

ГУМАНИТАРНАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Клинические аспекты здоровья*

П. С. Гуревич

(Институт философии РАН, Московский гуманитарный университет)* *

The Clinical Aspects of Health

P. S. Gurevich

(The Institute of Philosophy of RAS, Moscow University for the Humanities)

Самое раннее определение здоровья принадлежит Алкмеону: «Здоровье есть гармония противоположно направленных сил». Это формула имеет своих сторонников и сегодня. Цицерон охарактеризовал здоровье как правильное соотношение различных душевных состояний. Стоики и эпикурейцы ценили здоровье превыше всего, противопоставляя его энтузиазму, стремлению ко всему неумеренному и опасному. Эпикурейцы считали, что здоровье — это полное *довольство* при условии *умеренного* удовлетворения всех потребностей. Стоики воспринимали всякую страсть, всякое проявление чувства как болезнь; их учение о нравственности в значительной степени представляло собой разновидность терапии, нацеленной на уничтожение душевных болезней и установление здоровой *атараксии*.

Ницше считал, что «здоровья как такового не существует».

Но если так трудно определить критерии здоровья, то может быть легче это сделать применительно к болезни? Болезнь — это поломка здоровья, уход (полный или частичный) от состояния здоровья. К. Ясперс приводит такие определения болезни:

1) распад на противоположности, разорванность противоположностей, дисгармония сил;

2) аффект и его следствия;

3) своего рода «обман», например, «уход в болезнь», «уклонение», «способ «укрыться».

В начале прошлого века активно обсуждалось определение болезни как «укрытия», данное психиатром В. фон Вайцеккером: «Если человек, испытывающий трудности, обретает

* Окончание. Начало в №3 за 2008 г.

** Гуревич Павел Семенович — доктор философских наук, доктор филологических наук, профессор, заведующий сектором истории антропологических учений Института философии Российской академии наук, руководитель Лаборатории личностного роста Московского гуманитарного университета. Тел. (495) 203-96-96.

достоинство в болезни, если моральная реакция превращается в патологический симптом, возникает смысловая подмена, вызывающая к нашему чувству уважения к истине и к нашей критической способности... Невротик строит себе «убежище» и выдает его, ибо не может скрыть чувство вины.

Вспышки этого чувства часто приходится наблюдать и у людей, страдающих органическими заболеваниями (не невротиков). Такие люди борются сами с собой на продромальной стадии (как бы решая, поддаться болезни или нет) и на стадии выздоровления (как бы сомневаясь, не лучше ли болеть дальше). Далее фон Вайцзеккер заявляет, что «в здоровье есть нечто от правды, а в болезни — нечто от неправды».

Психиатры прошлого полагали, что невинный никогда не сходит с ума, а безумие поражает только виновного (Хайнрот) и что нравственное совершенство тождественно душевному здоровью (Гроос): если врожденное влечение к добру развивается свободно, никакое соматическое событие не в силах вызвать к жизни душевную болезнь. В том же ряду стоит и концепция Клагеса, согласно которой психопатия — это страдание, причиняемое самообманом, имеющим для данной личности жизненно важное значение.

Касаясь парадоксальной природы понятия «болезнь», В. фон Вайцзеккер утверждал, что «серьезная болезнь часто означает коренной пересмотр целой эпохи в жизни человека» и, значит, в определенных контекстах может иметь «исцеляющее», «творческое» значение. Он же специально подчеркивал важность закона, согласно которому «устранение одного зла открывает место для другого». Гармония противоположностей — это некий идеал, устанавливающий определенные границы; но это не понятие, отражающее реалии человеческого бытия, равно как и не возможность, которая могла бы стать действительностью. Атараксия и душевная удовлетворенность влекут за собой обеднение психической жизни; возникают расстройства, имеющие свою причину в чем-то недооцененном и незамеченном.

По словам В. Гринингера, «безумных» как особого вида не существует. Вместо того что-

бы рассматривать «психическую болезнь» обобщенно и недифференцированно, мы должны как-то структурировать это понятие.

