

УДК 168 + 003 [616-07 + 159.964.2]
DOI 10.25205/2541-7517-2020-18-4-30-49

Семиотика симптома в медицине и психоанализе

И. С. Кудряшов

*Новосибирский государственный университет
Новосибирск, Россия*

*Новосибирский государственный медицинский университет
Новосибирск, Россия*

Аннотация

Рассматривается вопрос о расширении представлений о симптоме в медицине в связи с целым рядом «вызовов современности» (от проблем чтения симптома до роста случаев психосоматики), которые требуют большей сложности и гибкости тех семиотических моделей, которым традиционно следуют врачи. Подобное расширение можно сделать более органичным с помощью обращения к генеалогически близкому и в то же время довольно оригинальному пониманию симптома в психоанализе. Симптом в обоих случаях – род нарушения «привычного», на который обращают внимание и сам человек, и специалист. Однако в медицине симптом понимают как проблему, вытекающую из вреда здоровью и наличия боли. В психоанализе симптом нужно еще вычленивать из речи субъекта, поэтому линия распознавания проходит не в области болезни и здоровья, а в области морального страдания, в котором акцент приходится на приемлемое / неприемлемое. Есть смысл расширить пространство рассматриваемых в медицинской семиотике искажений и ошибок: помимо сознательного обмана и случайной ошибки по незнанию или из-за неточности стоило бы добавить на основе гипотезы о бессознательном еще два вида – неосознанный обман и систематическая бессознательная ошибка, в том числе характерная для самих врачей в силу контрпереноса.

Ключевые слова

медицинская семиотика, симптом, психоанализ, философия медицины, З. Фрейд

Для цитирования

Кудряшов И. С. Семиотика симптома в медицине и психоанализе // Сибирский философский журнал. 2020. Т. 18, № 4. С. 30–49. DOI 10.25205/2541-7517-2020-18-4-30-49

© И. С. Кудряшов, 2020

Semiotics of Symptom in Medicine and Psychoanalysis

I. S. Kudryashov

Novosibirsk State University

Novosibirsk, Russian Federation

Novosibirsk State Medical University

Novosibirsk, Russian Federation

Abstract

The paper discusses the issue of expanding the concept of a symptom in medicine facing a number of “modern challenges” (from problems of reading symptoms to the growth of cases of psychosomatics), which require a greater complexity and flexibility of those semiotic models traditionally followed by doctors. Such an extension can be made more organic by referring to a genealogically close and at the same time rather original understanding of the symptom in psychoanalysis. The symptoms in both cases are a kind of violation of the «habitual», to which both the person and the doctor pay attention. However, in medicine, the symptom is understood as a problem arising from harm to health and the presence of pain. In psychoanalysis, the symptom must still be isolated from the subject’s speech, therefore the line of recognition runs not in the field of illness and health, but in the field of moral suffering, in which the emphasis is on the acceptable / unacceptable. It makes sense to expand the space of distortions and errors considered in medical semiotics: in addition to deliberate deception and accidental errors due to ignorance or inaccuracy, it would be worth adding, based on the hypothesis of the unconscious, two more types – unconscious deception and systematic unconscious error, including that characteristic of the doctors themselves due to countertransference.

Keywords

medical semiotics, symptom, psychoanalysis, philosophy of medicine, S. Freud

For citation

Kudryashov I. S. Semiotics of Symptom in Medicine and Psychoanalysis. *Siberian Journal of Philosophy*, 2020, vol. 18, no. 4, p. 30–49. (in Russ.) DOI 10.25205/2541-7517-2020-18-4-30-49

Боль – проблематичный знак, к денотату которого нет прямого доступа. На первый взгляд боль, как и другие симптомы, дана феноменологически ясно, и проблема лишь в том, чтобы точно передать ее врачу посредством слов, жестов, мимики. На деле возникающие на практике проблемы диагностики сложны и разнообразны, и часто они связаны с неудачной теоретической рамкой, в которой мыслится симптом. Боль как базовый симптом – вовсе не элементарный феномен. Это не просто сигнал, привлекающий внимание, это сложная системная реакция, – множество сигналов, которые задают программу конкретных изменений для организма. Болевые ощущения влияют на активизацию процессов, усиливающих кислородное обеспечение тканей, на вегетативные и сознательные реакции, на гормональный фон, на иммунитет и т. д. Появление боли – одновременно и симптом определенного изменения, и множество вторичных симптоматических изменений, способных скрыть общую картину. В XVII–XVIII вв. в ме-

дицине была предложена конвенция: «симптомами следует называть субъективные впечатления пациента, звучащие в жалобе, а показатели, выявленные врачом, станут признаками» [Пономаренко, Герасименко, 2016. С. 114]. Данный подход не прижился, потому что строился на нереализуемом идеале полной объективности, способной очистить бытовую речь до «правильной» научно-медицинской. В сущности и пациент, и врач находятся в двоякой обусловленности опыта: и субъективно-психологической, и культурно-языковой. Пациент может довольно субъективно переживать разные виды боли, равно как и врач не может полностью устранить свою субъективность при наблюдении проявлений пациента. На способ выражения / чтения и мышления боли или любых других симптоматических изменений влияют культурный опыт, актуальный вокабуляр, образование (особенно у врача). Получается, что врач и пациент общими усилиями, а чаще мешая друг другу, пытаются продвинуться в выявлении подлинного события тела, к которому имеют всегда уже опосредованный доступ¹.

В истории медицины XX в. происходит определенное «удвоение»: концепт симптома будет не только обсуждаться в медицине, но и иметь непосредственное отношение к зарождению психоанализа, который впоследствии разовьется в самостоятельную область знаний. Именно термин «симптом» позволит Зигмунду Фрейду сформировать оригинальную концепцию знаков и сообщений в бессознательном. При этом понятийные содержания медицинского симптома и психоаналитического разойдутся очень существенно всего за полвека. Проследить разницу между этими двумя моделями симптома – задача, имеющая не только историко-аналитическое значение.

