

## Теория и терапия неврозов

### *Введение в логотерапию и экзистенциальный анализ*

В книге изложено систематизированное учение о неврозах, охватывающее соматогенные, психогенные и социогенные неврозы, а также ноогенные неврозы, которые возникают вследствие чувства потери смысла жизни. Разработанная автором концепция логотерапии, то есть смыслоориентированной психотерапии, может найти применение в форме парадоксальной интенции при неврозах страха и неврозах навязчивых состояний, а в форме «деревфлексии» — при нарушениях потенции и оргазма. В теоретической и в терапевтической частях книги читатель найдёт множество примеров из клинической практики, а также результаты экспериментальных исследований

### Содержание

Об авторе

Предисловие

Введение. Что такое логотерапия?

Учение о неврозах и психотерапия. Основы учения о неврозах

I. Учение о неврозах как проблема. К вопросу о дефинициях и классификации невротических расстройств

II. Теория неврозов как система

1. Эндогенные психозы. Человек и психоз

Приложение. Психотерапия при эндогенной депрессии

2. Психосоматические заболевания. Критические замечания о психосоматической медицине

Замечания общего характера

Специальная часть

3. Функциональные заболевания. Соматогенные психоневрозы

а) Базедовидные псевдоневрозы

б) Аддисоновидные псевдоневрозы

в) Тетаноидные псевдоневрозы

г) Вегетативный синдром

4. Реактивные неврозы

а) Реакции, характерные для невроза страха

б) Реакции, характерные для невроза навязчивости

в) Реакции, характерные для сексуальных неврозов

5. Ятрогенные неврозы

6. Психогенные неврозы

7. Ноогенные неврозы

8. Коллективные неврозы

Логотерапия и экзистенциальный анализ

а) Логотерапия как специфическая терапия при ноогенных неврозах

б) Логотерапия как неспецифическая терапия

в) Парадоксальная интенция и деревфлекция

I. Парадоксальная интенция

1. Терапевтический метод

2. Примеры из клинической практики

II. Деревфлекция

1. Страх ожидания и навязчивое самонаблюдение

2. Клиника гиперрефлексии и метод деревфлексии

### 3. Нарушения сна

г) Врачевание души

д) Экзистенциальный анализ как психотерапевтическая антропология

Заключение

#### Об авторе

Виктор Е. Франкл - профессор неврологии и психиатрии Венского университета, в прошлом занимал должность профессора в Гарвардском университете, а также в университетах Далласа и Питсбурга. Американский Международный университет в Калифорнии учредил специально для Виктора Франкла должность профессора логотерапии, психотерапевтического направления основанного Франклом, которое также называют «Третьим Венским направлением» (после психоанализа Зигмунда Фрейда и индивидуальной психологии Альфреда Адлера). Франкл является почётным доктором 24 университетов мира.

Франкл - первый психиатр, который, не будучи американцем, был награждён премией Оскара Пфистера (Pfister), названной по имени одного из учеников Фрейда и учреждённой Американским обществом психиатров, а Австрийская академия наук избрала Франкла своим почётным членом.

В течение 25 лет Франкл руководил Венской неврологической клиникой.

30 книг учёного изданы на 22 языках мира, включая русский, японский и китайский. Одна из этих книг («Человек в поисках смысла») разошлась более, чем в пяти миллионах экземпляров (85 изданий). По данным Библиотеки Конгресса (Вашингтон), это - «одна из десяти книг, оказавших наибольшее влияние на американское общество». По-немецки она вышла под названием «...trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psycholog erlebt das Konzentrationslager» [«...несмотря ни на что, сказать жизни "да". Психолог выживает в концентрационном лагере».]

О логотерапии Франкла писали впоследствии и другие авторы, всего вышло 119 книг и 138 диссертаций на 15 языках. И это только те сочинения, в названии которых упоминается слово «логотерапия».

#### Предисловие

Предлагаемая Вашему вниманию книга родилась из лекций, которые я читал в Венском университете в рамках курсов «Учение о неврозах и психотерапия» и «Теория и терапия неврозов». Лекции были дополнены материалами докладов, которые мне приходилось делать в других местах.

Вследствие этого некоторое дублирование и даже повторение неизбежно, но, ввиду дидактической направленности книги, не столь уж нежелательно.

С другой стороны, при сложившихся обстоятельствах неизбежны и некоторые недочёты, ибо через широкую страну души ведёт много дорог. Та, по которой мы идём, не является ни добровольно избранной, ни единственно возможной, ни исключительно необходимой. Но она ведёт как раз туда, откуда можно более-менее по-новому, в той или иной степени продуктивно взглянуть как на проблематику, так и на систематику всей теории и терапии неврозов. Videant collegae. [Videant collegae (лат.) - пусть смотрят коллеги.]