Психиатры не придают особого значения суждениям о «болезни вообще». Им приходится наблюдать разнородные факты, которые они упорядочивают согласно понятиям, отражающим реальность человеческого бытия, — например, согласно тому, имеют ли они дело с хроническим состоянием или со стадией процесса.

В клиниках и больницах лечится множество людей, страдания которых обусловлены не каким-либо болезненным процессом, а неблагоприятными отклонениями конституции, то есть чисто характерологическими причинами. По существу, психология начинается именно с «нормальной» характерологии. С того момента, как в психиатрию вошло понятие «большая личность», установление границы между «здоровым» и «больным» стало практической задачей, предусматривающей учет всех индивидуальных вариаций.

Понятия «больной» и «здоровый» повсеместно пользуются для оценки явлений жизни, человеческих реакций и поступков, самих людей. Прибегая к этой паре понятий, люди сплошь и рядом демонстрируют наивную уверенность в своей правоте; в то же время разговоры о «больном» и «здоровом» часто вызывают реакцию боязливого отторжения.

С одной стороны, людям свойственно издевательски «припечатывать» друг друга словечками, имеющими прямое отношение к психиатрической терминологии; с другой стороны, на самих психиатров люди часто косятся как на «прирожденных неучей», учредивших некое подобие инквизиции. Иногда считается хорошим тоном всячески поносить «психиатрический подход»; но тот, кто таким образом выражает свое презрение к психиатрии, может, того и гляди, употребить термины типа «вырождение» или «сумасшествие» — для этого ему достаточно непосредственно столкнуться с соответствующего рода личностью, душевным или духовным проявлением.

Если мы попробуем собрать воедино многообразные примеры использования слова «болезнь», мы постепенно придем к осознанию

того, до какой степени неопределенными остаются для нас слова «больной» и «здоровый». Всякий, кто прибегает к этим понятиям, рано или поздно сам загоняет себя в угол. В конечном счете, он, как правило, указывает на медицину или на конечную инстанцию, способную дать «болезни вообще» эмпирическое и научное определение (или уже реально предложившую ряд таких определений). Но на деле о таком определении не может быть и речи. Врач никогда не забывает себе голову вопросом о том, что есть здоровье вообще и что есть болезнь как таковая.

Врач, как ученый, имеет дело с многообразными жизненными проявлениями и конкретными заболеваниями. То, какой смысл вкладывается в понятие «болезнь», зависит не столько от суждения врача, сколько от суждения пациента, а также от того, какие представления господствуют в соответствующей культурной среде. Это не слишком заметно в отношении большей части соматических заболеваний, но зато совершенно очевидно применительно к заболеваниям психики. Из двух лиц в сходном психическом состоянии один — как больной — вполне может оказаться в кабинете врача-невропатолога, а другой — как кающийся грешник, мучимый чувством вины, — в исповедальне. Во врачебной среде оживленно дискутировался вопрос о том, как отличать «болезнь» от «здоровья» в связи с так называемыми травматическими неврозами: при каких обстоятельствах лицам, пережившим несчастный случай, следует выплачивать финансовую компенсацию как «больным».

Анализируя множество разнообразных способов употребления слова «болезнь» в поисках «общего знаменателя», мы не найдем устойчивых признаков сходства между различными событиями, относимыми к сфере болезненного.

Все случаи употребления понятия «болезнь» роднит оценочный момент: болезнь — это всегда (хотя и, возможно, в разных смыслах) нечто вредное, нежеланное и неполноценное.

Если мы хотим освободиться от оценочных понятий и суждений, мы должны попытаться определить болезнь эмпирически.

Для этой цели подходит среднестатистическое понимание болезни. При таком подходе «здоровое» — это то, что проявляется в большинстве случаев, то есть среднее; соответственно, «больное» — это то, что встречается редко и отклоняется от среднего на величину, превосходящую некоторый минимум. Но это тоже не решает проблему.