Обращение к альтернативным подходам способно направить поиски современной медицинской семиотики, которая находится в кризисе и часто неспособна ответить на вызовы современности. К таковым стоит отнести рост психологических и психосоматических проблем у населения, которые нередко играют большую роль в излечении и от соматических недугов. Пока лишь отметим, что определенная связь между способами мышления / говорения и такими симптомами, вполне вероятно, существует. Также есть сложности и с внедрением новых технологий, главным образом самообучающихся алгоритмов, – как для диагно-

¹ Эта ситуация объясняет целый ряд моментов. Например, умолчание симптомов, когда человек не смог подобрать нужное слово или его культурно-психологический опыт сопротивляется распознаванию или проговариванию признаков перед врачом. Зная о неточности слов, опытные врачи часто просят не только говорить, но и показывать рукой; это позволяет избежать путаницы левого и правого, а также дает дополнительную информацию. Иногда тело интуитивно более точно в сообщениях: в характере жеста можно распознать локализацию, глубину, характер боли и другие ценные сведения.

стики, так и для сбора, анализа больших данных. Их использование обостряет проблему чтения и интерпретации: алгоритмы способны эффективно диагностировать некоторые виды раковых заболеваний, но не способны объяснять, почему программа здесь «видит» рак, а здесь нет. Медицина – область принятия значимых решений, а значит, и ответственности. Кто и как будет читать такие случаи? Вызывает беспокойство сам сбор и упорядочение медицинских данных. Большие данные могут решить ряд проблем, например отыскивать неочевидные корреляции, которые пропускает человеческий ум. Но базы данных строятся на отборе и классификации данных, и отсюда вопрос: кто и на каком языке будет их определять? Латыни, позволявшей унифицировано обозначать человеческое тело и основные его процессы, уже явно не достаточно. Английский, по умолчанию использующийся в большинстве программ, вызывает много вопросов, например, широтой понятий или синонимией, весьма не удобной для всех, кто не является носителем языка. Даже в рамках одного языка среди разных медицинских специальностей могут складываться различные практики использования терминов. В исследовании А. Мол были обнаружены ощутимые разночтения в понимании и обращении с «атеросклерозом» между работниками разных отделов одной больницы (см.: [Мол, 2017]).

Следует учесть и сами ограничения нынешней модели знака (естественный знак), которая используется при обучении и формировании диагностического мышления врача². С развитием клиент-центрированной и партнерской моделей коммуникации в современной медицине речь пациента становится более важной в процессе лечения, что в той или иной степени заставит врачей обратить внимание на семиологическую модель (конвенциональный знак) или искать другие. На наш взгляд, специалистам, чья работа включает общение с людьми, будет полезен взгляд со стороны психоанализа и его концепции бессознательного. Многие теоретические построения медицинского знания (включая медицинскую семиотику, эррологию и врачебную этику) строятся на наивных по современным меркам допущениях о сугубо рациональном субъекте с прозрачным для себя самосознанием и безусловно склонным к автономии мысли и поступка. Наш тезис заключается в том, что современная медицина нуждается в пересмотре используемых семиотических моделей, особенно описывающих симптомы. Чтобы произвести расширение такой модели, полезно обратиться к чему-то «генетически» близкому, а именно к модели симптома в современном психоанализе. В конечном счете психоанализ отделился от медицины совсем недавно, но при этом смог

² О недостатках этой модели мы писали в статье о проблемах чтения гистологических препаратов (см.: [Надеев и др., 2018]).

построить свою концептуальную рамку, позволяющую включить в область теории индивидуальные особенности говорящего существа.

Важно отметить, что речь не идет об отмене или замене одной модели другой, даже к предложениям о конвергенции стоит отнестись с осторожностью. На наш взгляд, прежде всего нужно решить две другие задачи. Во-первых, взглянуть на сложившуюся разницу в семиотике (особенно прагматике) использования термина «симптом» в медицине и психоанализе, дабы увидеть другие аспекты взаимодействия врача и пациента. Во-вторых, постепенно расширять осведомленность самих врачей: менять нужно не только теорию, но и практику – как лечения, так и постановки вопросов. Знакомство с психоаналитической перспективой – лишь начало проблематизации, которая должна происходить изнутри медицинского сообщества (навязывание каких-то решений и схем извне чревато как сопротивлением, так и ошибками). Поэтому ниже мы отдельно кратко коснемся истории формирования понимания симптома в медицине и психоанализе. Сравнивая эти версии, мы хотим показать, что знаковая составляющая симптома намного шире, чем представляется в естественнонаучной парадигме Нового времени. Плюс к этому выделение сходств и расхождений – ценный материал для рефлексии самим медицинским сообществом тех идей, которые способны направить и оптимизировать современные практики лечения и коммуникации.

Семиотика симптома в медицине

Существует смелое предположение, что как таковая семиотическая теория «впервые возникает внутри медицинского знания» [Sebeok, 2001. Р. 4], и «лишь намного позднее наука о знаках стала ассоциироваться с естественным языком» [Найман, 2014. С. 473]. Античные врачи достаточно четко поставили вопрос о том, какие признаки, которые можно наблюдать и о которых может сообщать человек, важны для верного диагноза. Парадигмой медицинского симптома была и остается боль. Древние греки называли боль «сторожевым псом здоровья» не только потому, что она сообщает о проблеме, но и потому, что она может навести на причину. Будучи естественной реакцией, боль обозначает изменение, отходящее от нормы, а также указывает на нечто предшествующее и топологически близкое причине или месту воздействия. Боль и дискомфорт – аффективно-выделенные сигналы от тела, и это опыт, известный всем, поэтому он важен для интерпретации всех аспектов взаимодействия человека и врача. Образцом симптома сложно было бы избрать травму, проявления инфекционного или хронического заболевания, – все они уже испытали влияние опыта боли, не только чувственного опыта, но и опыта вербально-семиотического. Боль указывает, поэтому на ее основе формируется представление о симптоме как знаке, т. е. пред-

ставителе чего-то другого. Впоследствии добавятся неболевые, но нетипичные изменения, а «косская и книдская (к ней принадлежит и Гиппократ) медицинские школы расширят область симптомов включением еще целого ряда признаков, которые касаются особенностей случая (контекст, возраст, пол, образ жизни и др.)» [Adams, 1891. P. 15].

