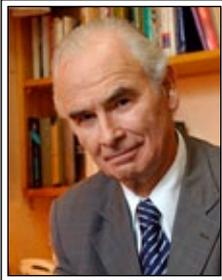

ГЕРМЕНЕВТИКА



Отто ДЁРР-ЦЕГЕРС

доктор медицинских наук (Dr. med.), профессор, отделение психиатрии, медицинский факультет. Университет имени Диего Порталеса. Чили, Сантьяго-де-Чиле, Проспект Ла Пас, 841; e-mail: odoerrz@gmail.com



Александр ЧИКИН (перевод)

научный сотрудник сектора современной западной философии. Институт философии Российской академии наук. 119991, Российская Федерация, Москва, ул. Волхонка, д. 14, стр. 5; e-mail: tchisan@gmail.com

ГЕРМЕНЕВТИКА, ДИАЛЕКТИКА И ПСИХИАТРИЯ

Автор пытается обратить внимание на отношение между герменевтикой и диалектикой, с одной стороны, и психиатрией – с другой, особо подчёркивая важность вклада Карла Ясперса. Сначала рассматривая совпадения и различия между методом понимания Ясперса и герменевтическим подходом Гадамера, автор затем описывает различные способы применения герменевтической теории в психиатрической практике. Так, ещё до того, как психиатр попытается понять психопатологический феномен, он уже нуждается в герменевтической точке зрения. Классическое описание чувства шизофрении (Praesox-Gefühl), данное Рюмке, и данное нами описание чувства меланхолии (Melancholie-Gefühl) – два примера значения такой герменевтической точки зрения для первой встречи с пациентом и процесса постановки диагноза. Подчёркивается важность строгого различения между истинными и ложными предрассудками и/или интуи-

циями в до-вербальном аспекте встречи. Также проводится анализ роли герменевтики в вербальном общении с пациентом путём описания характерных для шизофрении и депрессии нарушений речи и мышления. После краткого описания роли диалектики в истории западной мысли автор пытается продемонстрировать преимущества диалектической точки зрения в психиатрии: она позволяет видеть положительное в отрицательном; ставить под вопрос строгость таких концепций, как нормальность-ненормальность, здоровье-болезнь и т. п.; и прежде всего рассматривать различные неорганические психопатологические состояния как проявляющиеся в полярных структурах, противопоставленных друг другу, и рассматривать сам процесс лечения как движение в противоположном направлении до достижения необходимого баланса. Наконец, автор пытается показать сущностную связь герменевтики и диалектики ввиду материализации характерной для герменевтики «открытости» в вопросе, отрицательность которого изоморфна отрицательности диалектического опыта. В свою очередь, психиатрическая практика требует способности вопрошать, пережить неудачу и при помощи диалектики вынести знание из этой неудачи.

Ключевые слова: герменевтика, диалектика, феноменология, психопатология, метод, понимание, шизофрения, мания, депрессия, логический квадрат

Герменевтика и психиатрия

Герменевтика традиционно понимается как метод, ориентированный на понимание и правильную интерпретацию текстов. Однако, как верно отмечает Гадамер [16], герменевтическая проблема выходит за рамки «методологического», поскольку «понимание и истолкование текстов является не только научной задачей, но очевидным образом относится ко всей совокупности человеческого опыта в целом» [16, р. XXVII / с. 38]¹. Когда мы пытаемся понять, что имела в виду традиция в какой-либо из областей человеческого опыта, мы неизбежно выходим за рамки простого понимания текста, лежащего перед нами, поскольку нам неизбежно передаются определённые точки зрения и/или определённые истины. Как можем мы быть уверены в правомерности или «истинностном значении» понимаемого? Именно в этом заключается роль герменевтики: творить опыт истины [16] там, где естественные науки отказываются бессильными, в истории, искусстве, праве и т. п., то есть «общественных науках» (Geisteswissenschaften). Гадамер в другом контексте объясняет: «Искусство понимания, называемое нами герменевтикой, обращено к необъяснимому, к процессу схватывания непредсказуемых аспектов психо-духовной жизни человека» [16]. Если принять

¹ Перевод дан по изданию: Гадамер Х.-Г. Истина и метод. Основы философской герменевтики / Пер. под ред. Б.Н. Бессонова. М.: Прогресс, 1988. Страницы перевода даны в квадратных скобках после страниц оригинала через косую черту.