Что касается соматических заболеваний, то ситуация кажется относительно простой. Цель соматической медицины — сохранить жизнь, продлить жизнь, сохранить способность к самовоспроизведению, физическую дееспособность, силу, минимизировать утомляемость и болезненные ощущения, сделать так, чтобы на собственное тело — если не считать приятных ощущений, обусловленных осознанием своего физического бытия в мире, — можно было обращать как можно меньше внимания.

Желанность всего этого настолько универсальна и самоочевидна, что смысл понятия «болезнь» в соматической медицине обретает достаточно высокую степень постоянства. Задача медицинской науки состоит не в том, чтобы разработать ценностные понятия и на этом основании прийти к понятию «болезни вообще», равно как и не в том, чтобы выявить единое средство против всех случаев того или иного заболевания.

Если даже будет выработано универсальное понимание термина «болезнь», врач от этого не станет умнее.

Функция врача все равно будет заключаться в том, чтобы установить, с каким именно состоянием или событием ему приходится иметь дело, от чего оно зависит, в каком направлении ему приходится иметь дело, от чего оно зависит, в каком направлении развивается и как можно на него воздействовать.

Вместо обобщенного понятия болезни — которое есть всего лишь оценочное понятие — врач выдвигает множество понятий, относящихся к разным событиям и формам бытия (таковы, к примеру, понятия травмы, инфекции, опухоли, повышенной или пониженной эндокринной секреции и т. п.)

Но, поскольку в основе самой проблемы лежит оценочное суждение общего характера,

терапевтические усилия врача так или иначе сохраняют с ним связь.

Соответственно, врач прилагает термин «болезнь» ко всем понятиям, которые были созданы в рамках самой медицины и, по существу, не имеют отношения к оценочным суждениям. Преобразуя «болезнь» из ценностного понятия в совокупность конкретных понятий, относящихся к различным эмпирическим событиям, мы стремимся по возможности освободить его от каких бы то ни было оценочных моментов.

На эмпирическом уровне любые понятия, относящиеся к конкретным событиям и к бытию в целом, носят усредненный, среднестатистический характер. Когда мы отождествляем «среднее» (то есть не выходящее за определенные условные границы) со «здоровым», а «отклоняющееся» — с «больным», мы просто наблюдаем бытие.

Мы рассматриваем жизнь либо как *состояние*, либо как *поток* (то есть как совокупность жизненных процессов); соответственно, мы различаем отклонения от среднестатистических состояний (анатомические аномалии типа новообразований, депигментации радужной оболочки и др. и физиологические аномалии типа пентозурии и т. п.) и отклонения от тех среднестатистических величин, которые характеризуют жизнь как *процесс* (к числу отклонений относится процесс развития болезни в собственном смысле).

Освободившись в своих суждениях от оценочного элемента, мы приходим к различению мнения, которое высказывает о своей болезни сам пациент (понятно, что оно носит чисто оценочный характер), и обобщающего вывода врача как суммы суждений об эмпирически наличном — суждений, основанных на том, что есть среднее.

К. Ясперс называет следующие трудности такого подхода:

1. У большинства людей обнаруживаются явления, подобные кариесу зубов — отражающие некую усредненную ситуацию и тем не менее оцениваемые как проявления «нездоровья».

2. Существуют такие отклонения от среднестатистических показателей, как исключительно

высокая длительность жизни, огромная физическая сила и сопротивляемость; никто и никогда не считает их «болезнями». В связи с этим следовало бы ввести наряду с категориями «болезненного» и «нейтрального» также и третью категорию — «сверхздорового».

3. Фактически мы никогда не можем установить, что есть среднее в применении к соматической сфере человека. Установленные среднестатистические показатели в своем подавляющем большинстве касаются простых анатомических измерений. Сущность понятия «среднестатистический показатель» удается прояснить крайне редко.