Следует отметить, что античная медицина – это «медицина качества», т. е. система, в которой диагностика опирается на опыт и способность врача к интерпретации наблюдаемого. Смысловой основой врачебного мышления выступала гуморальная теория, и она строилась на проницательности лечащего, посредством аналогий качеств связывавшего феномены с базовыми гуморами. В такой парадигме субъективным словесным отчетам пациентов уделялось больше внимания, чем в научно-ориентированной «медицине количества» (опирающейся на измеримые показатели и нормы). «Медицина качества, – отмечает А. В. Ярославцева, – *предполагает работу с человеком и его миром*» [2012. С. 204], что ведет к поиску гармонии человека с его телом, немыслимому без изменения взгляда и речи.

Современная медицина может быть обозначена как работа и с болезнями, и с их недопущением. Однако такой подход делает размытыми представления о здоровье (негативное определение здоровья через отсутствие болезни) и представляет психику субъекта по большей части как искажающий информацию фактор. С появлением современной версии медицинского знания, опирающегося на естествознание, вопросы интерпретации телесных знаков ушли на второй план. Медицинская семиотика была формализована и стандартизована, но и в значительной степени упрощена. Можно обратить внимание (как это делают, например, Томас Себеок и Мишель Фуко) на то, что в своем развитии семиотическая теория не только не обращается к медицинскому знанию, но и склонна игнорировать сложность ее симптоматологии, что мы показали выше в рассуждении о боли. Как отмечает Е. А. Найман, «взгляд на симптом только через координацию телесных проявлений с порядком медицинских понятий явно проблематичен как в отношении животной коммуникации, так и на фоне семиотических аномалий (таких как “фантомные боли”, “истерическая боль” – в первом случае нет самого объекта, во втором тело регистрируется как здоровое)» [Найман, 2014. С. 477–478].

Упрощающие подходы к медицинской семиотике привели к тому, что симптом стал трактоваться как пример индексального знака (по Ч. Пирсу), а сформулированная Г. Фреге концепция знака выявила специфическую проблему с самим врачебным мышлением. Симптом часто оказывается редуцированной («вырожденной» или «сокращенной», в терминологии Л. Н. Александрова и со-

авторов, см.: [Александров и др., 1995]) семиотической системой, так как ее пользователи не различают денотат и концепт, пользуясь наивной моделью «вещь – имя», из которой исключен сигнификат (интерпретационный коррелят симптома).

Сформулируем общие представления о том, как понимается симптом в современной медицине. Представления о нем хорошо формализованы и систематизированы главным образом для нужд медицинской практики и обучения. Медицинская семиотика считается подразделом диагностики и делится на общую и частную семиотику, изучающие характеристики больного и признаки конкретных заболеваний (а также их сочетания). Ракурс через призму диагностики дает значительный акцент на распознавании симптома, его сравнении с номенклатурой болезней и ограничительной прогностике. Симптом выступает главным элементом динамики процесса, которая ведет к подтверждению, уточнению или опровержению первичного диагноза. Сам симптом определяют как признак или проявление. Например, «признак болезни, обнаруживаемый с помощью клинических методов исследования и используемый для диагностики и (или) прогноза заболевания» [Соколов, Полосова, 1995. С. 389]. Это согласуется и с этимологией: греч. *symptōma* происходит от глагола «совпадать», а само слово в древнегреческом имело значение несчастного случая, а также просто случайности и путешествия.

Подобная эссенциальная логика, в которой симптому оставлено место явления, скрывающего сущность (патологический процесс конкретной болезни), мешает увидеть в нем полноценный знак. Симптом оказывается лишен самостоятельной значимости, а значение имеет его «этиологический номинал» – причина, на которую он должен указывать. А ведь по сути врач должен научиться не только называть вещи научными терминами и сопоставлять с заученными наборами, но и интерпретировать их смысловую составляющую. По этой причине авторы, разрабатывающие концепцию врачебного мышления, отмечают опасность редукции симптома до связки «денотат – слово» (см.: [Александров и др., 1995]). Стоит различать симптом в буквальном смысле слова (как денотат – например, покраснение кожи) и симптом как знаковую систему (покраснение кожи – «эритема» – представление о том, что вызывает разные виды эритем, которое и позволяет продвинуться от констатации к предположениям и диагностическому поиску). Если референт и номинат (явление и слово) относятся к воспринимаемым объектам, то сигнификат (концепт) только мыслим. Удерживание концепта в уме – важное условие, позволяющее не только направлять поиск (задавать уточняющие вопросы, назначать анализы), но и учитывать синонимичность в словах-обозначениях (и медицинских, и сообщаемых пациентом).

Проблема синонимии в медицине до сих пор остается столь же актуальной, сколь и мало разработанной, в том числе из-за устаревших нормативных принципов в отношении языка. Как отмечает Е. А. Федина, целый ряд требований к терминологии (например, принципы Лотте – однозначность, краткость, эмоциональная нейтральность, независимость от контекста и отсутствие синонимов) строился на игнорировании закономерностей, присущих языку медицины в той же степени, что и литературному или бытовому. Поэтому «стремление (...) увеличить степень однозначности (термина) оказывается принципиально недостижимым, ибо особенности языка, для которого характерны не однозначность, а многозначность, оказывают существенное влияние на любую терминосистему» [Федина, 2010. С. 189]. Знание синонимов и аналогий способно не только запутывать (в коммуникации и документации), но и расширять возможности понимания других. «Симптом», как и любое слово языка, содержит в себе принципиальную двойственность: он обозначает индивида (конкретный признак конкретного тела), но при этом вписывает его в класс предметов (о которых говорит нозология), для чего используются отнюдь не только строгие дефиниции, но и метафоры (в том числе «концептуальные метафоры»). Важно отметить, что в медицинской диагностике есть свой «золотой стандарт» – морфологический анализ, который строится на жесткой причинно-следственной модели. Согласно такой модели, в природе действуют только «действующие причины» (по Аристотелю): они порождают однозначные и закономерные следствия, проявляются в материи и не имеют исключений. Но всегда ли нарушение функции тела дает морфологический эквивалент? И всегда ли он однозначен? В конце концов симптомы разделяются на специфические (присущие только одному заболеванию) и неспецифические – и последних больше. Все-таки организм – это единая и гибкая система. Более того, логика сравнения наличной феноменологии симптомов с «книжными» описаниями типичного (нормального) протекания болезни регулярно натывается на проблемы в практике. Лечение людей – это опыт, а он – «школа исключений, а не правил», поэтому в медицине до сих пор ощутимы не только значимость научных знаний, но и элементы опыта и практики, выходящие за рамки строгой науки (например, профессиональная интуиция).