это определение герменевтики, напрашивается вопрос: есть ли более подходящая область её применения, чем психопатологические феномены? В какой другой области изучения человека можно найти в более очевидном единстве одновременно необъяснимость и непредсказуемость? Любой опытный психиатр знает. Как часто психопатологические феномены ускользают от естественных наук, например, при попытках «объяснить» бред сильной психоаналитической теорией или измерением количества нейромедиаторов.

Следуя за Дильтеем, Ясперс рано осознал данную особенность психопатологического мира, точно разделив объяснимое и понимаемое [22]. Применяя метод «объяснения», мы исследуем клиническую реальность так, как физик изучает материю, мы измеряем размер желудочков мозга, количественно оцениваем интеллектуальные способности, измеряем концентрацию катаболитов нейромедиаторов в моче и т. п. Метод «понимания», как его видит Ясперс [22], с другой стороны, открывает доступ к феноменам, вовсе не поддающимся нашему желанию выразить всё количественно, таким как чувства и эмоции, мир межличностной атмосферы, опыт искусства или мир смысла в целом. Возникновение одного психического феномена из другого сильно отличается от линейной причинности физического мира, и метод понимания стремится воздать должное этому отличию. Понимание биографического смысла определённой болезни или интерпретация бреда из самого себя, а не из предположительно лежащих в его основе внесознательных причин – две характерные задачи, для решения которых психиатр должен применять метод понимания и заниматься герменевтикой в её чистейшей форме.

Но даже когда психиатр пытается понять бред или поведение, он при первой встрече с пациентом ощущает необходимость принятия своего рода «герменевтической точки зрения». Рассмотрим данное Рюмке классическое описание «шизофренического чувства» (*Praesox-Gefühl*), которое он считает центральным для диагностики шизофрении, и обратим внимание на то, что оно точно соответствует важной для Гадамера концепции «предрассудка», то есть «суждения, вынесенного до окончательной проверки всех фактически определяющих моментов» [16, р. 255 / с. 322–323]. Мы описывали нечто подобное в отношении депрессивных расстройств [8; 9]. При них также существует нечто подобное «чувству меланхолии», становящемуся тем более интенсивным, чем ближе состояние к ступору, объективной частью которого является феномен, названный нами «кадаверизацией» (*Leiche-werden* по-немецки или *χρῆμα* по-гречески) или процессом овеществления (*Verdinglichung*) тела депрессивного субъекта. Как строгое разграничение истинных предрассудков и ложных считается одной из главных задач герменевтики, в интерпретации и искусства, и истории, так в психиатрии важной задачей для учителя является обучение ученика схватыванию атмосферных

эманаций, исходящих от пациента, и различению истинных впечатлений и ложных при постановке диагноза. Этот момент наличия атмосферы при первой встрече с пациентом приобретает особую важность при рассмотрении психозов. Это рассмотрение прежде всего должно начинаться, конечно, на поверхностном уровне, с момента атмосферной эманации. Сам Гадамер не отрицал возможности распространения герменевтической задачи на до-вербальный мир, придавая большое значение концепции «вкуса» или даже «хорошего вкуса» [16, р. 40 / с. 79]. Для Гадамера «вкус по самой сокровенной своей сущности не есть нечто приватное; это общественный феномен первого ранга» [16, р. 41 / с. 79]. То, что обычно называют «отсутствием контакта», «аффективным уплощением» или «дистанцией», при встрече с шизофреническим пациентом соответствует до-вербальному первичному феномену, точному, как вкус («Хороший вкус всегда уверен в своем суждении», – говорит нам Гадамер [16, р. 41 / с. 79].) В общении с шизофреником нам не хватает определенного чувства общности, которое японцы называют «ки» [10]. Наши эманации не гармонизируются, они обладают разной тональной окраской. Дальнейшим трудностям в вербальной коммуникации почти всегда предшествует неудача до-вербального единения.