Общепринятые оценочные понятия здоровья и болезни, из которых исходит эмпирическая медицина, вступают в почти естественный конфликт с задачей выработки эмпирических медицинских понятий о конкретных биологических событиях и формах жизненных проявлений. Этот конфликт обусловлен главным образом тем фундаментально важным обстоятельством, что *человек чувствует себя больным, знает* или хочет знать, чем он болен, принимает определенную *установку* по отношению к своей болезни. Конечно, наличие болезненных ощущений, как правило, согласуется с определенными объективными соматическими данными. Но то, что человек затем принимает *установку* относительно своей болезни, — то есть переходит от восприятия легкого недомогания к суждению типа «я болен», которое отражает либо представление о локальном нарушении внутри здорового, в общем, организма, либо осознание того, что болен организм в целом, — имеет большое значение для истории жизни пациента, но не играет особой роли с точки зрения соматического заболевания как такового.

Конфликт проявляется только в пограничных случаях.

К таковым относятся, во-первых, случаи, когда при наличии объективных соматических данных человек не сознает себя больным или степень осознания им собственной болезни недостаточна (как, например, на ранних стадиях рака желудка, при глиоме сетчатки); поскольку ощущения больного, его общее состояние,

характер его восприятий не предоставляют ему достаточной основы для выработки соответствующей установки, он начинает что-то понимать только благодаря сведениям, полученным от врача.

Во-вторых, к пограничным относятся те случаи, когда человек чувствует себя совершенно больным, но это не подтверждается какими бы то ни было объективными данными: такой человек обращается к специалисту по внутренним болезням, но последний, ничего не обнаружив, объявляет его «нервным» и отправляет к невропатологу или психиатру.

Итак, пограничными можно считать случаи, когда специалист по соматическим болезням выявляет несовпадение между, с одной стороны, характером и степенью выраженности объективных показателей и, с другой стороны, характером и степенью выраженности субъективного ощущения.

В связи с такими случаями возникает задача определения меры субъективного ощущения, основанного на суждении, которое высказывается врачом. Для соматической медицины подобную задачу следует признать в качестве разрешимой. К. Ясперс делает вывод о том, что соматическая медицина в целом мало озабочена выяснением того, что такое «болезнь».

Психиатры начала прошлого века рассматривали здоровье как способность реализовать «естественный врожденный потенциал человеческого призвания» (фон Вайцзеккер). Вообще говоря, было бы неплохо прояснить, что в данном случае имеется в виду. Другие формулировки аналогичного типа: здоровье — это *обретение* человеком своей самости, реализация «Я», полноценная и гармоничная включенность в сообщество людей.

Определение здоровья как отсутствия болезней — негативное определение. Оно не может быть правильным, поскольку такой взгляд на тело напоминает взгляд механика на механический агрегат, в котором можно заменить отдельные части, не нарушая работы всего организма. Мы движемся спонтанно, но это не присуще механизму. Мы обладаем способностью чувствовать. Мы глубоко связаны с другими живыми организмами и природой.

Наша духовность порождается чувством единения с более значимым миром, чем наш собственный. Если это так, мы должны допустить, что здоровье связано с духовностью. Именно отсутствие ощущений своего тела оказывается основой депрессии и шизоидных состояний.

Это происходит в результате понижения жизненной энергии тела, упадка духа или энергетического состояния. В сущности, невозможно отделить психическое здоровье от физического, ибо нет никаких предельных критериев для физической оценки психического здоровья.

Объективно психическое здоровье можно определить по уровню жизненной энергии, который проявляется в быстроте взгляда, цвете и температуре кожи, спонтанности движений.

Особенно важны глаза — окна души. В них мы можем видеть жизнь человеческого духа. В тех случаях, когда дух отсутствует (например, при шизофрении), — глаза пусты. В состоянии депрессии глаза грустные, и часто в них видна глубокая тоска.

У человека, который находится между этими состояниями, глаза бывают матовыми и неподвижными. Это свидетельствует о том, что нарушена функция понимания того, что человек видит. В большинстве случаев глаза становятся матовыми от тяжелых переживаний и травматических ситуаций в детстве.