Количественная парадигма в медицине привела к большим успехам в области хирургии и борьбы с инфекциями, но при изучении сложных систем (например, эндокринология) важно совмещать знания о нормах с представлением о качественных (эмерджентных) системных эффектах. Симптом как таковой является сложным объектом для медицинской гносеологии. Существует тенденция к пониманию симптома как простой данности, в то время как его достоверность относится не к симптому, а к методу исследования. Проблема, однако, в том, что

некоторые симптомы известны только благодаря субъективным отчетам пациентов, другие же симптомы изменчивы и сложны для фиксации с помощью измеряющих устройств³.

Резюмируем суть медицинского понимания симптома. Симптом в медицине понимается как феноменология болезни, проявление объективно действующих закономерностей организма, реагирующего на причину болезни. Симптом нужно распознать и зафиксировать, чтобы затем подвергнуть совокупность симптомов объяснению. Таким объяснением всегда выступает этиологическая причина, входящая в формулировку болезни. Знаковая природа симптома понимается как индекс: симптом не может лгать и не может не сообщать о причине, так как выступает ее прямым следствием. Учитывая разный характер встречаемости и протекания болезней, симптомы рассматриваются вместе с целой серией других признаков, уточняющих контекст ситуации. Сам симптом фиксируется преимущественно через боль или нетипичное изменение в теле, часто ведущее к дисфункции органа. Симптом является носителем информации для диагноста, а на уровне терапии рассматривается как элемент проблемы, которую врач призван устранить. При этом терапия понимается как возврат к прежнему состоянию, а знание этиологии и патогенеза указывает на путь, по которому организм ушел от нормы. Симптом в данном случае подобен дорожным отметкам, что потенциально может означать не только индексальные знаки. При чем возвращение к норме в лечении может происходить не только тем же путем. Парадигмой обращения с симптомом в медицине, таким образом, можно назвать не одну, а две модели. С одной стороны, это поиск «улик» в диагностике, где симптом и есть род улики, наряду со словесными показаниями и объективными показателями. А с другой стороны, это все-таки редуцированная коммуникация в терапии, где симптом – указатель на реакцию организма, элемент обратной связи.

Семиотика симптома в психоанализе

Выделяясь в самостоятельный раздел медицины, психиатрия была вынуждена отступить от трактовки симптома только как следствия неврологического повреждения. Эндогенные психические факторы с трудом вписывались в медикалистские модели первых психиатров (Ф. Пинель, Ж.-Э. Д. Эскироль, Ж.-М. Шарко),

³ Это же усложняет понимание симптома просто как носителя информации. «Информация» – крайне абстрактное понятие, требующее поясняющей теории, а симптом еще и зависит от научных конвенций (именования и границы симптомов исторически изменчивы). По этой причине, на наш взгляд, в информационном плане важно осознавать три различные характеристики симптомов: диагностическую (указание – «что это?»), прогностическую (уточнение области – «что будет?») и терапевтическую (ограничение решений – «что делать?»).

однако опыт требовал их рассмотрения. Особую проблему представляла истерия, чьи симптомы не поддавались объяснению, поэтому ее трактовали как идиопатическую, или криптогенную, т. е. с неизвестной этиологией. В определенном смысле модель психической болезни, построенная в психоанализе (ярким ее представителем был Эмиль Крепелин), была призвана уйти от органицистских систем, которые фактически подрывали веру в возможность лечения, – средств воздействия на мозг в ту пору было очень мало, психиатру оставалось купировать симптомы и ждать самоизлечения.

Отдельного замечания требует особенность медицинской школы, которую прошел З. Фрейд⁴. Авторитетные врачи Вены проповедовали «венский терапевтический нигилизм» (по выражению А. В. Перцева), который «трактовал врача как наблюдателя – ученого, а природу – как полновластного хозяина жизни и здоровья каждого из людей, которого она сама обрекает на болезнь или выздоровление» [Перцев, 2020. С. 15]. В этой медицинской школе существовал «культ диагноза», который требовал строго научного, наблюдающего подхода к симптому. Это порождало своеобразное противоречие: чтобы не ошибиться в диагнозе, предпочтительно наблюдать, а не вмешиваться (дабы не «смазать» симптоматику). К европейским врачам, которые в ту пору спешили назначить целую серию процедур (очищение желудка, кровопускание и др.) при первых же симптомах недомогания, венцы относились с пренебрежением, считая их лекарями, а не учеными. Вероятно, З. Фрейд усвоил подобное «уважение к симптому» и «невмешательство», которое оригинальным образом перенес в психотерапию.

Хорошо заметно, что в допсихоаналитический период (в «Исследованиях истерии» в соавторстве с Йозефом Брейером, 1895 г.) З. Фрейд использует слово «симптом» как кальку из медицины, обозначая им любые проявления психической болезни, но временами отступает от этого. В «Предупреждении» авторы отмечают, что ключевую роль в диагностике играет выяснение обстоятельств самого первого появления симптома. Симптом сообщает о произошедшем в прошлом, а не указывает на актуальную действующую причину. Они констатируют несоответствие между «многолетним истерическим симптомом и эпизодом, давшим повод к его появлению» [Брейер, Фрейд, 2020. С. 20], а также связь ситуаций, запускающих симптомы, с событиями детства. Главным же открытием, повлекшим рождение психоаналитического метода, стал тот факт, что телесные симптомы способны исчезать при работе со словом и памятью («отдельные истерические симптомы исчезали раз и навсегда, когда удавалось со всей ясно-

⁴ Известно, что «по первому образованию» З. Фрейд был врачом, специализировался в неврологии, затем перешел в психиатрию.

стью воскресить в памяти побудительное событие, вызывая тем самым и сопровождавший его аффект, и когда пациент по мере возможности подробно описывал это событие и выражал аффект словами» [Брейер, Фрейд, 2020. С. 20]). Затем З. Фрейд откажется от катартического метода, построенного на отреагировании первого воспоминания, и сосредоточится на исследовании смысла, стоящего за симптомами. Этот метод окажется весьма эффективным в работе с истерией: конверсионные симптомы порой пропадали после первой же удачной интерпретации.