В случае депрессивных пациентов не недостаёт не гармонии, а ощущения, что пациент является в полной мере субъектом самим по себе. Это особое качество межличностного общения, так хорошо описанное Сартром в «Бытии и ничто» [29], когда один человек является для другого не просто объектом, одной из вещей, но субъектом с жизненной историей, почти исчезает при встрече с депрессивной личностью. Согласно Сартру, основой «первоначального отношения», в котором другой непосредственно дан мне как субъект, служит взгляд другого, тот факт, что он видит меня, объективирует меня. Далее, тот взгляд, что позволяет мне воспринимать другого как субъект и как вещь, ослаблен у депрессивного пациента. Можно сказать, что взгляд депрессивной личности «утоплен за глазами», как мы говорили в предыдущих работах [8; 9]. Знание правильной интерпретации оттенков межличностного общения с душевнобольными на до-вербальной стадии также является крайне важной герменевтической задачей как для развития хороших отношений между доктором и пациентом, так и для постановки правильного диагноза.

Естественно, герменевтика наиболее важна для психиатрии при рассмотрении вербальной стороны отношения с пациентом. Здесь мы оставим в стороне трансцендентальную роль герменевтики в психотерапии и обратимся только к диагностическому интервью. Прежде всего надо помнить, что язык для Гадамера – это, конечно, не только средство, но и горизонт любого герменевтического опыта. В «Истине и методе» он пишет: «Человек, живущий в мире, не просто снабжён языком как некоей оснасткой – но на языке основано и в нём выражается то, что

для человека вообще есть мир. Для человека мир есть “тут” в качестве мира; ни для какого другого живущего в мире существа мир не обладает подобным тут-бытием. Однако это тут-бытие мира есть бытие языковое» [16, р. 419 / с. 512].

Лишь немногие случаи дают нам возможность доказать это утверждение Гадамера с большей несомненностью, чем случаи общения с шизофреническим пациентом. С первых описаний этого заболевания наибольшее внимание уделялось нарушениям мышления/речи. Так называемое ослабление ассоциаций, описанное Блейером [7], классическая некогерентность или неологизмы всегда были среди основных симптомов шизофрении. В предыдущих работах [10; 13; 14] мы пытались показать, что языковые нарушения – это единственный особый симптом заболевания. Мы также утверждали, что его наиболее существенным проявлением, пожалуй, служит потеря «диалогического» характера мира. Как же данное изменение проявляется во встрече с пациентом? Возможно, наиболее характерная черта речевого общения с шизофреническим пациентом – это чувство непонимания доктором того, что говорит пациент. Оно похоже на опыт пребывания в стране, языком которой мы владеем не настолько хорошо, насколько нам хотелось бы. Оставим в стороне серьёзные нарушения речи и обратим внимание только на «ослабление ассоциаций». При нём не наблюдается нарушений в грамматике. И хотя содержание мыслей нельзя назвать определённо абсурдным или странным, мы не можем в полной мере понять, что говорит пациент. Гадамер указывает на это явление, когда говорит: «Не только мир является миром лишь постольку, поскольку он получает языковое выражение, – но подлинное бытие языка в том только и состоит, что в нём выражается мир» [16, р. 531 / с. 513]. Другими словами, если мир меняется – меняется язык; если восприятие мира меняется – обязательно меняется его выражение. Теперь, в неудавшемся диалоге с шизофреническим пациентом нам явлена дистанция его мира от нашего, но в то же время мы ощущаем, что сам диалог становится схематичным и всё более трудным. В нём отсутствуют выделенные Гадамером сущностные черты разговора: мы не можем управлять им по нашему желанию; наоборот, разговор ведёт нас в неожиданных направлениях. «Так, подлинный разговор всегда оказывается не тем, что мы хотели “вести”. В общем, правильнее будет сказать, что мы втягиваемся или даже что мы впутываемся в беседу» [16, р. 361 / с. 446]. Разговор с шизофреническим пациентом утомляет: он может прерваться в любой момент; доктор чувствует опустошённость, отсутствие идей; должен прилагать усилия, чтобы задавать новые вопросы; должен больше управлять диалогом, чтобы он не оборвался неловким молчанием. Иными словами, здесь отсутствует то, что Гадамер описывал как центральный элемент настоящего разговора – герменевтического диалога.

