекарства – В.Р.) могли привести к исцелению, необходимо прежде всего, чтобы они могли вызывать в теле человека искусственную болезнь, насколько возможно, подобную заболеванию, подлежащему лечению. Искусственная болезнь, обладающая большой силой, переводит болезненное состояние

инстинктивного, жизненного принципа, не способного самого по себе ни к отражению, ни к запоминанию, в состояние чрезвычайно сходное. Она не только затеняет, но и подавляет и тем самым уничтожает нарушение, вызванное естественным заболеванием» (Ганеман, 1992, с.54, 55, 58, 60).

Как врач, Ганеман считал, что состояние человека, ведущее к исцелению, вызывается именно действием гомеопатических доз лекарства.

«Гомеопатия знает, что исцеление может быть обусловлено только реакцией жизненной силы, направленной против правильно выбранного и назначенного внутрь лекарства, а скорость и надежность исцеления пропорциональны тому, в какой мере жизненная сила сохранилась у больного» (*там же*, с.15).

Однако, это не единственное и не самое раннее понимание духовно-экологического дискурса. Еще в античной культуре Платон связывал такое состояние не с действием лекарств, а с правильной, духовной жизнью и работой человека, направленной на самого себя. В «Тимее», объясняя природу болезней и способ их исцеления, Платон пишет, что первое целительное средство и самое важное – жить сообразно с божественным исчисляющим разумом и сообразно природе поддерживать равновесие между внутренними и внешними движениями. Насколько такое понимание болезни и здоровья устойчиво, можно понять, открыв книгу Бориса Пастернака «Доктор Живаго». В конце романа Живаго беседует со своим другом Гордоном, выпущенным из лагеря.

«– Вот и я уйду, Гордоша. Мы достаточно поговорили. Благодарю вас за заботу обо мне, дорогие товарищи. Это ведь не блажь с моей стороны. Это болезнь, склероз сердечных сосудов. Стенки сердечной мышцы изнашиваются, истончаются и в один прекрасный день могут прорваться, лопнуть. А ведь мне нет сорока еще. Я не пропойца, не прожигатель жизни.

– Рано себе поешь отходную. Глупости. Поживешь еще.

– В наше время очень участились микроскопические формы сердечных кровоизлияний. Они не все смертельны. В некоторых случаях люди выживают. Это болезнь новейшего времени. Я думаю, ее причины – нравственного порядка. От огромного большинства из нас требуют постоянного, в систему возведенного криводушия. Нельзя без последствий для здоровья изо дня в день проявлять себя противно тому, что чувствуешь; распинаться перед тем, чего не любишь, радоваться тому, что не приносит тебе счастье. Наша нервная система не простой звук, не выдумка. Она – состоящее из волокон физическое тело. Наша душа занимает место в пространстве и помещается в нас, как зубы во рту. Ее нельзя без конца насиловать безнаказанно» (Пастернак, 1958-1959, с.494-495).

Итак, если человек живет неправильно, бездуховно, не может реализовать себя, он заболевает и может умереть, как умер доктор Живаго и многие другие люди нашей эпохи. Если же он старается жить правильно, духовно или становится на такой путь (обычно это сделать невероятно трудно и предполагает работу по собственному изменению), в этом случае возможно исцеление и здоровье.

Преимущества духовно-экологического дискурса – независимость от медицинских услуг, опора на собственные силы и помощь родственных душ, то есть тех, кто тебя понимает и готов помочь. Недостаток – непрозрачность (в плане понимания) природы болезни и исцеления, негарантированность последнего.

Можно заметить, что понимание здоровья и лечения в обоих дискурсах – весьма различно. Человек, на первый взгляд, здоровый в медицинском отношении, может быть глубоко больным, с точки зрения культурно-экологического дискурса, и наоборот. Попробуем теперь проблематизировать тему здоровья, хотя отчасти я уже начал это делать.

Интересно, как понимал, что такое здоровье, Франц Кафка? Не сливалось ли для него здоровье с литературным творчеством, а нездоровье – с невозможностью такового? Здесь я вспоминаю и другой пример. Известный эзотерик Джон Кришнамурти в 28 лет пережил изменивший всю его жизнь духовный и физический опыт, после которого он периодически испытывал сильнейшие боли в голове и позвоночнике. Однако, несмотря на это, Кришнамурти не принимал никаких лекарств и не прибегал к наркотикам. Одновременно он был вегетарианцем, не пил, не курил, заботился о теле и духе. Почему же Кришнамурти не лечился, не старался избавиться от боли? Не потому ли, что на ее фоне Кришнамурти проходил, прорывался в другие подлинные реальности?

«Неожиданно, – пишет он в своих дневниках, – произошла вспышка этого недоступного: с мощью и силой, вызвавшими физическое потрясение. Тело застыло в неподвижности, и пришлось закрыть глаза, чтобы не случился обморок. Это было абсолютно потрясающе, и все существовавшее, казалось, перестало существовать. И неподвижность этой силы, и пришедшая с ней разрушительная энергия выжгли все ограничения зрения и звука. Это было нечто неопишимо величественное, его размеры и глубина были за пределами постижения» (Розин, 1998, с.280-281).

Продолжим проблематизирующие вопросы.

Можно ли считать здоровым человека, напоминающего доктора Живаго? То есть человека, который живет не в ладу с собой, не может себя реализовать, не видит перспективы своей дальнейшей жизни, вынужден постоянно врать, изворачиваться или всего боится. Кстати, сегодня в России чуть ли не каждый второй попадает в такую компанию.

Можно ли считать здоровым человека, совершенно не готового к

смерти (а кто к ней, честно говоря, готов) или к менее неотвратимым и чаще встречающимся вещам – насилию, разводу, смерти близких, увольнению с работы, несправедливости и т.п.? Повседневный опыт показывает, что такая неготовность с большой вероятностью ведет к психическим или обычным заболеваниям.

Является ли здоровым человек стареющий, и поэтому теряющий зубы, зрение, силы, энергию, все чаще болеющий? С одной стороны, старение, старость являются делом обычным, естественным и в этом смысле – не болезнь, с другой – ухудшающееся самочувствие и нарастающие заболевания – типичный признак нездоровья.