Любая теория и, соответственно, методика терапии неврозов должны двигаться по лестнице, ведущей в небо, воздвигаемой на данных клинических исследований и уходящей в метаклиническое пространство. На эвристической почве и в дидактических целях нужно делать так, чтобы у этой лестницы св. Якова были различные ответвления. В сущности, не бывает чисто соматогенных, психогенных или ноогенных неврозов, чаще встречаются смешанные случаи, случаи, в которых на передний план теоретического рассмотрения или при психотерапевтическом подходе выдвигается, смотря по обстоятельствам, соматогенный, психогенный или ноогенный компонент. Эта reservatio mentalis [Reservatio mentalis (лат.) - задняя мысль.] должна читаться между строк.

## Введение

### Что такое логотерапия?

Прежде, чем мы подойдем к тому, чтобы определить, что же такое, в сущности, логотерапия, нужно указать, чем она никак не является. Логотерапия ни в коем случае не является панацеей! Выбор психотерапевтического метода сводится к уравнению с двумя неизвестными:

$$F = x + y$$

где  $x$  обозначает неповторимость и уникальность личности пациента, а  $y$  - не меньшую неповторимость и такую же уникальность личности терапевта. Другими словами, нельзя думать, что один и тот же метод будет одинаково действенным во всех случаях, как и нельзя полагать, что каждый терапевт одинаково успешно может пользоваться всеми методами. И то, что верно для психотерапии в целом, особенно верно в отношении логотерапии. Короче говоря, наше уравнение желательно дополнить, и тогда мы сможем написать:

$$F = x + y = z$$

Однако Джонсон (P. Johnson) однажды рискнул сказать: «Лого-терапия как метод психотерапии не противопоставляет себя другим методам и не соперничает с ними, но заставляет их поставить под сомнение их собственный плюс-фактор». Что же такое представляет из себя этот плюс-фактор пояснил нам Петрилович (N. Petrilowitsch), показав, что логотерапия не противопоставлена другим психотерапевтическим методам в лечении неврозов, а возвышается над ними и проникает вглубь специфически человеческих феноменов. Например, *психоанализ* видит в неврозе результат психодинамического процесса [Сравните следующие строки из письма Шнитцлера психоаналитику Рейку (T. Reik) от 31 декабря 1931: «Во тьму души ведут многие дороги, я всё сильнее это чувствую, поскольку психоаналитики позволяют себе видеть сны (и заниматься их толкованием). Но часто тропа ведёт через освещённый внутренний мир, а они и Вы слишком рано начинаете думать, что уже свернули в царство теней».] и на основании этого пытается лечить невроз так, чтобы запустить новый психодинамический процесс, скажем, перенос. Использующая теорию научения *поведенческая терапия* видит в неврозе результат процесса научения, или обусловливания (формирования условных рефлексов) и в соответствии с этим старается повлиять на неврозы за счёт переучивания, то есть процессов переобусловливания. В отличие от этого логотерапия опирается на специфически человеческие феномены, включая их в свой инструментарий. Речь при этом идёт о двух фундаментально-антропологических характеристиках человеческого существования: о его способности к "*самотрансценденции*" [В. Франкл в «Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie», 1959.] во-первых, и, во-вторых, о не менее выдающейся и характерной для человеческого бытия как такового, о сугубо человеческой способности к "*самодистанцированию*". [В. Франкл «Безусловный человек», 1949.]

Самотрансценденция отмечает тот фундаментальный антропологический факт, что человеческое бытие всегда обращено на что-то, чем оно само не является - на что-то или на кого-то: либо на некий смысл, который необходимо осуществить, либо на бытие близкого человека, с которым оно соотносится. Действительно, человек всецело становится человеком и находит самого себя тогда и только тогда, когда он преданно и самоотверженно служит какому-то делу, с головой уходит в решение какой-то задачи или посвящает себя любви к другому человеку, переставая думать о себе, буквально забывая самого себя. Это схоже с глазом, функция которого, состоящая в том, чтобы видеть мир, может в полной мере проявиться лишь тогда, когда он не видит сам себя. Когда же глаз видит какую-то свою часть? Только тогда, когда он болен: если у меня на глазу бельмо и я вижу «облако», или если у меня глаукома и я вижу радугу вокруг источника света - мой глаз видит нечто своё собственное, ибо так он воспринимает свою болезнь. И это в равной мере означает утрату мной способности нормально видеть.