Момент вербальной коммуникации с депрессивным пациентом также обладает довольно характерными особенностями. Самая крайняя форма данного нарушения – это, несомненно, депрессивный ступор. Пациент не отвечает; другой в нём отсутствует. Перед нами своего рода безжизненное тело. Процесс овещствления (Verdinglichung) практически завершился [8; 9]. При умеренной депрессии, нормальной для клинической практики, коммуникативные нарушения, естественно, намного менее выражены, но они всё же несут печать безжизненности, о которой мы говорили. Каждый психиатр может вспомнить медленный и несколько принуждённый характер диалога с депрессивным пациентом. В отличие от встреч с шизофреническими пациентами, здесь нет ничего непонятного, ничто не вызывает недоумения, потому что между мирами врача и пациента нету дистанции; нас только раздражает медлительность пациента и сужение его интересов к собственному телу и другим классическим темам: поражения, бедности и вины. Даже после окончания приступа депрессии с пациентом не очень просто общаться. Он слишком лаконичен в описании улучшения, а доктор, в свою очередь, чувствует после начала диалога, что разговаривать больше не о чем. Наблюдается также сильный контраст между бесчисленными жалобами и выражением страдания в депрессивном состоянии, с одной стороны, и практическим забвением болезни по прошествии приступа, с другой. Пациент производит впечатление «раздражающе» нормального, и врачу трудно узнать в нём человека, который так сильно страдал всего несколько недель или месяцев назад.

Тот же анализ можно провести и в отношении прочих психопатологических состояний, таких как обсессивно-компульсивное расстройство, или истерия. В каждом из этих нарушений может быть найден особый стиль коммуникации, описание и интерпретация которого требует от психиатра соответствующего герменевтического подхода.

Итак, герменевтика и психиатрия оказываются взаимосвязаны ещё до применения какой-либо теории, объясняющей психопатологические феномены, и до начала терапевтического процесса. Герменевтика обладает очевидной важностью для психотерапии, играет ключевую роль при первом интервьюировании (и тем самым в постановке диагноза) применительно не только к языковому общению с пациентом, но и к предшествующему моменту молчаливого схватывания атмосферных эманаций другого и создания согласованной и общей атмосферы.

Диалектика и психиатрия

Диалектика появляется с началом философского мышления в разных формах у двух великих досократических философов: Парменида Элейского и Гераклита Эфесского. Для Парменида диалектика – метод, позволяющий доказать ложность видимого, данного чувственными органами, и таким образом очистить мышление от иррационального. Для Гераклита, напротив, диалектика представляет собой основной принцип, структурирующий и направляющий все сущее, поскольку реальность упорядочена требующими друг друга противоположностями [21]²:

«Имени *справедливости* не ведали бы, если бы не было *беззаконий*» (фрагмент 23).

«Добро и зло – *одно*. Врачи режут, жгут, всяко мучают зло (больных) ... и причиняют то же “добро”, что и болезни» (фрагмент 58).

«Болезнь делает приятным и благим здоровье, голод – сытость, усталость – отдых» (фрагмент 111).

Платон [27] использует диалектику как метод достижения истины посредством диалога и представления противоречий, присущих как природе, так и мышлению. У Гегеля концепция диалектики достигает наибольшей универсальности: диалектика в определённом отношении идентична возможно более универсальной черте реальности – «беспокойству». Согласно Гадамеру [17], эта концепция похожа на концепцию «энергии» у Аристотеля [2]. «Энергия» присутствует в повседневной жизни в форме движения, но также служит двигателем истории и всего, что существует во времени. Реальность и знание могут быть одним и тем же процессом, но истина процесса достижима только в его конце, поскольку каждый отдельный момент его говорит о внутреннем противоречии: противоречие между бутонем и цветком, его отрицающим, разрешается в плоде; это так называемый диалектический момент, когда синтез преодолевает противоречие между тезисом и его отрицанием, антитезисом [19].

Диалектическое мышление и/или диалектическое понимание реальности можно найти не только у философов. Историк религии Мирча Элиаде [15] показал, что диалектическое мышление лежит в основании всех религий, и азиатских в особенности. Христианская догма «Воплощения Слова» – хороший пример радикально святого и радикально мирского. Но диалектический момент также часто появляется в работах великих поэтов. В «Книге афоризмов» Гёте читаем:

² За основу русского текста взят перевод А.В. Лебедева: Фрагменты ранних греческих философов. Ч. I: От эпических теокосмогоний до возникновения атомистики / Издание подготовил А.В. Лебедев. М.: Наука, 1989. Изменения выделены курсивом. Нумерация фрагментов – по Дильсу-Кранцу.