Является ли здоровым человек, страдающий хроническими заболеваниями – язвой желудка, гипертонией, шизофренией и прочее? На первый взгляд, сам вопрос кажется странным: о каком здоровье может идти речь, если человек болен хронически? Однако, вот я много лет в тяжелой форме страдал от язвы желудка и уже готовился идти на операцию. Но лет пятнадцать тому назад мне посоветовали попробовать новое лекарство («ранисан»). Теперь я принимаю одну таблетку на ночь, и практически здоров – все ем, у меня нет обострений, хорошо себя чувствую. Тем не менее, достаточно мне не принять это лекарство два-три дня, как начинается обострение. Так здоров я или нет? А вот другой пример, уже из области психотерапии.

Основоположник отечественной клинической психиатрии С.И.Консторум описал следующий интересный случай.

«В конце 1935 года, – пишет он, – ко мне на квартиру явилась гр-ка Н., 1907 года рождения. Она пришла ко мне с тем, чтобы я загипнотизировал ее, и заставил таким образом забыть о том, что с ней произошло. Оказалось, что в августе-сентябре 1935 года она лежала в Донской лечебнице, после этого обращалась к ряду московских психиатров с той же просьбой, что и ко мне... Больная довольно обстоятельно и толково дала мне анамнестические сведения, сообщила о родне, о своей жизни до болезни, вскользь упомянула о неудачном замужестве, но категорически отказалась дать какие-либо сведения о душевном расстройстве, которое привело ее в Донскую лечебницу, заявив при этом: "Я пришла к вам для того, чтобы обо всем этом забыть, а вы заставляете меня обо всем этом рассказывать". Все мои старания убедить ее в том, что это совершенно необходимо, что, не зная сущности ее болезни, я, очевидно, не смогу ей помочь и т.д. – все это ни к чему не привело. Больная упрямо, прямолинейно, несколько инфантильному отвергала все мои доводы и ничего, буквально ничего, не сообщила о характере своего душевного расстройства, о причинах стационарирования.

Должен прямо сказать, что именно это упорство затронуло во мне психотерапевтическое любопытство. Я не мог не сказать себе, что столь резко выраженное стремление к забвению всего психотического, само

по себе – положительный фактор, который, может быть, действительно явится залогом психической реституции больной. К тому же, диагностических сомнений уже при первом ее посещении быть не могло: было совершенно ясно, что передо мной – шизофреничка, перенесшая не так давно процессуальную вспышку. За это говорило не только стремление к забвению само по себе; за это говорил и весь облик больной» (Консторум, 1992, с.170-171).

С.Консторум не только начал проводить с ней сеансы суггестии, но и помог пациентке устроиться работать.

«В течении нескольких месяцев больная аккуратно приходила ко мне на сеансы суггестии; она приходила очень точно в назначенное время и, если приходилось ждать, садилась на стул в передней всегда в одной и той же позе – с выпрямленным корпусом, скрещенными на коленях руками и взором, устремленным вперед... Все идет хорошо: больная не только хорошо работает, но становится активнее в своей жизнедеятельности, начинает посещать театры и кино, очень живо делится со мной своими впечатлениями, бывает в гостях. Больная очень довольна результатами лечения» (там же, с.173-174).

«Приблизительно к концу 1937 года, – пишет С.Консторум, – больная настолько компенсирована, что сеансы гипноза прекращаются. В них нет нужды, ибо у больной нет, очевидно, ни сознательных, ни автоматически-деперсонализационных воспоминаний о болезни; последняя, как будто, полностью отстранена и никак не нарушает полноценной жизнедеятельности больной. Но больная остается моей пациенткой и вплоть до начала войны регулярно, раз в неделю навещает меня для того, чтобы делиться всеми радостями и горестями своей жизни: рассказывает мне о пьесах, которые она смотрела в театре, о книгах, которые прочла, о своих сослуживцах, сотрудниках Политехнического музея, который она обслуживает своими, главным образом графическими, экспонатами и т.д. Она рассказывает также и о своих поклонниках, с которыми не прочь пофлиртовать, но и только пофлиртовать. И каждый раз, когда я полусерьезно полушутливо спрашиваю ее: "Ниночка, почему бы вам не выйти замуж?", она неизменно отвечает: "А мама? Как же я брошу ее, ведь мы не можем жить втроем в одной комнате, а от нее я никуда не переселюсь"» (там же, с.177).

И вдруг в конце 1946 года Ниночка исчезает.

«В феврале 1947 года, – пишет С.Консторум, – заинтригованный столь длительным ее отсутствием, я, наконец, звоню по телефону ее соседям по квартире и узнаю следующее: на днях только умерла мать больной. В тот же день Ниночка ушла из дому, и вот уже скоро неделя, как ее нет... И вот теперь она пришла ко мне с тем, чтобы в лоб поставить вопрос – как ей быть дальше, без матери она жить не может.

После смерти матери я самый близкий ей человек. От меня она ждет ответа, я обязан дать ей ответ. Все это произносится в совершенно категорической, ультимативной форме... Она ясно дает мне понять, что помочь ей ничем нельзя, что ей нужно от меня только одно – ответ на вопрос о возможности общения с матерью. Однажды в ответ на какую-то мою горячую тираду она бросает фразу: "Разве я все эти двенадцать лет не была больна, разве моя любовь к матери не была болезнью, разве кого-нибудь, кроме нее, я любила, разве я жила не только для нее одной?"» (там же, с.180-185).

Дальше события развернулись так: Ниночка попадает в Преображенскую больницу. У нее тяжелое состояние: сильные головные боли, голоса, «ее компания – Иосиф Виссарионович, Мери Пикфорд, известные писатели и художники. В основном фантастические высказывания больной идут в трех направлениях: во-первых, она может всех лечить гипнозом даже от рака; во-вторых, она общается с умершими, в-третьих, она собирается замуж за Иосифа Виссарионовича» (с.186). После курса инсулино-терапии происходит незначительное улучшение состояния, однако, дальше болезнь усиливается и Ниночка после сильного отравления (люминалом или вероналом) умирает в Ростокинской больнице.

Заканчивается статья С.Консторума попыткой разобраться в случившемся.