Не вписав самотрансценденцию в картину, которую мы пишем с человека, мы оказываемся неспособными понять массовые неврозы, с которыми нам приходится сталкиваться сегодня. Сегодня человек оказывается фрустрирован не в сексуальном, а в экзистенциальном смысле. Сегодня он меньше страдает от чувства неполноценности, чем от ощущения *бесмысленности*. Причём это ощущение бесмысленности обычно идёт рука об руку с *чувством пустоты*, «*экзистенциального вакуума*». [В. Франкл «Патология духа времени», 1955.] Можно даже доказать, что это чувство, ощущение того, что в жизни нет больше никакого смысла, распространяется всё шире. Хабингер (A. Habinger), основываясь на самоотчетах более пятиста учеников, показал, что ощущение бесмысленности за несколько лет стало в два раза более распространённым. Кратохвил (Kratochvil), Выметал (Vymetal) и Колер (Kohler) указывают на то, что ощущение бесмысленности охватывает не только капиталистические страны, оно наблюдается и в коммунистических государствах, пользуясь правом «безвизового въезда». Мы обязаны Клицке (L. Klitzke) и Филбрику (J. Philbrick) свидетельствами того, что ощущение бесмысленности можно наблюдать и у жителей развивающихся стран.

Если мы спросим себя, что является причиной экзистенциального вакуума, отчего он возникает, то сразу возникает следующее объяснение: человеку, в отличие от животного, инстинкты и побуждения не диктуют, что ему нужно делать. И в отличие от древних времен, сегодня традиция уже больше не говорит ему, что он делать обязан. Не зная, что ему нужно, и не зная, что он должен, он по-настоящему не знает и того, чего же он, собственно говоря, хочет. Что из этого следует? Либо *он хочет только того, что делают другие*, и это *конформизм*. Либо наоборот: *он делает только то, чего хотят другие* - хотят именно от него. И тогда мы имеем *тоталитаризм*. Из этого вытекает ещё одно следствие экзистенциального вакуума, и это специфичная невротизация, а именно - «*ноогенный невроз*» [В. Франкл «О психотерапии», Wiener Zeitschrift fur Nervenheilkunde 3, 461, 1951.], который этиологически восходит к ощущению бесмысленности, к сомнениям об осмысленности жизни, или к неверию в то, что этот смысл вообще существует. [Существует немало научных работ, которые единодушно свидетельствуют о том, что можно насчитать примерно 20 процентов ноогенных неврозов.]

При этом нельзя сказать, чтобы отчаяние само по себе патологично. Задаваться вопросом о смысле бытия, ставить под вопрос существование этого смысла, - это скорее человеческая страсть, чем невротическое отклонение. В этом проявляется духовная зрелость: смысл больше не принимается безо всякой критики, без вопросов и раздумий, из уст традиции так, как она его предлагает, а открывается и обретается независимо и самостоятельно. И здесь к экзистенциальной фрустрации не применима медицинская модель. Если это, вообще, невроз, то *экзистенциальная фрустрация* является *социогенным неврозом*. Именно социологический факт утраты традиции повергает человека наших дней в экзистенциальную неуверенность.

Существуют также замаскированные формы экзистенциальной фрустрации. Я назову только всё более частые случаи самоубийства [Самоубийства среди студентов американских колледжей представляют собой вторую по частоте причину смерти среди молодых людей. Для остальных людей аналогичного возраста самоубийство занимает пятое место среди причин смерти. При этом попытки самоубийства далеко не все регистрируются и поддаются учёту. К счастью. Ибо мы, врачи, должны мыслить не только терапевтически, но и профилактически, а в плане предотвращения самоубийств широкое освещение этой статистики отнюдь не полезно. Есть данные об эксперименте, проведенном в Швейцарии. В одном кантоне средства массовой информации договорились в течение года ничего не сообщать о самоубийствах, - в итоге количество самоубийств в этом кантоне сократилось на десять процентов.] среди учащейся молодёжи, наркоманию, ставший небывало распространённым алкоголизм и растущую юношескую преступность. Сегодня нетрудно показать, в какой степени всё это связано с экзистенциальной фрустрацией. Благодаря разработанному Крамбо (J. Crumbaugh) PII-тесту, мы получили в руки инструмент, при помощи которого можно количественно измерить степень экзистенциальной фрустрации, а недавно Лукас (E. Lucas) своим логотестом внесла дополнительный вклад в точные эмпирические логотерапевтические исследования. [В настоящее время существует десять логотерапевтических тестов, а именно

PIL-тест [Purpose in life (англ.) - цель в жизни.] Джеймса Крамбо и Леонарда Махолика SONG-тест [Seeking of poetic goals (англ.) - поиск поэтических целей.] и MILE-тест [The meaning in life evaluation scale (англ.) - шкала оценки смысла жизни.] Джеймса Крамбо, Тест-шкала ценностей личности Бернарда Дансарта, Тестовый опросник «Цель жизни» Хутцелла (R. Hutzell) и Рут Аблас (R. Hablas), Лого-тест Элизабет Лукас, тест SEE (уровень ожиданий и обретение смысла) Вальтера Бёкмана (Bockmann) и три теста, которые пока находятся в стадии разработки, авторами этих тестов являются Джеральд Кова-цик (Венский университет), Бруно Джорджи (Giorgi) (Дублинский университет) и Патриция Штарк (P. Starck) (Университет штата Алабама).]