Мы и объекты,
свет и тьма,
тело и душа,
дух и материя,
Бог и вселенная,
мысль и протяженность,
идеальное и реальное,
чувства и разум,
воображение и понимание,
бытие и ностальгия [18, р. 707].
(Перевод мой. – А. Ч.)

Первым, кто предложил применить диалектическое мышление в психиатрии, был Вольфганг Бланкенбург [3; 4; 5; 6]. Отправной точкой для него была гипотеза, что в отрицательном (в ненормальности или болезни) заключено нечто положительное. Вопрос положительности отрицательного систематически проработал Гегель [20], но он в разных формах встаёт в повседневной жизни и мире религии. Бланкенбург приводит в пример христианство, в котором постоянно встречается этот способ мышления: последние будут первыми; необходимо умереть, чтобы воскреснуть, и т. п. Эта гипотеза имеет не только теоретическое, но и практическое значение; если психиатр не принимает отрицательное как таковое, он обязан раздвинуть горизонт понимания, изменить систему координат и поставить под вопрос традиционные представления о болезни. Поэтому Бланкенбург подчёркивает положительные аспекты шизофрении, такие как глубокое восприятие мира шизофреническими пациентами, их близость к гениальности и т. п. [4], а затем и положительные аспекты истерии, такие как, например, отсутствие косности, легкая приспособляемость, способность к развлечению и т. п. [5].

Продолжая линию Бланкенбурга, мы попытались развить диалектическое понимание серьёзных психопатологических синдромов [11]. За исходную модель мы взяли маниакально-депрессивную диаду, полярный и диалектический характер которой очевиден: мания противоположна депрессии и наоборот, но в то же время каждая из них эмфатически нуждается в своей противоположности, так что в определённом роде одна из них содержит другую. Как часто мы видим за радостью и гиперактивностью маниакального пациента бесконечное горе, а за горем и бездействием депрессивного пациента – чувства зависти и агрессии, которые практически незаметны за его слабостью и безобидностью. С другой стороны, наше внимание привлекает тот факт, что ситуации, вызывающие обе болезни, кажется, вызывают противоположный эффект; что должно вызывать радость у любого нормального человека (улучшение жилищных условий, счастливое замужество дочери, рождение желанного ребенка, продвижение по службе, путешествие за гра-

ницу и т. п.) может вызывать депрессию, а манию вызывают страшные беды (например, смерть горячо любимого человека, финансовое банкротство, диагноз тяжелой или смертельной болезни, серьёзный стресс и т. п.). Другими словами, маниакальный пациент развивает манию вопреки депрессии, а депрессивный пациент развивает депрессию вопреки мании. И с диалектической точки зрения маниакальное может выглядеть положительным на фоне депрессии как защита от слабости, застывшего страдания, остановившегося времени. И наоборот, депрессия может считаться положительной в отношении мании как спасение от изнуряющей гиперактивности, постоянного неуважения других или неспособности держать и мышление, и поведение в рациональных и социально приемлемых рамках.

В более поздней работе [12] мы попробовали применить данную модель ко всем неорганическим психопатологическим синдромам, в результате чего эти полюса удалось поместить в структуру, подобную логическому квадрату Аристотеля, с контрарными (полярными), субконтрарными, контрадикторными (взаимоисключающими) и подчинёнными отношениями суждений, что является интересным случаем изоморфизма (см. рис. 1 в конце статьи). В верхнем горизонтальном ряду представлен весь спектр так называемых психотических психопатологических синдромов, упорядоченных в зависимости от большей или меньшей структурной близости к шизоидному или депрессивному полюсу. Параноидальная шизофрения очень близка к ядру шизоидной структуры, кататоническая форма уже несколько ближе к депрессивному полюсу, что отражает позицию Крепелина, который не мог определить, к чему отнести кататонию: к шизофрении или маниакально-депрессивному психозу [23]. Шизо-аффективный психоз находится посередине между двумя полюсами, а бредовая мания и/или депрессия и классическая биполярная депрессия располагаются между ним и депрессивным полюсом. Униполярная депрессия, с другой стороны, определённо очень близка к депрессивному полюсу, но по вертикали, выражающей отношение депрессивного и обсессивного полюса, где расположено большинство так называемых психосоматических состояний, на связь которых с миром как обсессии, так и депрессии уже не раз обращали внимание [25; 31]. По вертикали слева, между шизофреническим и истерическим полюсом, расположены юношеские формы шизофрении, которые классические авторы называют гебефренией, и различные пограничные расстройства личности, вплоть до их наиболее структурированных форм, которые совпадают с классическими истерическими и гистрионными расстройствами. В нижнем горизонтальном ряду представлены различные формы неврозов, упорядоченные по близости истерическому полюсу с одной стороны и обсессивному полюсу – с другой. Рядом с первым расположен известный с древних времён истерический невроз, кото-