«Основной, главный вопрос, возникающий в отношении нашей больной в психотерапевтическом аспекте, надо так формулировать: что, собственно говоря, имело место на протяжении двенадцати лет ее почти полноценной – а в социальном смысле, абсолютно полноценной – жизнедеятельности: компенсация или реституция? Речь идет при этом, как мне кажется, именно об эмоциональной сфере, ибо интеллект ее, в узком смысле, ни с какой стороны, безусловно, не пострадал... Мать была единственным эмоционально-окрашенным стимулом в жизни, мать была единственным экраном, на который все проецировалось. Все было для матери и через мать. Покуда мать была жива, можно было делать вид, обманывать себя и меня насчет хороших стихов, симпатичных или смешных людей и т.д. Но когда матери не стало, то чего ради делать вид, чего ради обманывать. Я не могу иначе трактовать эту ироническую улыбку на ее лице, когда я заводил речь о ее возвращении к жизни, – как напоминание о том, что все эти двенадцать лет ее полного, казалось бы, здоровья я все же был для нее психиатр, а она – сумасшедшая. Стало быть, скорее все же это было какой-то своеобразной компенсацией, а не реституцией. Или, проще говоря, это было приспособлением к дефекту и, надо прямо сказать, приспособлением, совершенно блестящим» (там же, с.190-193).

Итак, «блестящее приспособление к дефекту» – не правда ли, удивительная формула! Оказывается, человек может приспособиться к

такому дефекту, как шизофрения, прекрасно жить с ним двенадцать лет, успешно творить, и всего-то нужно пройти курс суггестии. Поэтому, может быть, человек, страдающий хроническими заболеваниями, но блестяще приспособившийся к своим дефектам, – все же здоров?

Но может быть, тогда и обычные заболевания, например, простуда, грипп, воспаление легких, перелом ноги или руки и прочее не являются показателями нездоровья?

Конечно, что понимать под здоровьем. С точки зрения медицинского дискурса, сегодня в России фактически вообще нет здоровых людей! Достаточно послушать, как медики оценивают здоровье наших детей или призывников. С точки же зрения духовно-экологического дискурса, большинство из этих людей здоровы или, если и больны, то не в медицинском смысле: они неправильно живут. Но нужно учесть еще одно обстоятельство, а именно – доступность медицинских услуг. Я здоров, пока могу купить необходимое лекарство. Ниночка была здорова, поскольку ей помогал Консторум.

Чтобы осмыслить дискурсы здоровья и выработать отношение к заданным вопросам, рассмотрим на уровне *идей* природу здоровья. При этом я буду стремиться к построению того, что Мишель Фуко называет «диспозитивом» (буквально, «распределение», «устройство», «структура»). Для меня диспозитив здоровья – это *схематические* представления о здоровье, рассматриваемом как *идеальный объект* (это – необходимое условие любого научно-философского мышления) и как *объект возможный* (меня интересует не только существующий феномен здоровья, но и тот, который может сформироваться, если мы выработаем к здоровью правильное отношение). При построении диспозитива я постараюсь учесть как свои интуитивные (Кант бы сказал, априорные) представления о здоровье, так и анализ дискурсов здоровья и его проблематизацию. В свою очередь, на основе диспозитива здоровья можно построить новую дисциплину (назовем ее соответственно «диспозитивной»). **Диспозитивная дисциплина здоровья**, с одной стороны, должна *описывать* и *объяснять* современный феномен здоровья, с другой – *содержать схемы* и *представления*, которые можно использовать в особых практиках, например для выработки современного понимания здоровья или правильной политики в отношении здоровья.

Обычно, говоря о здоровье, подразумевают, что здоровье – это естественный феномен, то есть особое состояние данного природой организма или психики. Но вспомним медицинский дискурс здоровья. Во-первых, сохранение, поддержание и восстановление здоровья и в архаической культуре и сегодня обязательно предполагает медицинские услуги и технологии (лечение, оздоровление, профилактику и пр.). Во-вторых, нормы здоровья, на которые ориентированы медицинские технологии, тоже не естественный феномен, а скорее, искусственный. Действительно, с социальной точки зрения (а именно на нее ориентирован

медицинский дискурс), здоровый – это тот, кто эффективно функционирует. Когда, например, в наше время летчик или военный проходят обязательный медицинский осмотр (не потому, что они плохо себя почувствовали, а потому, что обязаны быть здоровыми), мы, обдумывая этот факт, начинаем понимать, что здоровье специалиста определяется не относительно естественного, природного состояния человека, а относительно социальных требований, предъявляемых к его функционированию в том или ином производстве. Но и обычное понимание здоровья – ребенка, женщины, мужчины, с социальной точки зрения, несет на себя печать этого же функционального отношения. В медицине здоровье ребенка определяется не относительно его идеальных природных характеристик, а относительно будущих требований к его социальному функционированию: когда ребенок пойдет в школу, он должен эффективно учиться; потом, когда подрастет, эффективно служить в армии; когда создаст семью, родить и воспитать здоровых детей; когда пойдет работать, эффективно выполнять свои функции как специалист и т.п.

Вывод, на мой взгляд, очевиден: здоровье не является естественным феноменом, это **социальный артефакт**, неразрывно связанный с социальными (медицинскими) технологиями. Но осознается этот артефакт обычно в превращенной форме (как естественный феномен), последнее объясняется необходимостью оправдать медицинские технологии «природой человека». Однако, что такое природа человека, не является ли она сама артефактом? Подтверждает наш вывод и то обстоятельство, что человек и его здоровье, так же как и нездоровье, задаются в рамках культурных семиотических представлений (картин мира). Действительно, в архаической культуре человек и его здоровье (соответственно – нездоровье и выздоровление) осмысляются в рамках анимистической картины: человек – это тот, кто обладает душой; нездоровье – временный выход души из тела, а выздоровление – наоборот, ее возвращение. Сегодня мы осмысляем человека и его здоровье, главным образом, в рамках научных картин мира. Но на «культурной периферии» сохраняются картины мира, трактовки человека и здоровья, во многом сходные с анимистическими, античными и средневековыми (например, магические представления – порча, сглаз, представления о здоровье в народной медицине, астрологические представления и другие).

Но как понимать индивидуальные медицинские представления и идеалы здоровья? Может быть, это совершенно другой феномен? И да и нет. С одной стороны, индивидуальное медицинское представление о здоровье – это тот же самый социальный дискурс, но перенесенный в индивидуальный план. С формированием новоевропейской личности складывается и представление о том, что медицинское лечение направлено на изменение состояния человека, на восстановление его здоровья. С другой стороны, поскольку личность имеет свои собственные, нередко отличные от социальных представления и ценности, она на

основе социальных представлений о здоровье, существенно их трансформируя, часто вырабатывает индивидуальные, адаптированные к ней самой, концепции здоровья. Здесь как раз социальная норма здоровья и индивидуальный идеал здоровья начинают расходиться. Дело в том, что для личности здоровье – это не только и не столько возможность эффективно действовать в социальном плане, сколько полноценно реализовать себя. Именно поэтому речь идет об идеале здоровья: это то состояние человека, к которому последний стремится и которое, в чем он уверен, позволяет ему чувствовать себя человеком, быть в ладу с собой.