В отношении самоубийств были чрезвычайно скрупулезно обследованы 60 студентов университета штата Айдахо, пытавшиеся покончить с жизнью, и 85 процентов из них ответили, что жизнь для них не имела никакого смысла. Установлено, что из этих студентов, испытавших чувство бессмысленности, у 93 процентов состояние здоровья было отличным, они активно участвовали в общественной жизни, прекрасно справлялись с учёбой и жили в добром согласии со своими семьями.

Что касается наркотической зависимости, то, как утверждают сотрудники реабилитационных центров, более 60 процентов наших пациентов жалуются, что в их жизни мало смысла. На основании тестирования 416 студентов было статистически доказано, что «образ слабого отца», который, по мнению психоаналитиков, лежит в основе наркотической зависимости, к этому не имеет никакого отношения, скорее, можно сделать вывод, что с индексом наркотической зависимости значимо коррелирует степень экзистенциальной фрустрации: этот индекс, в среднем, в случаях, где экзистенциальная фрустрация отсутствует, составляет 4,25 условных единиц, тогда как при наличии экзистенциальной фрустрации его среднее значение достигает 8,90 условных единиц, то есть он возрастает более, чем в два раза.

Само собой разумеется, обширная реабилитация, которая рассматривает экзистенциальную фрустрацию в качестве этиологического фактора и использует логотерапевтическое вмешательство, обещает успех. Проблема заключается в том, что, согласно проведенным исследованиям, из 36 наркоманов, которые состояли на учёте в нервной клинике Венского университета, после лечения продолжительностью 18 месяцев только двое стойко воздерживались от приёма наркотиков, а это составляет всего лишь 5,5 процентов, кроме того, среди всех молодых людей, страдающих наркотической зависимостью и проходивших наркологическое лечение в медицинских учреждениях Германии, можно считать вылечившимися не более 10 процентов. В США число вылечившихся, в среднем, составляет 11 процентов. Фрезер (E. Fraiser) применяет логотерапию в руководимом им калифорнийском Центре реабилитации наркоманов и может гордиться результатом - 40 процентов победивших зависимость.

С алкоголизмом ситуация складывается аналогично. В тяжёлых случаях хронического алкоголизма можно констатировать, что 90 процентов страдают глубочайшим ощущением бессмысленности. Неудивительно, что Крамбо, сравнив результаты групповой логотерапии алкоголизма, объективированные при помощи тестов, с результатами применения других методов лечения, показал, что только логотерапия дала статистически значимое улучшение состояния пациентов.

Если говорить о преступности, то Блэк (W. Black) и Грегсон (P. Gregson), работающие в одном из университетов Новой Зеландии, выяснили, что преступность и смысл жизни находятся в обратно пропорциональной зависимости друг от друга. Данные, полученные по тесту Крамбо «Смысл жизни» при обследовании заключённых, помещённых в тюрьму, отличаются от средних показателей по популяции в отношении 86 единиц к 115.

Как смогли показать исследователи, принадлежащие к школе Конрада Лоренца и занимающиеся изучением поведения, агрессивность, которая (хотя бы и на экране телевизора) направляется на безобидные объекты и на них срывается, в действительности всегда бывает сначала спровоцирована и, являясь рефлексом, таким образом ещё больше возбуждается. Ещё более общий вывод делает социолог Шериф (K. Sherif) из университета штата Пенсильвания: «Существует немало экспериментальных доказательств того, что успешное завершение агрессивного акта вовсе не снижает последующую агрессивность, а

является лучшим способом увеличить частоту агрессивных реакций. Такие исследования проводились в отношении поведения как животных, так и людей».

Впоследствии в сообщении профессора Шериф было показано, что широко распространенное представление о спортивных состязаниях как о некоей бескровной эрзац-войне является ложным: в трёх группах молодёжи в закрытом лагере агрессия, направленная друг на друга, при проведении спортивных соревнований вместо того, чтобы снижаться, только возрастала. Самое интересное, что однажды среди обитателей лагеря взаимная агрессивность как будто бы исчезла вовсе, и это был тот случай, когда молодые люди должны были мобилизоваться, чтобы вытащить застрявшие в глинистой почве автомашины, которые везли в лагерь продукты. Можно сказать, что здесь включилась требующая напряжения всех сил, но исполненная смысла преданность делу. [Сказанное можно обратить и на человечество в целом: для него тоже в самом конце остаётся надежда сплотиться в общем стремлении к общему смыслу только в том случае, если оно сможет прийти к общему делу, объединяющей всех и вся задаче. В этом я вижу более плодотворные основания для исследования мировых проблем, чем в бесконечном муссировании некой неисчерпаемой агрессивности, при помощи чего вынуждают человека поверить в то, что ему на роду написаны войны и борьба за власть.]