Однако уже в первое десятилетие психоанализа (работы 1900–1910-х гг.) З. Фрейд вынужден пересмотреть свой взгляд на сентенцию *cessante causa cessat effectus* (лат. «с устранением причины прекращается действие»), поскольку обнаруживает, что отнюдь не всё можно вернуть из бессознательного в актуальную память, и существуют невротические симптомы, которые не уходят после их интерпретации. Он отмечает проблематичную связь симптомов с исторической нормой, особенно в области сексуальности, – симптомы часто отклоняются от физиологически нормального, но не являются «болезненными», и наоборот, социальное порицание и стыд заставляют страдать по поводу тех вещей, которые представляются врачу более здоровыми (чем, например, воздержание). Также он вводит понятие фиксации, развивая свое прежнее наблюдение о том, что симптом работает как сообщение, а не как бессубъектное следствие объективной причины. Наконец, он проводит далеко идущую параллель между неудовлетворенностью и тем парадоксальным (бессознательным и часто нежелательным для сознания) удовлетворением, которое приносит симптом – на практике многие анализанты вовсе не стремятся избавляться от своих симптомов, несмотря на постоянные жалобы.

Так симптом из оценочного описания (с точки зрения некой нормы) проявлений невроза превращается в повод для речи и анализа стоящих за ними (речью и симптомом) причин. Его уже нельзя описать как индексальный знак, пространственная и временная смежность в нем оказываются не очевидны, а причинность не одномерна (скорее есть сеть причин и взаимная каузация). В нем явно звучит логика означающих, так как слово, мысль или представление являются тем, что вытеснено, и тем, что запускает работу травмы. Разные по характеру содержания (ранние детские, пубертатные, взрослые) сосуществуют в бессознательном, а не находятся в какой-то иерархии. В 1905 г. З. Фрейд напишет: «...симптомы являются заменой – как бы транскрипцией ряда аффективных душевных процессов, желаний, стремлений, которым благодаря особому психическому процессу (вытеснение) прегражден доступ к изживанию путем сознательной психической деятельности» [Фрейд, 2017. С. 331]. К этому стоит добавить,

что развитие концепции переноса шло в схожем русле: З. Фрейд и его ученики отмечали, что в переносе симптомы могут исчезать на время (буквально, пытаясь обмануть аналитика) или внезапно меняться, усиливаться и т. п., словно ими управляет не психический автоматизм, а некий субъект.

Теорию симптома в психоанализе разовьет и дополнит Жак Лакан, который усилит значение логики означающего в понимании работы психических структур. Уже в первом семинаре Ж. Лакан скажет: «Первые открытия Фрейда опирают аналитический опыт на треножник сновидения, ляпсуса и остроумия. Четвертым элементом является симптом, который может служить не словом, *verbum*, поскольку состоит он не из фонем, а знаком, *signum*, на основе организма – если вспомнить сферы, различаемые Августином» [Лакан, 1998. С. 366]. В пятом семинаре симптом размещен в графе «желания» на уровне значений: «Симптом – это значение, это означаемое. И означаемое это не касается субъекта лишь непосредственно – оно заключает в себе в скрытом, свернутом виде весь его анализ, всю его историю. Вот почему мы с полным правом можем обозначить его здесь, слева, символом $s(A)$, означаемым Другого, пришедшим сюда из места речи» [Лакан, 2018. С 538–539].

В наши дни «симптом» у психоаналитиков – крайне теоретически нагруженное понятие, которое невозможно адекватно понять через аналогии с симптомом в медицине. Как отмечает Жак-Ален Миллер, подавляющая часть клинической практики психоанализа – это работа с измерениями симптома и фантазма. Симптом – не частный знак, а форма проявления психических структур: «...что касается феномена симптома, мы склонны относить его к уровню феноменологии аналитического опыта, к тому, что мы можем увидеть, услышать, общаясь с пациентом», и далее «о своем симптоме он говорит много... о симптоме он говорит, жалуясь, и именно симптом заставляет его идти к аналитику» [Миллер, 2017. С. 14].

В современном использовании «симптома» в лакановской клинике, следует отметить еще несколько моментов. Симптомы похожи на символические знаки, но лишенные интерсубъективной конвенции. Их истоком является биография субъекта и его изобретение смысла. Во втором издании «Толкования сновидений» З. Фрейд под воздействием идей В. Штекеля и К.-Г. Юнга добавил таблицу символов, но вскоре отказался от нее. В отличие от логики архетипов (символы с фиксированным значением, независимым от личности) фрейдовский подход к значению остался верен индивидуальному – понять, что именно значит, т. е. с какими другими означающими связано то или иное слово, можно только внимательно слушая речь. Ж. Лакан будет придерживаться этого подхода: за страданием аналитик должен увидеть саму «грамматику симптома» – какую роль в нем

играет субъект и с какими означающими он в нем связан. Симптом нельзя рассматривать изолированно, как просто следствие чего-то еще. Мысли, речь (в том числе речь других) могут быть поводами для определенных явлений (самосбывающиеся пророчества), поэтому и симптом является скорее речью, чем отдельным знаком / словом. Симптоматические проявления могут обладать несколькими значениями, но даже после их обнаружения в симптоме может оставаться нечто упорно повторяющееся, существующее по ту сторону смысла. Начиная с З. Фрейда, симптом – не указатель на непознанную причину, а сообщение о чем-то, что не может быть проигнорировано психикой человека. Он автоматичен, но по сути является конструкцией поверх бессознательной причины. При этом симптом двойственен: в нем есть означающее и прищипленное к нему наслаждение («замещающее удовлетворение», по З. Фрейду).