В связи со сказанным, вернемся еще раз к принципу прозрачности. Кажется, что медицина дает нам истинное знание о лечении и восстановлении здоровья, поскольку врач, опирающийся на медицинскую науку, знает, как устроены человек и болезнь.

Несмотря на очевидность этого убеждения, имеет смысл его проблематизировать. Что собой представляют медицинские знания и теории? На первый взгляд, это – наука, наподобие естественной, поэтому и медицина должна быть столь же эффективной, как деятельность инженера. Но на самом деле анализ показывает, что только небольшая часть медицинских знаний базируется на точной науке. Основная же часть имеет опытное происхождение. К тому же известно, что разные медицинские школы часто опираются на разный медицинский опыт.

Но и в случае с точными медицинскими знаниями (физиологическими, биохимическими и т.п.) нельзя говорить о полной прозрачности. Во-первых, потому, что в медицине существуют разные конкурирующие научные школы, во-вторых, потому что медицинские научные теории описывают только некоторые процессы функционирования, вычлененные в более широком целом – биологическом организме или психике. Однако, и это не все.

Сегодня медицина рассматривает человека, по меньшей мере, на четырех уровнях – *социального функционирования* (например, когда речь идет об инфекционных или техногенных заболеваниях и эпидемиях), *биологического организма, психики и личности*. При этом современная медицинская наука не в состоянии точно ответить на вопросы, каким образом связаны между собой эти уровни и как характер связей между уровнями должен сказываться при разработке медицинских технологий (в этом направлении делаются только первые шаги). Например, во многом остается не ясным, какие конкретно факторы техногенной цивилизации способствуют разрушению здоровья, как психика влияет на соматику человека и наоборот, как установки личности и образ жизни человека определяют состояние психики и т.д. Конечно, многие из этих вопросов в настоящее время обсуждаются, но больше на уровне гипотез, в целом же можно говорить только о преднаучном состоянии знания в этой области. Но даже и не зная, как точно связаны указанные выше планы, можно предположить, что здоровье, представленное в них, не может быть

рассмотрено как замкнутая система. *Здоровье – система открытая*: меняются социальные условия и требования к здоровью, постоянно создаются новые медицинские технологии и услуги, меняется образ жизни людей, могут измениться и представления отдельного человека о здоровье или его месте в жизни.

Если суммировать сказанное, то можно утверждать, что медицинская наука – это вовсе не точное знание, а сложный коктейль, точнее, смесь из самых разных типов медицинских знаний, прежде всего опытных, во вторую очередь, научных. Поэтому ни о какой прозрачности человека и его болезней не может быть речи. Это иллюзия, порожденная медицинским дискурсом.

Анализ показывает, что именно культивирование принципа прозрачности и опытный характер медицинских знаний обуславливают незапланированные негативные последствия медицинских технологий. Но не меньшая ответственность за возникновение этого негативного эффекта лежит на общецивилизационном *технократическом дискурсе*, частью которого является медицинский дискурс. Исходной предпосылкой технократического дискурса, как известно, выступает убеждение в том, что современный мир – это мир технический (поэтому нашу цивилизацию часто называют «техногенной») и что техника представляет собой систему средств, позволяющих решать основные проблемы и задачи цивилизации, не исключая и тех, которые порождены самой техникой. В рамках технократического дискурса «технически» истолковываются все основные сферы человеческой деятельности: наука, инженерия, проектирование, производство, образование, институт власти. В.Рачков в книге, посвященной анализу технократического дискурса, показывает, что частью дискурса техники является, как это ни странно, гуманистический дискурс, в рамках которого утверждается, что техника работает на благо человека и культуры, хотя с помощью подобных утверждений на самом деле «прикрывается, «скрывается», как сказал бы Фуко, истинное положение дел (Рачков, 1991).

По мнению В.Рачкова, важным негативным следствием технического развития является трансформация сознания, погружающая современного человека в мир мечты, иллюзий, игры, развлечений. Даже медицина, считает он, в современной культуре может быть рассмотрена как вид развлечений, – подобный ее облик выступает на полотне, образованном современными медицинскими технологиями. Но, конечно, важнее всего то, что именно технократический дискурс заставляет современного человека решать связанные со здоровьем проблемы, избирая, прежде всего, медицинский путь, а также все неотвратимее затягивая его в воронку медицинского потребления.

Имеет смысл коснуться и темы культивирования здоровья, столь характерного для нашей цивилизации. В этом отношении особенно показателен опыт США и ряда развитых стран. Кажется, вот оно решение – сделать из здоровья культ, основную цель жизни, особенно на склоне

лет. И миллионы людей начинают заниматься спортом, бегать трусцой, закаляться, правильно питаться, дышать, не дышать и т.п. Однако и здесь проблемы: например, что принимать за норму или как согласовать оздоровление и поддержание здоровья с другими жизненными целями? Определить норму не удастся, еще реже удастся сделать здоровье основной целью жизни, и понятно почему: можно сколько угодно поддерживать свое драгоценное здоровье, но оставаться при этом неудовлетворенным, находиться не в ладу с собой, мучиться совестью, считать, что жизнь прошла зря и прочее.

Вообще, наивно думать, что человек может произвольно ставить себе цели (быть счастливым, здоровым или даже правильно жить) и главное – эффективно реализовывать их. Но как же, разве я сам вслед за некоторыми другими философами не говорю о психотехнике как возможности работы, направленной на изменение самого себя? Чтобы с этим разобраться, рассмотрим, что такое психотехника.

Идея психотехники в настоящее время, действительно, становится весьма популярной, завладев умами людей, увлеченных самосовершенствованием, поисками истины, спасения или экспериментаторством в отношении самих себя. Этимология этого слова указывает, с одной стороны, на момент техники, квазиинженерного подхода, с другой – на «психэ», душу. Именно на душу направлено то или иное психотехническое средство. Традиционно подобное отношение, действительно, ближе всего к идее самосовершенствования, но сегодня оно нагружено и другими смыслами.