Медицина западного мира из-за своей механической ориентации не хочет признать духовной силы, которая является принципиальным элементом восточной мысли. На Востоке внимание концентрируется на сохранении здоровья, а не на лечении болезни. Это требует целостного, всестороннего подхода к здоровью, чуждого западной медицине. На всей территории Востока здоровье считается состоянием равновесия, гармонии между индивидуальным и космическим. Этот принцип лежит в основе практики тайцзи-цюань, программы упражнений, которые ориентированы на выработку в человеке чувства единения с космосом посредством медленных движений.

Тот же принцип присутствует в медитации, которая ведет к успокоению сознания для того, чтобы он мог почувствовать внутренний дух и единение с мировым духом. Понятия равновесия

и гармонии также относятся к двум великим силам, которые китайцы называют инь и ян.

Эти две силы, одна из которых символизирует землю, а другая — небо, должны уравновешиваться в человеке, так же как они уравновешены во Вселенной. Болезнь можно рассматривать как отсутствие равновесия между ними.

Западный человек думает о здоровье тела в категориях работоспособности, хорошего состояния, позволяющего ему работать всю жизнь как хорошей машине. Эту позицию можно отметить и в физических упражнениях, которыми занимаются на Западе. Это поднятие тяжестей или тренировка на специальных тренажерах. Восточные упражнения, такие, как йога или тайцзи-цюань, отражают интерес к жизненности тела или его духовности.

Безумие и психопатия — это та действительность, в контексте которой проявляются возможности, скрываемые здоровым человеком от самого себя. Здоровый человек оберегает себя от этих возможностей. Но здоровый человек, держащий границы своей души открытыми, ис-

следует в психопатологических явлениях то, что он сам — потенциально — собой представляет, или то чуждое и далекое, что становится для него существенным как послание из-за этих границ. Страх и благоговение, повсеместно испытываемые по отношению к некоторым формам психических заболеваний, не могут считаться всего лишь исторически преходящими суевериями; они имеют более глубокий и устойчивый смысл.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Ломброзо, Ч. (1995) Гениальность и помешательство. М.: Попурри.

Нордау, М. (1995) Вырождение. М.: Республика.

Розин, В. М. (2000) Здоровье как философская и социально-психологическая проблема // Мир психологии. Научно-методический журнал. № 1.

Франкл, В. (2000) Психотерапия на практике. СПб.

Фромм, Э. (1994) Что такое дзэн? Львов.

Из хроники научной жизни

В декабре 2008 г. завершается работа над российско-украинским научным проектом «Основы гуманитарной экспертизы: методологические и праксеологические аспекты», который в 2006–2008 гг. осуществлялся на базе Института фундаментальных и прикладных исследований Московского гуманитарного университета при поддержке Российского гуманитарного научного фонда (проект №06-03-91312а/У). В проекте участвовала с российской стороны группа ученых из МосГУ, Института философии РАН, вузов Москвы под руководством члена-корреспондента РАН Б. Г. Юдина. С украинской стороны работали ученые Национальной академии наук Украины и ряда киевских вузов под руководством проф. Ю. А. Ищенко. Гуманитарная экспертиза, в понимании участников проекта, представляет собой многоэтапный междисциплинарный комплексный подход к оценке состояния и тенденций изменения человеческого потенциала и практический инструмент принятия рациональных решений по обеспечению безопасности, ликвидации угроз и уменьшения рисков его развитию как условия возможности движения общества на опережение. В ходе исследовательских работ и дискуссий (попеременно — в Москве и Киеве) содружеству российских и украинских ученых удалось проработать ряд теоретических и методологических вопросов и раскрыть гуманитарную экспертизу как не просто «один из» многих, но как ключевой инструмент социальной политики. В свою очередь, и сама социальная политика выступает при таком понимании в качестве той сферы социальной реальности, которая находится (должна находиться) в самом фокусе, а не на периферии, интересов общества и государства. В этом ключе подготовлены к изданию итоговые материалы исследовательского проекта.