Симптом индивидуален не в силу конституции организма, а из-за личности субъекта, в нем буквально можно увидеть печать авторства или стиль. Схожие причины дают разные симптомы, а схожие симптомы – указание на схожую структуру, а не причинность. Такое понимание структуры в психоанализе больше похоже на работу материальной причины, а не действующей. Сержио Бенвенуто отмечает, что скандальность фрейдовского психоанализа в том, что он вернул в игру измерение материальных и формальных причин после того, как естественные науки сделали своей опорой исключительно действующие, а социогуманитарные дисциплины – целевые причины. Поскольку бессознательное наделено чертами моральной инстанции, но в то же время описывается как пространство автоматизмов и влечений, то оно «выглядит частью фюсиса, но вместе с тем берет многое от номоса и голоса, этических правил. Вот почему фрейдовские толкования, по сути, занимают срединное положение между знаками и вещами, между «причинными объяснениями» и «интерпретирующим пониманием», между «мышлением» и «миром» [Бенвенуто, 2006. С. 29]. Поэтому наряду с моделью расшифровки сообщения можно выделить и вторую, дополнительную, модель: модель диалога, в которой симптом сперва получает место и признание, а затем становится частью и даже результатом работы (аналитик дает интерпретации не только ради смысла, но ради эффектов, в том числе для появления других симптомов, более удовлетворительных для анализанта).

Симптоматическим оказывается все то, что в речи анализанта отмечено тоном жалобы. Уже в этой речи опытный аналитик способен услышать намеки на структуру невроза: истерик сам выступает репрезентацией своего симптома (он говорит или делает что-то внутри симптома, переживает его телом), в то время как обсессивный невротик отделяет себя от симптома (в его речи симптом маркирован как чужое, отделенное от его личности). И, как отмечает Ж.-А. Миллер,

подобную речь легко спровоцировать: «...о своих затруднениях он (невротик) говорит без затруднений» [Миллер, 2017. С. 15], в том числе потому, что в начале анализа субъект не признает свое участие в работе симптома. Пока отрицание в силе, человеку достаточно оправдания на уровне воображаемого, дескать, это просто проблема / болезнь, которую нужно устранить (и нет ничего постыдного в том, чтобы болеть). Однако симптомы наряду с неудовольствием включают в себя вторичную психологическую выгоду плюс к этому служат неким защитным экраном, участвующим в сопротивлении (когда аналитик обращается к чему-то еще в жизни анализанта, тот может протестовать или считать это бессмысленным, ведь беспокоит его только симптом). Бессознательное скрывает уровень фантазма, без анализа которого симптомы нельзя всерьез изменить. Эти два уровня стоит держать в уме, чтобы понять суть прагматики психоаналитического использования «симптома». Симптомы – то, что интерпретирует психоаналитик, но его работа отличается от деятельности герменевта. В этом плане техника психоаналитической работы серьезно усложнилась со времен З. Фрейда. Во-первых, задача психоаналитика не дать объяснение, а подчеркнуть двусмысленность, вернув прозвучавшее сознанию клиента. Слишком скорое понимание – это заполнение слов анализанта воображаемым аналитика, что к продвижению в анализе не ведет. В отличие от герменевтики основным интерпретатором в анализе является не аналитик / толкователь, а само бессознательное анализанта. Во-вторых, ход анализа состоит не в выявлении симптомов и структуры; симптомы анализируются на предмет регулярных означающих и отношений, которые находятся по ту сторону здравого смысла. Фантазм крайне сложно субъективировать, его можно только реконструировать на основе тех выпавших означающих, которые подчиняются какой-то нечеловеческой логике. Иными словами, симптом – это конструкция, представляющая собой интерпретацию бессознательного, сделанную на основе устойчивых структур (фантазм и травма). Он создан как интерпретация и как нечто интерпретабельное (подобно сну или парaprаксису) другими. Он имеет смысл, хотя и весьма странный: вы так получаете наслаждение, которое вторым тактом называете плохим. Поэтому интервенция аналитика (слово) способна менять симптом. Фантазм же не имеет смысла, он его эмулирует, запуская наши желания и ожидания, часто не адекватные реалиям. Поэтому у психоанализа два измерения: терапия (нечто меняется в симптомах, но только сам субъект решает, устраивает ли его это) и собственно анализ (быть проанализированным – значит, изменить отношение субъекта к фантазму).

В наши дни психоаналитики были вынуждены подчеркнуть разницу между невротическим симптомом и психосоматическим. Конверсионный (невротиче-

ский) симптом чувствителен к словам: будучи в переносе человек может внезапно избавиться от симптома или обнаружить его изменение после даже небольшой реплики (интервенции) психоаналитика. Такие симптомы «говорящие» – рассказ о них уже включает в себя цепочки означающих, подсказывающие, с чем он связан и как на него можно повлиять. Современные психосоматические симптомы аналитики сравнивают с иероглифами – они вроде бы похожи на сообщение, но как будто на языке, на котором не говорят ни сам пациент, ни аналитик. Они устойчивы к словесным интервенциям и зачастую не провоцируют речь у анализанта. Всё, что он может сказать, – что у него есть боль / болезнь, а врачи не могут выяснить, отчего. Работа с такой психосоматикой весьма сложна в том числе потому, что ей сопутствует общая бедность психопродукции, речи и словаря человека. Однако длительная работа при наличии переноса все-таки позволяет расшифровать и такие симптомы, а затем и ослабить их или заменить неким новым изобретением (новый симптом, более удобный субъекту).

Резюмируем психоаналитическое понимание симптома. Симптом в психоанализе понимается как феноменология, но не болезни, а всей психической структуры клиента. Измерение симптома широко и распространяется не только на телесные феномены, но и на типичные схемы мысли, привычки в поведении и реагировании, характерные (часто автоматичные) фигуры речи. Симптом сохраняет свое значение указателя, но на нечто структурное (невроз, психоз, перверсия, а также их индивидуальные особенности), однако мыслится как особый род (бессознательно) мотивированного повторения. Повтор сообщения становится парадигмой в психоанализе. Ж.-А. Миллер буквально сравнивает встречу с бессознательным со способностью услышать как «проигрывается диск». Страдание отделено от симптома, оно не обязательно, и за него отвечают иные причины, чем за появление симптома. Прагматика психоаналитического «симптома» ориентирована на то, чтобы увидеть в нем сообщение, а также его автора (субъекта бессознательного желания). В качестве модели работы с симптомом логика поиска улик уступает логике интерпретации и дешифровки. Интерпретация должна дать эффекты, причем это не всегда излечение, иногда – осознание цены и смысла симптома. В силу этого огромную роль играет этика психоанализа, она предписывает нейтральное отношение к симптому (не как к проблеме, которую нужно отделить и устранить): симптом – это уже проведенная субъектом работа по самоизлечению или защите от определенных проблем. Принятие этой работы без осуждения или одобрения оказывается важной частью в установлении переноса, который и делает интервенции аналитика (в том числе в форме интерпретаций) действенными для бессознательного анализанта.