Если оставаться на почве рационального мышления, возникает вопрос, возможна ли, в принципе, психотехника, направленная на самого себя? Насколько реальна идея, что человек без посторонней помощи может воздействовать сам на себя и кардинально изменяться? Можно ли измениться, справиться с самим собой, опираясь лишь на психотехнику, если речь идет о реальных, сильных жизненных проблемах и желаниях? Сегодня неслучайно иронизируют по поводу форм самовнушения – «я спокоен, я уверен» и т.д.: по сути, все эти формулы разлетаются, как дым, едва лишь человек сталкивается с подлинными проблемами. Сплошь и рядом выясняется, что он абсолютно ничего не может себе внушить, не может произвольно ввести себя в необходимое состояние. Есть более мощная сила – его натура, которая влечет человека по проторенному пути.

Самосовершенствование человека предполагает актуализацию «образа себя» и дифференциацию себя на две персоны: ту, которая подвергается изменению (совершенствованию) и ту, что должна произвести подобное изменение (иногда вторая персона осмысливается как воля, а первая как естественная природа человека). Для нашей проблематики особое значение имеют случаи, когда совершенствование не идет, не получается (человек подавляет в себе определенные желания, а они прорываются снова и снова, он пытается жить правильно, но это не

получается). В чем тут дело?

Во-первых, нужно признать, что личность в целом не совпадает с человеком, что личность хотя и важная, но все же лишь часть его психики. В западноевропейской культуре личность формировалась как такой план и механизм психики, которые были призваны обеспечить самостоятельность человеческого поведения, а также понимание отдельным человеком своего собственного бытия как центрального относительно природы и общества. С «институтом личности» (если можно употребить такое словосочетание) связаны не только возможность самостоятельной (не общинной, не соборной, а приватной, в гражданском обществе) жизнедеятельности человека, но также особое «личностное мировоззрение». Например, убеждение, что личность имеет прошлое, настоящее и будущее; что жизнь человека и его Я совпадают, поэтому именно Я рассматривается как источник жизни человека; что личность самоценна и тождественна (в смысле понимания внешнего мира через мир внутренний).

И при всем том, сама личность может пониматься как много разных Я (разных субъектов в одном человеке): Я идеальное и Я реальное, Я волящее и Я пассивное, несколько Я, реализующих противоположные или просто несовпадающие устремления и планы человека и т.д. Но ситуация еще сложнее: помимо личности, в человеке действуют и другие начала. Например, телесность (чувство боли, половое чувство, чувства голода или насыщения, физические силы, энергетические потенциалы организма и т.д.), родовая сущность (совпадение человека с группой, сообществом, культурой), его духовная сущность (человек как воплощение духа и культа). Наблюдения убеждают, что личность нередко вступает в конфликт с телесностью (например, подавляет ее; противоположная ситуация – культивирование телесности), что родовая сущность человека может влиять на личность, даже управлять ею (пример, «затмение разума» на почве религиозных или национальных раздоров), что эгоистическое начало в личности может конфликтовать с его духовной сущностью.

Но если это так, если в человеке действуют несколько равноценных сил и начал (разные Я, телесность, родовая и духовная сущности), то можно предположить, что психотехнические устремления и усилия в тех случаях, когда *они не совпадают с общим движением, (развитием) и ориентацией других начал, будут или успешно гаситься или парализоваться*. В этом случае, действительно, психотехническая деятельность будет протекать вхолостую, не приводя к каким-либо изменениям в человеке, хотя вполне может обеспечивать компенсаторные функции личности, например, создавать условия для символической реализации устремлений человека к совершенствованию себя.

Если же, напротив, *общая ориентация и движение начал и сил человека направлены именно к совершенствованию личности*, то в этом случае *психотехническая деятельность, направленная на подобное совершенствование, вольется в общий поток изменений, усиливая и*

поддерживая его. Но это значит, что в данном случае, помимо психотехнических целей и усилий, человек реализует и другие (личностные, родовые, духовные): он совершенствует свою личность, работает над собой, участвует в жизни общества и культуры. Следовательно, в этом случае психотехническая работа осмысленна и эффективна именно потому, что существует и разворачивается в более широком личностном и культурном контексте.

Означает ли сказанное, что человек вообще не может изменить себя, и что психотехническая работа бессмысленна? Вероятно, нет. Я хотел лишь обратить внимание на то, насколько этот процесс сложный и негарантированный. Еще одна сторона проблемы: чтобы работа в отношении себя стала возможной, человек, вероятно, должен пережить глубокий кризис, преодоление которого немислимо без внутреннего духовного переворота и, часто, помощи других людей.

В этом пункте естественно перейти к рассмотрению понимания здоровья, обусловленного уже *духовно-экологическим дискурсом*. Но сначала рассмотрим один пример. В статье «Навязчивости и "падшая вера"» психотерапевт П.В.Волков описывает удачный опыт помощи своему пациенту, страдавшему тревожностью и ритуалами навязчивости (например, он не мог начать никакого дела, не сделав предварительно что-либо три раза), на основе метода, который он называет «аналитической вершинной психотерапией». «Для целебного эффекта, – пишет П.Волков, – нужно было что-то более глубокое: душевное изменение в пациенте, изменение *целостное, затрагивающее всю душу, а не только разум*» (Волков, 1992, с.69). Начал работу П.Волков достаточно традиционно: он анализирует симптомы своего пациента и его личность. «Пациент, – пишет автор, – мучился сложным психопатическим расстройством, страдая неотступной тревожностью по поводу различных жизненных обстоятельств». Но, ставя диагноз, П.Волков одновременно отказывается от позиции всезнающего и направляющего профессионала, решив, что он будет рассматривать и обсуждать проблемы пациента вместе с ним самим. «Терапевт должен выступать для пациента партнером по бытию, "сопутчиком", в какие-то моменты сталкером. Для этого желательно, чтобы и сам терапевт был духовно близок к этому типу пациентов» (*там же*, с.61-62).

Начав совместное движение, П.Волков вместе с пациентом скоро приходят к выводу, что хотя ритуалы навязчивости для пациента инородны, но все же некий смысл имеют: после их осуществления на душе у пациента становится спокойнее. Этому выводу предшествовало, например, обсуждение числа три как важного символа культуры и как условия поведения личности. Интересно, что подобное переосмысление представления о навязчивом ритуале, по убеждению П.Волкова, – только начало пути, не затрагивающее личность пациента и его душу. Нужен был следующий шаг осмысления, относящийся уже именно к личности и ее

мироощущению. Нужно было за что-то ухватиться, чтобы подобраться к вершинным сущностям пациента. Такой нитью, кончиком, позволившим размотать весь клубок, П.Волков сделал идею тревоги пациента. Следующий шаг – поиск идей, знаний, мировоззрения, позволяющих выйти к новому мироощущению, в рамках которого преодолевались тревога и неуверенность.