рый в руководстве DSM IV относят к диссоциативным расстройствам (1, № 300.12–15), затем тревожный невроз – генерализованное тревожное расстройство, по DSM IV (300.02). Панические расстройства (300.01) равно удалены от двух противоположных полюсов, агорафобия (300.22) уже приближается к обсессивному полюсу, и, наконец, рядом с обсессивным полюсом расположено обсессивно-компульсивное расстройство (300.30).

Такая схема объясняет клинические факты множественных переходов между различными психическими расстройствами. Приведём пример: полярность шизоидного и депрессивного, между которыми располагается целый спектр психотических синдромов, обычно называемых эндогенными, позволяет разрешить старый спор между теорией «уникального психоза» и теорией существования совершенно различных нозологических сущностей. Различение контрарных и контрадикторных структур также видится важным, поскольку между последними не может быть никаких переходов. «Контрадикторность» и взаимоисключающий характер истерии и депрессии рассмотрен в работах Альфреда Крауса [24; 25], а Герман Ланг [26], в свою очередь, описал нечто похожее на контрадикторность шизофрении и обсессивно-компульсивного невроза. Мы также должны помнить, что классификация этих четырёх структур неслучайна. С одной стороны, есть классическое различие двух главных психозов (шизофрении и маниакально-депрессивного психоза) и двух главных неврозов (истерического и обсессивно-компульсивного). Но существование структур можно также рассматривать безотносительно связи с самыми распространёнными психическими расстройствами. Так, в одной из предыдущих работ мы попытались определить эти четыре структуры согласно тому, как в них даны время, пространство, опыт тела и межличностный опыт [11].

Показать депрессивное как противоположность шизофренического или обсессивное как противоположность истерического – это не просто семантическая игра или всего лишь теоретическое отступление. Рассматривая одно в качестве положительной стороны другого и наоборот, мы расширяем возможности и понимание, мы устраняем предрасудки или иные условия; и нам открывается предпочтительный способ терапевтического действия: во избежание всего лишь приспособления к несуществующему «среднему» надо попытаться донести до пациента положительное значение его якобы ненормальных черт или симптомов, но таким образом, чтобы он начал путешествие в противоположном направлении, к противоположному полюсу, который не так далёк от него, ведь он находится в нём же. Так мы можем приблизиться к древнегреческому пониманию меры. Как мудро изрёк Гераклит [21]:

«Холодное согревается, горячее охлаждается, влажное сохнет, иссохшее орошается» (фрагмент 126).

Герменевтика, диалектика и психиатрия

Мы очертили некоторые аспекты отношения герменевтики и психиатрии, а также психиатрии и диалектики. Мы также обратили внимание на то, что герменевтика является необходимой уже для первой встречи с пациентом как её до-вербального, так и вербального моментов. Мы также указали на преимущества диалектической точки зрения в психиатрии и то, что она лучше приспособлена к богатству и сложности психопатологических феноменов, чем другие способы мышления, например каузальное или линейное мышление.

Возникает вопрос: в каком отношении находятся феноменология, герменевтика и диалектика между собой и каждая из них – к психиатрии?

Виль [32] утверждает, что отношения между феноменологией, диалектикой и герменевтикой легче понять, если начинать с концепций теории и метода. Так, феноменология – это, несомненно, более метод, чем теория, тогда как диалектика, возможно, является и тем, и другим одновременно. Она даже требует динамического (диалектического) единства между теорией и методом. Феноменология и диалектика должны быть практически на одном уровне. Герменевтика, в свою очередь, не является ни теорией, ни методом, но чем-то сродни первичному пониманию, позволяющему, на мой взгляд, различать теорию и метод и устанавливать диалектическое отношение между ними. Мир в целом в определённой мере открыт герменевтическому пониманию, и мы могли бы сказать, что одним из первых при таком отношении приходит осознание диалектического структурирования реальности. Различие между теорией и методом является нам как одна из этих диалектических структур. Феноменологию, герменевтику и диалектику можно отличить от любых других форм теоретизирования по их абсолютной отнесённости к первичному и примордиальному.