В заключение еще раз подчеркнем разницу между пониманием симптома в медицине и в психоанализе. Симптом в обоих случаях – род нарушения «привычного», на который обращают внимание и сам человек, и специалист. Однако в медицине симптом понимают как проблему, вытекающую из вреда здоровью и наличия боли (а также «важного» и «неважного» для организма). В психоанализе симптом нужно еще вычленировать из речи субъекта, поэтому линия распознавания проходит не в области болезни и здоровья, а в области морального страдания, в котором акцент приходится на приемлемое / неприемлемое (а также «осознаваемое» / «вытесняемое»). Оба подхода к симптому прагматически ориентированы и на индивидуальное, и на общее: симптом – это всегда конкретный случай, который можно возвести до статуса закономерности или структуры. В медицине такой ход делают через вписывание частного в классификацию, указывающую на унифицированные причины. Психоанализ стремится к сохранению особенности каждого случая, но в его теории и клинике уникальный смысл (симптома) вписывается с механизмы типичные – например, для людей с определенной психической структурой (невроз, психоз, перверсия). Чтение симптома у З. Фрейда оказывается где-то между единичным смыслом и определенными автоматизмами, подобно тому, как успешный фильм и задевает очень личные переживания, и одновременно оказывается чем-то ценным для многих.

Медицинское толкование симптома стремится к редукции и изолированности элементов, оставляя на периферии всё, что касается языка. Психоаналитический симптом не отрицает нейрофизиологические механизмы боли и дискомфорта, но обращается к субъективной перспективе. Как отмечает Ж. Лакан, психоаналитиков не интересует этиология (генетика, органическая поломка или функциональный сбой), их интересует то, как психика с этим сбоем обращается (см. [Лакан, 2014]). В этом смысле симптом – это не индекс, а изначально интерпретабельное состояние психики. Сегодня некоторый элемент интерпретации исследуется и на уровне нейронаук: «...механизмы распознавания болевого сигнала и нейропластичный ум не занимаются простой и однозначной обработкой данных, они “судят”, исходя из контекста... Яркий пример: расширение “зоны восприимчивости”, при котором болевые сигналы переносятся на другие части карты тела, что вызывает иррадирующую интенсивную боль в частях тела, удаленных от изначального повреждения» [Дойдж, 2017. С. 33, 40]. Конечно, врач должен держаться за объективные данные столь же крепко, сколь психоаналитик опирается на речь и ее эффекты. Однако вызовы современности (от проблем чтения до роста случаев психосоматики) требуют большей сложности и гибкости тех семиотических моделей, которых придерживаются врачи. Люди – это существа с историей, живущие в языке и обществе (в том числе зависящие от медиа,

доминирующих в этом обществе), потому можно утверждать, что любая человеческая знаковая деятельность сложна и изменчива, даже та, в которой мы видим лишь автоматизмы. По этой причине медицинская семиотика могла бы взять многое у современных теорий (например, медиалогии следа) и когда-то отделившихся от нее областей (психоанализ). Есть смысл расширить пространство рассматриваемых в медицинской семиотике искажений и ошибок: помимо сознательного обмана и случайной ошибки по незнанию или из-за неточности стоило бы добавить на основе гипотезы о бессознательном еще два вида – неосознанный обман и систематическая бессознательная ошибка, в том числе характерная для самих врачей в силу контрпереноса (см.: [Кудряшов, 2016]). В конечном счете любые данные тестов, диагностических алгоритмов и слова жалоб слушает и интерпретирует субъект – специалист, опирающийся не только на нормы, но и на опыт, в том числе речевой и бессознательный.

Список литературы / References

- Александров Л. Н., Козаченко В. Н., Петленко В. П., Пирожинский В. Н.** Диалогика медицины: основы врачебного мышления. СПб., 1995.
- Aleksandrov L. N., Kozachenko V. N., Petlenko V. P., Pirozhinsky V. N.** Dialogika medetsiny: osnovy vrachebnogo myshleniya [Dialogica of medicine: basis of medical thinking]. St. Petersburg, 1995. (in Russ.)
- Бенвенуто С.** Мечта Лакана. СПб.: Алетейя, 2006.
- Benvenuto S.** Mechta Lakana [Lacan's Dream]. St. Petersburg, Aleteiya, 2006. (in Russ.)
- Брейер Й., Фрейд З.** Исследования истерии // Полное собрание сочинений Зигмунда Фрейда: В 26 т. СПб.: Изд-во Восточно-Европейского ин-та психоанализа, 2020. Т. 1. С. 21–110.
- Breier I., Freid Z.** Issledovania isterii [Researches about hysteria]. In: Polnoe sobranie sochinenii Zigmunda Freida [Collected works of Z. Freud]. In 26 vols. St. Petersburg, WEIP Publ., 2020, vol. 1, p. 21–110. (in Russ.)
- Дойдж Н.** Мозг, исцеляющий себя: реальные истории людей, которые победили болезни, преобразили свой мозг и обнаружили способности, о которых не подозревали. М.: Эксмо, 2017.
- Doidzh N.** Mozg, ictselyaushchii sebya [The Brain That Changes Itself]. Moscow, Eksmo, 2017. (in Russ.)
- Кудряшов И. С.** Психоанализ и медицинская педагогика // Медицина и образование в Сибири. 2016. № 2. URL: http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=2029 (дата обращения 23.10.2020).

Kudryashov I. S. Psikhoanaliz i medetsinskaya pedagogika [Psychoanalysis and medical pedagogics]. *Medetsina i obrazovanie v Sibiri* [Medicine and education in Siberia], 2016, no. 2. URL: http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=2029 (accessed: 23.10.2020).

Лакан Ж. Семинары. Книга I: Работы Фрейда по технике психоанализа (1953/54). М.: Логос, 1998.

Lakan Zh. Seminary. Kniga 1: Rabony Freida po tekhnike psikhoanaliza (1953/54) [Seminars. Book 1: Freud's works on technics of psychoanalysis]. Moscow, Logos, 1998. (in Russ.)