«Мы стали раздумывать о первоосновах бытия. Обратившись к дзен буддизму, пациент несколько раз испытал чудесное, в словах малоописуемое состояние интуитивного проникновения в сущность бытия. Ему стало ясно, что в своем символично-магическом отношении к бытию он проходил мимо этих первооснов, что его склонность к Вере вырождалась в суеверие. Такая философски-аналитическая прояснительная работа и оказалась психотерапевтически целебной. В новом состоянии сознания, в новом мировоззрении, к которому пациент бессознательно тянулся и которого он искал, уже легко было отказаться от символично-магических ритуальных заклинаний, поскольку им противопоставлялось отношение глубинно-проникновенного доверия к жизненным первоосновам. В итоге пациент нашел в себе духовную решимость отставить в сторону ритуалы. Вместо них в душе жило другое, более подлинное, глубокое, сложное и проникновенное религиозное отношение. Ощущая свободу от недавних навязчивостей, он испытывал радость избавления от вязких пут, радость, что оказался способным к духовному освободительному повороту, и это еще более обостряло новое состояние сознания.

Он испытывал неизъяснимое наслаждение оттого, что обрел более свободное отношение к жизни. Свобода всегда была "меккой" его желаний, и если бы не это его глубокое, философическое стремление к Свободе, то, я полагаю, не произошло бы в нем никакого поворота. Ведь ради желанного чувства духовной Свободы он и отставил в сторону ритуалы, порвал навязчивые путы. Большое значение тут имеет и побуждающе-вдохновляющее, философическое соучастие психотерапевта. Таким образом, лечебное воздействие этого мировоззренческого поворота я бы отнес к сфере аналитической – но не глубинной, а вершинной – психотерапии, апеллирующей к самосознанию и перестраивающей вершины личности» (*там же*, с.68-70).

Прокомментируем опыт, описанный П.Волковым. Какой тип содержания подлежал осмыслению в данном случае? Его довольно трудно охарактеризовать, но, во всяком случае, это не процессы и структуры психики или отдельные реальности, как в случае психоанализа. Можно предположить, что переосмыслению подверглись фундаментальные *смыслы и ценности*, определяющие структуру личности. Не случайно замечание, сделанное П.Волковым в самом конце статьи:

«Насколько эффективной окажется эта психотерапия для пациента

в дальнейшем? Пока он будет сохранять новое мировоззрение, ритуалов не будет. Если будут "откаты" назад, то ритуалы возобновятся. Не исключено, что это мировоззрение подвергнется кризису, что оно омрачится какими-то тучами, но того, что сделано, не отменить, хотя этого и может оказаться недостаточно» (*там же*, с.70).

П.Волковым была использована *философская и культурологическая* концепция, включающая в себя и ряд других представлений – психологических, семиотических, аксиологических. С этой точки зрения, психологическая помощь в варианте П.Волкова, как, кстати, и В.Франкла, обращена не к психике, а к *душе* или *личности* человека. И весьма существенны поэтому требования «целостного изменения, затрагивающего всю душу», «изменения мировоззрения и мирочувствования».

Ясно, что выздоровление в данном случае не предполагало знаний о том, как устроен внутренний мир пациента и что собой представляет его заболевание (то есть автор, вероятно, не признает принцип прозрачности). Выздоровление произошло как бы случайно (выступило в качестве побочного процесса совместного движения). Более того, как ни странно, выздоровление не было основной целью работы П.Волкова. В принципе, хотя вероятность такого исхода весьма мала, в результате подобной работы и ее движения могло произойти не улучшение состояния психического здоровья, а, скажем, напротив, – ухудшение. Другими словами, я хочу сказать, что в рамках духовно-экологического дискурса духовная и психотехническая работа прямо не связаны с выздоровлением, оно выступает (но, как можно думать, не всегда) всего лишь побочным процессом этой работы. Хотя сторонники данного дискурса утверждают, что правильная жизнь – залог здоровья, они не ставят во главу угла исцеление или поддержание здоровья человека. Их цель другая – именно правильная жизнь, понимаемая, конечно, каждым по-своему (в одном случае, это религиозное или эзотерическое спасение, в другом – нравственная жизнь и служение людям, в третьем – достойное поведение и общественно значимые деяния и т.п.).

Но может быть, все же возможно понять, какая именно правильная жизнь способствует здоровью и что именно в ней способствует ему? К сожалению, ответить на эти вопросы трудно, или даже невозможно. Для Кафки правильная жизнь заключалась в литературном творчестве, для Кришнамурти – в обретении подлинной реальности, а для меня, например, правильная жизнь заключается еще в чем-то. Причем, для Кафки хорошее физическое самочувствие не шло ни в какое сравнение с творчеством, Кришнамурти ценил его значительно выше, а для меня ощущение здоровья и хорошее самочувствие – несомненные ценности.

Однако в любом случае нельзя пойти с другого конца, то есть ставить правильную жизнь в зависимость от своего оздоровления. В обратном же случае, вероятнее всего, здоровье рано или поздно придет. Более того, если вы болеете, то это один из показателей того, что вы живете все еще

неправильно.

Каков сценарий дальнейшего развития событий? Останется ли человек заложником технократического и медицинского дискурсов или же постепенно начнет жить в соответствии с духовно-экологическим дискурсом, подчиняя медицинские и другие технологии контексту правильной жизни? Существует ли такой демиург, которому под силу изменить цивилизацию? Думается, каждый человек, осознавший тупики нашей цивилизации и принявший ответственность за себя, своих близких и, отчасти, будущие поколения, способен стать таким демиургом. Новая цивилизация начинается с поступков отдельных людей, способных ответственно осознавать происходящее и изменять собственную жизнь. Согласен, это сделать невероятно трудно, но, я думаю, другого пути у современного человека, если, конечно, он хочет остаться таковым, нет.

Дополнение (характеристика метода, примененного для анализа здоровья)

– С точки зрения М.Фуко, к социальным явлениям, типа сексуальности или власти (к этому же классу можно отнести и здоровье), нельзя подходить с марксистскими проектами, ориентированными на преобразование или внешнее управление. Влияние на социальные явления осуществляется с локальной территории мыслящего субъекта и начинается с него самого. Направленное на подобные явления социальное действие, с одной стороны, должно встраиваться в естественные тенденции их изменения, с другой – отвечать устремлениям исследователя.