И вот мы стоим перед возможностью логотерапевтического вмешательства, которое, как таковое, как логотерапевтическое, направлено на преодоление ощущения бессмысленности за счёт запуска процессов обретения смысла. Барбер (L. Barber) смог в руководимом им Центре реабилитации уголовных преступников в течение шести месяцев повысить рассчитываемый на основании тестов уровень переживаемого исполнения смысла с 86 до 103 единиц, при этом он преобразовал свой реабилитационный центр в «логотерапевтическую вселенную». И если в США среднее количество повторных преступлений составляет 40 процентов, то Барбер может гордиться своими 17 процентами. [Один заключённый из Штейна, Отто Б., подтверждает такую возможность, он пишет мне, что «человек сам может сделать самую худшую ситуацию осмысленной, если только захочет»! Бывший заключённый Франк В., который организовал логотерапевтическую группу уже «в тюрьме с самыми жёсткими во всей Флориде мерами предосторожности, в паре сотне метров от электрического стула», пишет: «Все 12 членов первой группы поддерживали связь друг с другом, только один вернулся, и он теперь на свободе».]

После обсуждения многообразия и многогранности форм экзистенциальной фрустрации нам следовало бы задаться вопросом, какими же свойствами должно обладать человеческое бытие (или что является онтологической предпосылкой), если, как мы сказали, 60 обследованных студентов университета штата Айдахо без каких-либо явных психологических или экономических оснований могли совершить попытку самоубийства. Одним словом, как должно быть организовано человеческое бытие, если такая вещь, как экзистенциальная фрустрация, становится возможной вообще. Другими словами, словами Канта, мы зададим вопрос об «условиях возможности» экзистенциальной фрустрации, и мы не ошибёмся, если примем: человек структурирован таким образом, его состояние таково, что без смысла он просто не может выжить. Таким образом, фрустрацию, испытываемую человеком, можно понять только в том случае, если нам удастся понять его мотивацию. И повсеместное наличие ощущения бессмысленности может для нас служить показателем того, где искать первичную мотивацию, то есть то, чего же человек, в конце концов, хочет.

Логотерапия учит, что человек до самого своего основания пронизан «волей к смыслу». [В. Франкл «Безусловный человек», 1949.] Наша теория мотивации может быть определена операционально ещё до того, как будет эмпирически верифицирована и валидизирована, при этом мы придерживаемся следующего утверждения: волей к смыслу мы называем то, что подвергается в человеке фрустрации, когда он испытывает ощущение бессмысленности и пустоты.

Крамбо и Махолик (L. Maholick), а также Элизабет Лукас позаботились об эмпирическом обосновании учения о воле к смыслу, обследовав тысячи людей. Тем временем появляется всё больше статистических доказательств легитимности нашей теории мотивации. Из всего изобилия появившихся в последнее время материалов, я выбрал только результаты одного исследования, предпринятого Американским Советом по образованию совместно с

Калифорнийским университетом. Из 189 733 студентов 360 университетов 73,7 процентов (высочайший процент!) больше всего мечтают о том, чтобы - «выработать осмысленную философию жизни», то есть прийти к мировоззрению, которое сделает жизнь осмысленной. Такова их главная и единственная цель.

Можно также указать на результаты двухлетнего статистического исследования, опубликованные высшей инстанцией США в области психиатрических исследований, а именно Национальным институтом психического здоровья. Из этой публикации явствует, что из 7948 студентов, опрошенных в 48 американских высших учебных заведениях, примерно 16 процентов видят свою цель в том, чтобы заработать как можно больше денег; в то же время основная группа (речь идёт о 78 процентах) хочет только одного - найти в своей жизни смысл.

Если теперь мы вернёмся к вопросу о том, что мы можем предпринять в отношении экзистенциальной фрустрации, то есть в отношении фрустрации воли к смыслу, и в отношении ноогенного невроза, то это значит, что речь пойдёт о придании жизни смысла. Однако смысл, собственно говоря, нельзя передать или сообщить, и меньше всего это может сделать терапевт, то есть меньше всего терапевт может придать смысл жизни пациента или проложить пациенту дорогу к этому смыслу. Но смысл можно найти. Правда, осуществить это предприятие удаётся только при помощи собственной совести. В этом ракурсе мы называем совесть «органом смысла». [В. Франкл «Логотерапия и религия» в кн. «Психотерапия и религиозный опыт», 1965.] Смысл нельзя прописать, как прописывают лекарства, и нельзя передать во владение, как наследство; но что мы всё-таки могли бы сделать, так это описать происходящее там, внутри человека, когда он отправляется на поиски смысла. Оказывается, поиски смысла сводятся к восприятию гештальта как раз в том смысле, как его понимают Макс Вертгеймер (M. Wertheimer) и Курт Левин, которые говорят о «требовательном характере», присущем определённым ситуациям. Однако если речь идёт о смысловом гештальте, то это отнюдь не «фигура», которая бросается нам в глаза на некотором «фоне»: при поисках смысла на фоне действительности воспринимается возможность - возможность изменить действительность в ту или другую сторону.