Сказанное помогает понять, почему феноменология, герменевтика и диалектика настолько важны для психиатрии. Объект работы психиатра – душевно больной человек, то есть самая сложная реальность во вселенной, поскольку заболевает то, что делает возможным знание, культуру и, наконец, человеческий мир: разум или дух. Поэтому велико искушение впасть в редуционистские интерпретации человеческих феноменов, будь они психологического или биологического рода. Сложность объекта нашей науки и тот факт, что мы должны окончательно объективировать себя, однако, вынуждают нас придерживаться, насколько это возможно, открытой позиции; нет ничего лучше для достижения этой цели, чем принятие герменевтической точки зрения, которая позволяет открыть диалектические структуры человеческого бытия. Феноменологический метод служит нам, с другой стороны, для исследования некоторых отдельных аспектов реальности, при этом, не в

последнюю очередь, помогая нам правильно применять деривативный и количественный методы естественных наук, в свою очередь позволяющие нам как-то обращаться с реальностью.

Платон первым увидел необходимое отношение герменевтики и диалектики. Характеризующая герменевтику «открытость» материализуется в вопросе. Поэтому Гадамер утверждает: «Убедиться в чем-либо на опыте – для этого необходима активность вопрошания» [16, р. 439 / с. 426]. В вопросе же заключена определённая отрицательность. Сократ довел эту отрицательность до предела в известном высказывании: «Я знаю, что я ничего не знаю». И эта отрицательность герменевтического вопроса изоморфна отрицательности диалектического опыта. Каждый опыт должен пройти через неудачу, чтобы достигнуть своей истинности. Вопрошать, начиная с самой широкой «открытости», и переживать отрицательный опыт – два существенных момента каждодневной психиатрической практики. Невозможно быть психиатром, не зная, как вопрошать, как пережить неудачу и как при помощи диалектики вынести знание из этой неудачи.

Рис. 1. Основные психопатологические структуры и их отношение к распространённым неорганическим синдромам в психиатрии (Doerr-Zegers, 1972, 1987)*

Шизоидная структура	Параноидная шизофрения	Кататоническая шизофрения	Шизо-аффективный психоз	Бредовая мания или депрессия	Биполярная депрессия	Депрессивная структура		
А		Контрарность				Е		
Гебефреническая шизофрения	П о д ч и н е н и е	Контрадикторность				П	Униполярная депрессия	
Шизотипическая личность		о					д	Психосоматические синдромы
Пограничная личность		ч					и	Уклоняющееся расстройство
Нарциссическая личность		н					е	Обсессивная личность
И		Субконтрарность				Д		
Истерическое расстройство личности	Конверсионные расстройства	Генерализованное тревожное расстройство	Паническое расстройство (фобический невроз)	Агорафобия	Обсессивно-компульсивное расстройство	Обсессивная структура		

* *Примечание:* Представленная схема – доработка наброска из работы 1972 года. Схема основана на «логическом квадрате», используемом классической логикой для классификации различных видов суждений.