– По М.Фуко, анализу подлежат диспозитив социальных явлений. Последнее предполагает изучение соответствующих дискурсов (публичных и скрытых), практик, в которых эти явления складывались и функционируют, сети властных отношений, определяющих как выделенные практики, так и дискурсы.

– То, что называется социальным явлением (сексом, властью, здоровьем и т.п.), представляет собой проекцию и объективацию сложной системы проанализированных дискурсов, практик и властных отношений.

– Указанные здесь три положения М.Фуко я видоизменяю, ориентируясь на принципы гуманитарно-ориентированной методологии. С моей точки зрения, продуктом современного мышления в области социальных наук является построение дисциплины, включающей организованные мыслью знания, понятия, идеальные объекты, схемы. В функциональном отношении эта дисциплина ориентирована на решение трех основных задач. Она описывает и позволяет объяснить социальное явление, которое интересует «дисциплинария» (термин С.Попова); может быть использована для социально значимого влияния (воздействия) на данное явление; наконец, позволяет дисциплинарию при создании этой дисциплины реализовать себя. Дисциплина –

конечный продукт современного мышления. Помимо познания явления, мышление включает в себя конституирование социально значимого воздействия на него, а также организацию и конституирование самой мысли. Последнее делает возможным как познание явления, так и формирование социально значимого воздействия на него.

– Мысль о социальном явлении (в данном случае, о здоровье) – это моя мысль; в этом смысле она выражает мое (и априорное и апостериорное) видение данного явления и отношение к нему, включая понимание моей возможности воздействовать на это явление.

– Современная мысль, как правило, разворачивается в поле мыслительной коммуникации, где действуют другие «дисциплинарии» (мыслители), которые сходный материал и проблемы видят и объясняют иначе или противоположно. Необходимое условие правильной мысли – осмысление этих взглядов, ассимиляция того в них, с чем можно согласиться, аргументированное отклонение представлений, с которыми нельзя согласиться.

– Для того, чтобы сформировать отношение к взглядам основных коммуникантов, необходимо анализировать соответствующие дискурсы и концепции. В данном случае, я анализировал дискурсы и концепции здоровья. Как уже отмечалось, дискурс некоторого социального явления – это определенный способ его изучения (подход) и языкового выражения, включающий в себя определение способа воздействия на это явление. В отличие от дискурса, концепция предполагает философское или теоретическое объяснение социального явления. Как правило, концепции разворачиваются в рамках определенных дискурсов.

– Выработка отношения к взглядам основных коммуникантов предполагает самоопределение дисциплинария, по меньшей мере, в двух отношениях: в плане определения характера воздействия на изучаемое социальное явление (будем такое воздействие называть «социально значимым действием») и в плане понимания сущности этого явления. Сущность явления для меня нащупывается в процессе изучения-конституирования. Как представитель методологической школы мышления, я склонен описывать социальные явления в горизонтах истории, культуры, сознания, деятельности, языка (семиозиса). Обязательность именно таких, а не каких-то других представлений, на мой взгляд, должна корректироваться критикой и рефлексией собственной мыслительной работы, а также живым ощущением предмета.

Выявление сущности социального явления включает в себя объективные процедуры познания и объяснения, и, следовательно, проблематизацию, эмпирическую верификацию, построение идеальных объектов, понятий и схем, системную организацию знаний.

– В методологическом отношении сущность социальных явлений задается понятием «диспозитив». Под диспозитивом я понимаю схему явления как идеального объекта, содержащую отдельные его стороны (планы, составляющие). Такая схема, в известной степени, учитывает анализ дискурсов, развернутых по поводу данного явления, позволяет объяснить относящиеся к нему проблемы, создает возможность воздействия на него. Диспозитив задает, хотя и целостное, но гетерогенное представление объекта. В модальном отношении этот объект может быть осмыслен и познан как «объект возможный» (например, здоровье, каким мы его хотим видеть), поскольку мыслящий, анализируя дискурсы, проблематизирует ситуацию как неудовлетворительную, и имеет намерение воздействовать на интересующее его социальное явление. Строение возможного объекта проясняется и конкретизируется в ходе дальнейших исследований и создания дисциплины, описывающей и объясняющей этот объект. При построении дисциплины диспозитив используется в качестве методологической план-карты, а также конфигуратора возможного объекта (поэтому такую дисциплину можно назвать «диспозитивной»).

– Помимо того, что сущность рассматриваемого социального явления конституируется в соответствии с дискурсами и характером социально значимого действия, она должна быть соотносима также с предельными горизонтами его описания. Под последним я понимаю выработку отношения к истории и социальности (социальным практикам, социальному опыту, отношениям и т.п.). Так, здоровье я рассматривал как исторический и социальный феномен.

Обязательно ли выходить при описании социального явления на предельные горизонты? Чтобы ответить на этот непростой вопрос, необходимо понять смысл исторического и социального описания явления. С одной стороны, такое описание включает изучаемое социальное явление в более широкое целое (историю, социум, культуру), которое и задает «пространство сущего», с другой – позволяет определиться относительно этого целого самому исследователю. Последнее необходимо, поскольку дисциплинарий должен при изучении явления занять твердую позицию, с точки зрения которой он будет вести свой дискурс. При этом такая позиция должна позволять и другим участникам мыслительной коммуникации определиться со своими дискурсами. Иначе говоря, подобная позиция должна быть общей для всех участников мыслительной коммуникации, притом, что каждый из них сможет сохранить свой «суверенитет», возможность своего видения и понимания действительности. На мой взгляд, именно История и Социальность могут выступить как общее основание для мышления и социального действия, если только их не понимать натуралистически. Исторические и социальные события – это пространство и реальность, только частично не зависящие от человека. Выделяя историческое или

социальное событие (отношение), человек конституирует как историю и социальность, так и себя. Но одновременно для других участников истории и социальной жизни эти события, конституированные человеком, выступают в качестве объективных условий, в качестве того, во что все с необходимостью вовлекаются. Общее здесь – не реальность, данная вне человека, а условия, которые человек находит и которые он, следуя себе, осмысляет и претворяет. Эти условия частично материального (природные явления, биологические тела, артефакты), частично – идеального порядка (семиозис, деятельность, взаимодействия и т.п.).