Можно думать, что обычный простой человек (но не тот, кто в течение многих лет испытывает на себе груз различных учений, будь то студент на академической скамье или пациент на аналитической кушетке), так вот, можно думать, что скромный обычный человек всегда заранее знает, на какой из дорог находится то, что позволит ему наполнить свою жизнь смыслом. Прежде всего найти смысл возможно, если заняться каким-нибудь делом или создать произведение, вложив в него свой творческий жар. И даже через переживание, за счёт того, что мы что-то переживаем (что-то или за кого-то), ибо переживать за кого-то во всей его неповторимости и единственности называется любить его. Но жизнь оказывается безусловно наполненной смыслом и остаётся полной смысла (в ней есть смысл, она его в себе содержит) при любых условиях и обстоятельствах. Поэтому в силу дорефлексивного онтологического самосознания, из которого можно дистиллировать всю аксиологию, человек с улицы знает прежде всего о том, что каждая отдельная ситуация представляет собой вопрос, на который он должен ответить, потому он, собственно, и не может спрашивать о смысле своего бытия, ибо «сама жизнь и есть то, что ставит перед человеком вопросы: он не должен спрашивать, он, скорее, является спрашиваемым, он сам должен отвечать жизни и отвечать за жизнь. Человек знает также и о том, что только там, именно там, где он сталкивается с не поддающимся изменению фактом, через преодоление подобной ситуации доказывает он свою человеческую суть, наглядно демонстрируя, на что человек способен. Значение имеют позиция и установка, с которыми человек встречает неизбежные удары судьбы. Человеку позволено и суждено до самого последнего вздоха выигрывать и отвоевывать смысл у этой жизни.

Логотеория, первоначально интуитивно разработанная в рамках логотерапии, как учение об изначальных ценностях, названных «созидательной, эмоциональной и установочной» [В. Франкл «К духовной проблематике в психотерапии» *Zentralblatt für Psychotherapie* 10, 33, 1938.] была между тем эмпирически верифицирована и валидизирована. Браун (Brown), Качиани (Casciani), Крамбо, Дансарт (Dansart), Дурлак (Durlak), Кратохвил, Лукас, Лансфорд (Lunceford), Мейсон (Mason), Майер (Meier), Мёрфи (Murphy), Планова (Planova), Попельски (Popielski), Ричмонд (Richmond), Роберте (Roberts),

Рух (Ruch), Салле (Sallee), Смит, Ярнелл (Yarnell) и Янг (Young) смогли доказать, что обретение и осуществление смысла не зависят от возраста и уровня образования, а также от принадлежности к мужскому или женскому полу, от того, религиозен человек или нет, и, если он исповедует какую-либо религию, то не и от того, к какой конфессии принадлежит. Не зависит это и от уровня его интеллекта. В конце концов Бернард Дансарт с помощью разработанного им теста эмпирически узаконил ввод такого понятия как «ценность установки», или «установочная ценность».

Какую пользу может дать логотерапия для психотерапевтической практики? В связи с этим мне хотелось бы рассказать случай с одной медицинской сестрой, которую мне представили на семинаре, проходившем под моим руководством в отделении психиатрии университета в Стэнфорде. Речь идёт о пациентке, страдавшей неоперабельной формой рака и знавшей об этом. Плача вошла она в комнату, где собрались стэнфордские психиатры, и голосом, прерываемым рыданиями, рассказала о своей жизни, о своих одарённых и преуспевающих детях и о том, как тяжело ей теперь со всем этим прощаться. До этого момента я, откровенно говоря, не мог уловить ни одной зацепки, чтобы начать дискуссию о богатстве логотерапевтических идей. Теперь можно было самое негативное, с её точки зрения, а именно необходимость оставить всё, что было для неё ценнейшим в мире, преобразовать в нечто позитивное, понять и объяснить как нечто, исполненное смысла. Достаточно было спросить у неё, что сказала бы на ее месте женщина, у которой нет детей. Правда, я убеждён, что жизнь женщины, оставшейся бездетной, тоже ни в коем случае не может считаться бессмысленной. Но я очень хорошо могу себе представить, что такая женщина, скорее впадёт в отчаяние, если ей придётся прощаться с этим миром, потому что нет ничего и никого, что она «должна оставить в мире». В мгновение ока черты лица пациентки просветлели. Она вдруг осознала, что дело вовсе не в том, что мы прощаемся с миром, поскольку раньше или позже это приходится делать каждому из нас. Дело, главным образом, в том, что вообще существует нечто, с чем приходится расставаться. Нечто, что мы можем оставить в мире, посредством чего мы осуществили смысл и самих себя к тому дню, когда пришёл наш час. Едва ли можно описать, какое облегчение ощутила пациентка после того, как сократовский диалог между нами сменился беседой в духе Коперника.