Лакан Ж. Семинары. Книга 3: Психозы (1955/56). М.: Логос, 2014.

Lakan Zh. Seminary. Kniga 3: Psikhozy (1955/56) [Seminars. Book 3: Psychoses]. Moscow, Logos, 2014. (in Russ.)

Лакан Ж. Семинары. Книга 5: Образования бессознательного (1957/58). М.: Логос, 2018.

Lakan Zh. Seminary. Kniga 5: Obrazoveniya bessoznatelnogo (1957/58) [Seminars. Book 5: Formations of unconscious]. Moscow, Logos, 2018. (in Russ.)

Миллер Ж.-А. Введение в клинику лакановского психоанализа. М.: Логос, 2017.

Miller Zh.-A. Vveenie v kliniku lakanovskogo psikhoanakiza [Introduction to clinics of lacanian psychoanalysis]. Moscow, Logos, 2017. (in Russ.)

Мол А. Множественное тело. Онтология в медицинской практике. Пермь: Гиле Пресс, 2017.

Mol A. Mnozhestvennoe telo. Ontologiya v meditsinskoi praktike [The Body Multiple: Ontology in Medical Practice]. Perm, Hyle Press, 2017. (in Russ.)

Надеев А. П., Кудряшов И. С., Ярославцева А. В. Семиотика гистологического препарата: проблематизация модели знака // Вестник науки в Сибири. 2018. № 3 (30). С. 1–13.

Nadeev A. P., Kudryashov I. S., Yaroslavtseva A. V. Semiotika gistologicheskogo preparata [Semiotics of histological specimen]. *Vestnik nauki v Sibiri* [Journal of Wellbeing Technologies], 2018, no. 3 (30), p. 1–13. (in Russ.)

Найман Е. А. Античная медицинская симптоматология и современная семиотическая теория. // СХОЛН. 2014. Т. 8, № 2. С. 473–479.

Naiman E. A. Antichnaya meditsinskaya simptomatologiya i sovremennaya semioticheskaya teoriya [Ancient medical symptomatology and contemporary semiotics theory]. *СХОЛН*, 2014, vol. 8, no. 2, p. 473–479. (in Russ.)

Перцев А. В. «Природотеизм» как криптофилософия Зигмунда Фрейда // EINAI: Философия. Религия. Культура. 2020. Т. 9, № 1 (17). С. 5–36.

Pertsev A. V. "Prirodoteism" kak kriptofilosofiya Zigmunda Freida ["Naturateism" as a crypto-philosophy of Sigmund Freud]. *EINAI: filosofiya, religiya,*

kultura [Einai: philosophy, religion, culture], 2020, vol. 9, no. 1 (17), p. 5–36. (in Russ.)

Пономаренко Е. А., Герасименко Ю. А. Симптом и / или жалоба: семиотический аспект // *Жанры речи*. 2016. № 1. С. 113–119.

Ponomarenko E. A., Gerasimenko Yu. A. Simptom i / ili zhaloba: semioticheskii aspekt [Symptom and / or complaint: semiotic aspect]. *Zhanry rechi* [Genres of speech], 2016, no. 1, p. 113–119. (in Russ.)

Соколов Е. И., Полосова Т. А. Симптом // *Малая медицинская энциклопедия*: В 6 т. М.: Мед. энциклопедия, 1995. Т. 5.

Sokolov E. I., Polosova T. A. Simptom [Symptom]. In: *Malaya meditsinskaya entsiklopediya* [Small medicine encyclopedia]. In 6 vols. Moscow, Meditsinskaya entsiklopediya Publ., 1995, vol. 5. (in Russ.)

Федина Е. А. Синонимические отношения в медицинской терминологии // *Вестник Иркут. гос. лингв. ун-та*. 2010. № 3. С. 188–194.

Fedina E. A. Sinonimicheskie otnosheniya v meditsinskoj terminologii [Synonymous in medical terminology]. *Vestnik Irkutskogo gosudarstvennogo universiteta* [Bulletin of Irkutsk State Linguistic University], 2010, no. 3, p. 188–194. (in Russ.)

Фрейд З. Три очерка по теории сексуальности. // *Полное собрание сочинений Зигмунда Фрейда*. В 26 т. СПб.: Изд-во Восточно-Европейского ин-та психоанализа, 2017. Т. 7. С. 30–222.

Freid Z. Tri ocherka po teorii seksualnosti [Three issue about theory of sexuality] In: *Polnoe sobranie sochinenii Zigmunda Freida* [Collected works of Z. Freud]. In 26 vols. St. Petersburg, WEIP Publ., 2017, vol. 7, p. 30–222. (in Russ.)

Ярославцева А. В. Парадигма Гиппократов и методологические, аксиологические основания современной медицины // *Историческая и социально-образовательная мысль*. 2012. № 1 (11). С. 198–205.

Yaroslavtseva A. V. Paradigma Gippokrata i metodologicheskie, aksiologicheskie osnovaniya sovremennoi meditsiny [Hippocrates's paradigm and methodological, axiological basis of contemporary medicine]. *Istoricheskaya i sotsialno-obrazovatel'naya mysl* [Historical and social-educational thought], 2012, no. 1 (11), p. 198–205. (in Russ.)

Adams F. *The Genuine Works of Hippocrates*. New York, William Wood and Company, 1891.

Sebeok T. *Signs: An Introduction to Semiotics*. Uni. of Toronto Press, 2001.

Материал поступил в редколлегию (Received) – 13.11.2020

Статья принята к публикации (Accepted) – 17.12.2020

Сведения об авторе / Information about the Author

Кудряшов Иван Сергеевич

кандидат философских наук

доцент кафедры социальной философии и политологии, Новосибирский
государственный университет (Новосибирск, Россия)

доцент кафедры философии, Новосибирский государственный медицин-
ский университет (Новосибирск, Россия)

Ivan S. Kudryashov

Candidate of Sciences (Philosophy)

Department of Social Philosophy and Political Science, Novosibirsk State Univer-
sity (Novosibirsk, Russian Federation)

Department of Social Philosophy and Political Science, Novosibirsk State Medical
University (Novosibirsk, Russian Federation)

legat1983@gmail.com

ORCID 0000-0003-3877-8953