Для исторического плана характерно самоопределение человека относительно социальных изменений, для социального – относительно исторического процесса. В обоих случаях мысль создает условия для возможных изменений, на которые человек не может не реагировать. Соответственно, и объект современной мысли – это объект в модальном отношении возможный, желательный, с точки зрения исторических и социальных изменений. Действительно, отождествляя технику с современным поставляющим производством (например, в статье «Вопрос о технике») и затем прогнозируя ее сближение с «техне», Хайдеггер получает возможность найти себе в истории достойное место: в качестве провозвестника и инициатора поворота от постава – к «техне будущего». Одновременно, именно с этой позиции, он ведет критику современного понимания техники. Аналогично, в своих зрелых работах, выступая со скрытой критикой репрессивных властных отношений и социальных практик, сложившихся в XVII-XVIII, Фуко помещает себя в историю в роли революционера и получает возможность не только оправдать марксистский характер социального действия, но и истолковать природу сексуальности как социальной патологии. Одни мыслители присоединяются к такой трактовке, истории и социальности и, следовательно, способствуют образованию соответствующего потока истории и социальности, другие (и я, в том числе) включаются в историю и социальность на других основаниях, создавая тем самым другой ток истории и социальности. В результате, создаются условия для взаимодействия этих точек зрения, несмотря на их различия.

– Необходимым условием мыслительной коммуникации является рефлексия и публикация мыслительной работы, ее оснований и подходов, соотнесение своей точки зрения и видения – с позициями других дисциплинариев, стремление сделать свой дискурс понятным.

– Другое необходимое условие и мыслительной коммуникации и самого мышления – работа, направленная на самого себя, на изменение, если это необходимо, состояний своего сознания и психики, так сказать, работа по приведению себя в то состояние, в котором становится возможной эффективное мышление.

Чтобы облегчить понимание некоторых моментов описанной здесь

методологии, приведем схему.

Схема мыслительной работы



Символом 0 обозначены участники мыслительной коммуникации. Символы S.R. указывают на «субъективную рамку» мыслителя (его ценности, видение, понимание социально значимого действия). Нумерация стрелок задает последовательность чтения схемы и характер (тип) мыслительной работы: стрелка 1 – работа, направленная на самого себя, 2 – анализ и критика дискурсов, 3 – проблематизация, 4 – построение диспозитива, 5 – построение дискурсивной дисциплины, 6 – использование при ее построении необходимых схем, понятий, теорий. Пунктирными стрелками обозначены разные случаи обусловленности и детерминации мыслительной работы.

Что собственно, какой идеальный объект представляет эта схема? Условно его можно назвать «*событийно-символической реальностью*». На наш взгляд, здоровье, подобно другим социальным феноменам (также как и любовь, власть, техника, право и т.п.), можно отнести именно к событийно-символической реальности. Событийно-символическая реальность обладает парадоксальными характеристиками. Это *реальность дисциплинария*, причем, и реальность его сознания и то, что им создается в процессе познания и конституирования. Далее, это реальность, объективно существующая в дискурсах и в коммуникации, другими словами, реальность «*коммуникационная*». Следующая характеристика: это *реальность социальная*, то есть она может быть рассмотрена как взаимоотношения людей, обусловленные семиозисом, деятельностью и социальными институтами. Под семиозисом я понимаю используемые людьми знаковые системы и языки. Деятельность – это обусловленные семиозисом и воспроизводящиеся способы и процедуры решения социально значимых задач и проблем. Под социальными институтами в данном контексте можно понимать устойчивые, закрепленные формы

(семиотические, организационные и др.) разрешения социальных конфликтов и напряжений (разрывов). Еще одна характеристика: событийно-символическая реальность – это *реальность историческая*. Она изменяется вместе со сменой поколений и возникновением новых социально значимых ситуаций (природные катаклизмы, войны, усложнение или изменение каких-то элементов событийно-символической реальности). Наконец, событийно-символическая реальность – это не только реальность дисциплинарная, реальность коммуникационная, социальная и историческая, но и *реальность культурная*. Как культурная реальность она представляет собой устойчивую форму социальной жизни; устойчивость культуры обеспечивается, с одной стороны, постоянством сложившегося в культуре семиозиса, с другой – механизмами воспроизводства, адаптации, новаций и другими.

Конечно, событийно-символическая реальность вводится мною и служит для организации моего сознания, но я предлагаю объективировать это представление и рассматривать его в качестве новой *категории*, задающей особую действительность наряду с действительностями сознания, мышления, деятельности, мыследеятельности, социальной истории, культуры. Понятно, что нужно не только признать и принять подобную новую реальность, но привыкнуть к ней. Кому-то может показаться, что категория событийно-символической реальности соединяет в себе несоединимые признаки, поскольку сегодня они принадлежат разным предметам и дисциплинам. Но реконструкция формирования перечисленных здесь категорий (сознания, мышления, деятельности, мыследеятельности, культуры, социальности, истории) показывает, что они не менее гетерогенны. Просто мы к этим категориям уже настолько привыкли, что не в состоянии без специальной реконструкции увидеть неоднородность их строения. Понятно, чтобы принять категорию событийно-символической реальности, необходимо поработать с ней и убедиться в ее эффективности. Другое условие – подход к ней как к целостному объекту, что предполагает объективацию и анализ всех ее составляющих. Но это уже более сложная задача дальнейшей работы.

ЛИТЕРАТУРА

- Витулкас Д. Новая модель здоровья и болезни. М., 1997.
 Волков П.В. Навязчивости и «падшая вера». // Московский психотерапевтический журнал, № 1, 1992.
 Ганеман С. Органон врачебного искусства. М., 1992, Фирма «Атлас».
 Григорьева Н.И. Парадоксы платоновского «Тимея»: диалог и гимн. // Поэтика древнегреческой литературы. М., 1981.
 Кафка Ф. Соч. в 3-х томах. М., Харьков. 1994. Т.3.
 Консторум С. Катамнез одного случая шизофрении. // Московский психотерапевтический журнал, № 1, 1992.
 Пастернак Б. Доктор Живаго. University of Michigan Press, United

States of America; 1958, 1959.

Рачков В.П. Техника и ее роль в судьбах человечества. Свердловск, 1991.

Розин В.М. Путешествие в страну эзотерической реальности. Избранные эзотерические учения. М., 1998.

Тэйлор Э. Первобытная культура. М., 1939.

Фараджев К.В. Отчаяние и надежды Франца Кафки. // Человек. 1998, № 6.

Jaspers K. Philosophie. Berlin – Gottingen – Heidelberg, 1956. Bd. I.