Я хотел бы теперь сопоставить стиль логотерапевтического вмешательства со стилем психоаналитического, как это представлено в работе Эдит Вайскопф-Джельсон (E. Weibkopf-Joelson), американской сторонницы психоанализа, которая сегодня исповедует логотерапию: «Деморализующее действие, какое оказывает отрицание смысла жизни, прежде всего глубинного смысла, потенциально присущего болезни, можно проиллюстрировать на примере психотерапии, которую один фрейдист предложил женщине, страдавшей неизлечимой формой рака». И Вайскопф-Джельсон предоставляет слово Эйслеру (K. Eissler): «Она сравнивала осмысленность своей прежней жизни с бессмысленностью нынешней, и даже тогда, когда она больше не могла работать по своей специальности и долгими часами вынуждена была лежать, её жизнь всё же, как ей казалось, была наполнена смыслом, правда, до тех пор, пока её существование было важным для её детей, и она сама, таким образом, должна была выполнять свою задачу. Когда же её привезли в больницу безо всякой надежды вернуться назад домой, и она уже не могла даже встать с постели, превратившись в остатки бесполезной, гниющей плоти, её жизнь утратила всякий смысл. Она была готова выносить любые боли, лишь бы это было хоть в какой-то степени осмысленно, но зачем её приговорили терпеть ужасные мучения, когда жизнь уже не имела никакого смысла? На это я ответил, что она, на мой взгляд, совершает одну грубую ошибку, ибо *вся* её жизнь была бессмысленной, и стала бессмысленной ещё задолго до того, как она заболела. Найти смысл жизни, сказал я, давно и тщетно пытаются философы, и, таким образом, разница между её прежней и нынешней жизнью заключается единственно только в том, что в прежние времена она ещё могла верить в смысл жизни, а в нынешнем своём положении уже была не в состоянии этого делать. В действительности, я ей внушил, что оба этапа её жизни были полностью и абсолютно бессмысленны. На это открытие пациентка реагировала, притворившись, что не может меня понять, и разразилась слезами». [К. Эйслер «Психиатр у постели умирающего пациента», 1955.]

Эйслер не дал пациентке не только веры в то, что страдание может иметь смысл, но

отнял у неё веру и в то, что вся жизнь может иметь хоть малейший смысл. Спросим себя о том, как не только психоаналитик, но и бихевиорист подходит к преодолению трагизма ситуации, когда человек оказывается лицом к лицу с предстоящей смертью, своей собственной или кого-то из близких. Один из наиболее представительных сторонников теории модификации поведения на основе научения полагает, что в таких случаях пациент должен позвонить кому-нибудь по телефону, покосить траву на лугу или помыть посуду, и терапевт его похвалит за эти занятия, или он будет вознаграждён каким-либо иным способом».

Как может психотерапия, которая своё понимание человека строит на экспериментах с крысами, объяснить основополагающий антропологический факт, что человек, с одной стороны, совершает самоубийство, живя в обществе изобилия, а с другой стороны, - готов страдать при условии, если его страдания имеют смысл? Передо мной лежит письмо молодого психолога, который очень живо описывает, как он пытался приободрить свою умирающую мать. «Мне было очень горько сознавать, - пишет он, - что я не могу применить ничего из того, чему меня учили семь долгих лет и как-то облегчить матери тяжесть и бесповоротность этих последних дней жизни». Ничего кроме того, что он узнал во время последних занятий по логотерапии «о смысле страдания и о богатстве плодов, сохраняющихся благодаря невозвратимости прошлого». И перед лицом этого он должен был себе признаться, что «почти ненаучные, но мудрые аргументы обретают небывалый вес на последней дистанции жизненного пути человека».