Список литературы

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. Washington, D.C.: APA, 1980.
2. Aristoteles. Metaphysik. Paderborn: Ferdinand Schöningh, 1961.
3. Blankenburg W. Aus dem phänomenologischen Erkrankungsfeld innerhalb der Psychiatrie (unter Berücksichtigung methodologischer Fragen) // Schw. Arch. Neurol. Psychiat. 1962. Band 90, Heft 2. S. 412–421.
4. Blankenburg W. Zur Differentialphänomenologie der Wahnwahrnehmung // Der Nervenarzt 36. 1965. Jahrg., Heft 7. S. 285–298.
5. Blankenburg W. Hysterie in anthropologischer Sicht // Praxis der Psychotherapie. 1974. No. 19. S. 262–273.
6. Blankenburg W. Wie weit reicht die dialektische Betrachtungsweise in der Psychiatrie? // Zeitschr. für Klin. Psychol. u. Psychother. 1981. Heft 1, 29. S. 45–66.
7. Bleuler E. Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien // Handbuch der Psychiatrie. Aschaffenburg (Hrsg.). Band IV. Leipzig und Wien, 1911.
8. Doerr-Zegers O. Análisis fenomenológico de la depresividad en la melancolía y en la epilepsia // Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. 1979. (Spain) 7 (2ª Etapa). P. 291–304.
9. Doerr-Zegers O. & Tellenbach H. Differentialphänomenologie des depressiven Syndroms // Nervenarzt. 1980. No. 51. S. 113–118.
10. Doerr-Zegers O. Fenomenología del lenguaje y esquizofrenia // Psiquiatría Antropológica / Ed. D. Barcia. Murcia: Secretariado de Publicaciones de la Universidad, 1987. P. 129–154.
11. Doerr-Zegers O. Pensamiento dialéctico y estructuras de personalidad // Rev. Psiquiatría (Chile). 1987. Vol. 4. P. 21–30.
12. Doerr-Zegers O. Hacia una concepción dialéctica en psiquiatría // Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. (Spain). 1990. No. 18(4). P. 244–257.
13. Doerr-Zegers O. Die Destruktion der Sprache zur schizophrenen 'Logopathie' // Sprache und Schizophrenie / Eds. A. Kraus und Ch. Mundt. Stuttgart-New York: Thieme Verlag, 1991. P. 97–104.
14. Doerr-Zegers O. Die Schizophrenie als Logopathie. In Festschrift zum 80. Geburtstag von Uwe Henrik Peters / Hrsg. von Andreas Marneros, Anke Rohde. Koeln, ANA Publishers, 2011. P. 352–372.
15. Eliade M. Lo sagrado y lo profano. Barcelona: Editorial labor, 1967.
16. Gadamer H.-G. Wahrheit und Methode. Tübingen: Mohr, 1961.
17. Gadamer H.-G. La dialéctica de Hegel. Madrid: Editorial Cátedra S.A., 1981.
18. Goethe J.W. Aphorismen // Naturwissenschaftenliche Schriften II. Zürich und Stuttgart: Artemis Verlag, 1966.
19. Hegel G.W.F. Phenomenology of mind / Trans. by J.B. Baillie. London: Allen and Unwin, Second Edition, 1949.
20. Hegel G.W.F. Sämtliche Werke. Jubiläumsausgabe / Hrsg. von H. Glockner. Stuttgart: Frommanns, 1966.
21. Heraclito. En Verneaux, Roger // Textos de los grandes filósofos: Edad Antigua. Barcelona: Herder, 1977.
22. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. 7. Auflage. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer Verlag, 1959. P. 251.

23. *Kraepelin E.* Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 8. Auflage. Leipzig: Johann Ambrosius Berth, 1909–1915.
24. *Kraus A.* Sozialverhalten und Psychose Manischdepressiver. Stuttgart: Ferdinand Enke, 1977.
25. *Kraus A.* Fenomenología diferencial de la histeria y la melancolía // *Psiquiatría Antropológica* / Ed. by D. Barcia. Murcia: Secretariado de Publicaciones de la Universidad, 1987.
26. *Lang H.* Reflexiones antropológicas sobre el fenómeno de la obsesión // *Rev. Chil. Neuropsiquiat.* 1985. No. 23(1). P. 3–9.
27. *Platón.* La República / Ed. Bilingüe por José Manuel Pabon y Manuel Fernández Galiano. Madrid: Inst. de Est. Políticos, 1949.
28. *Rümke H.* Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien // *Nervenarzt.* 1958. No. 29. S. 49-53.
29. *Sartre J.-P.* El ser y la nada. Buenos Aires: Losada, 1966.
30. *Tellenbach H.* Geschmack und Atmosphäre. Salzburg: Otto Müller Verlag, 1968. P. 119.
31. *Tellenbach H.* Hermeneutische Akte in der klinischen Psychiatrie // *Psychiatrie als geistige Medizin.* München: Verlag für angewandte Wissenschaften, 1987. P. 229.
32. *Wiehl R.* Begriffsbestimmung und Begriffsgeschichte // *Hermeneutik und Dialektik* / Hrsg. von Bubner et al. Tübingen: Mohr, 1970. S. 167–213.