Теперь, наверное, понятно, что только та психотерапия, которая отваживается выйти за пределы психодинамики и исследований поведения и войти в измерение специфически человеческих феноменов, одним словом, только регуманизированная психотерапия, будет в состоянии понять приметы времени и откликнуться на его потребности. Другими словами, становится ясно, что мы, диагностируя экзистенциальную фрустрацию или даже ноогенный невроз, должны видеть в человеке существо, которое - в силу своей самотрансцендентности - постоянно находится в поисках смысла. Что же касается не диагноза, а самой терапии, причём терапии не ноогенного, а терапии психогенного невроза, то мы должны исчерпать все возможности использования не менее свойственной человеку способности к самодистанцированию, которая зачастую (и не в последнюю очередь) проявляется в виде чувства юмора. Человечная, гуманизированная, регуманизированная психотерапия, таким образом, предполагает, что мы приобретаем опыт самотрансценденции и навык самодистанцирования. И то и другое невозможно, если мы видим в человеке животное. Ни одно животное не интересуется смыслом жизни, и ни одно животное не умеет смеяться. Под этим вовсе не подразумевается, что человек - это только человек и что в нём нет ничего от животного. Но человеческое измерение по отношению к измерению животного является высшим, и это значит, что оно включает в себя все низшие измерения. Выявление специфически человеческих феноменов в человеке и одновременное признание в нём субчеловеческих проявлений отнюдь не противоречат друг другу, потому что между человеческим и субчеловеческим существуют отношения, если так можно сказать, включённости одного в другое.

Задача логотерапевтической техники парадоксальной интенции как раз в том и состоит, чтобы мобилизовать способность к самодистанцированию в рамках лечения психогенного невроза, тогда как другая логотерапевтическая техника - дерефлексия - основана на фундаментально-антропологическом факте - на способности к самотрансценденции. Понять оба этих терапевтических метода можно, только если исходить из логотерапевтической теории неврозов.

В ней мы различаем три вида патогенных реакций. Первый можно описать следующим образом: пациент реагирует на конкретный симптом (рис. 1) опасением, что симптом может появиться снова, то есть страхом ожидания, и этот страх ожидания приводит к тому, что данный симптом, действительно, появляется снова, — событие, которое укрепляет пациента в его ожиданиях.



(Надписи - сверху-вниз, слева-направо (здесь и далее): вызывает, подкрепляет, симптом, фобия, усиливает)

Рис. 1

Теперь получается: пациент так боится повторения симптома, что у него, при известных условиях, появляется страх перед своими опасениями. Наши пациенты говорят о «страхе перед страхом», причём совершенно спонтанном. И как они объясняют этот страх? Большею частью они боятся потери сознания, инфаркта или инсульта. Как же они реагируют на свой страх перед страхом? Бегством. Например, они избегают необходимости выходить из дому. Действительно, агарофобия представляет собой парадигму этой первой невротической реакции страха.

Почему же эта реакция может быть «патогенной»? В одном докладе, сделанном по приглашению Американской ассоциации новых методов в психотерапии мы сформулировали ответ следующим образом: «Фобии и обсессивно-компульсивные неврозы частично обусловлены попыткой избежать ситуации, в которой возникает тревога». [В. Франкл «Парадоксальная интенция как логотерапевтическая техника», *American Journal of Psychotherapy* 14, 520, 1960.] Однако наше представление о том, что бегство от страха методом избегания ситуации, вызывающей страх, играет решающую роль в бесконечном самовоспроизведении невротической реакции страха, - эта наша точка зрения теперь уже неоднократно подтверждена бихевиористами. Так, Маркс (I. Marks) говорит, что фобия подкрепляется механизмом избегания, уменьшающим тревогу. Как тогда можно не признать, что логотерапия предвосхитила многое из того, что позже было установлено поведенческой терапией на основании солидного экспериментального материала. Разве мы не высказали ещё в 1947 году следующую точку зрения: «Как известно, неврозы можно, в некотором известном смысле и с некоторым известным правом, трактовать как механизм, обусловленный рефлексом. Во всех, главным образом, ориентированных на психоанализ психиатрических методах лечения речь идёт преимущественно о том, чтобы пролить свет сознания на первопричины условного рефлекса, а именно на внешнюю и внутреннюю ситуацию первого появления невротического симптома. Мы же придерживаемся мнения, что подлинный невроз, уже проявившийся и зафиксированный, обусловлен не только своей первопричиной, но и своим (вторичным) проявлением. Условный рефлекс, как мы и понимаем невротический симптом, формируется вследствие образования *circulus vitiosus* [*Circulus vitiosus* (лат.) - порочный круг.] страха ожидания! Если мы хотим впоследствии разрушить уже, так сказать, сформировавшийся рефлекс, то мы всякий раз должны устранять этот страх ожидания как раз тем методом, принцип которого был заложен нами в парадоксальную интенцию». [В. Франкл «Психотерапия на практике», 1947.]

Второй тип патогенной реакции можно наблюдать не в случае невроза страха, а в случае невроза навязчивых состояний. Пациент оказывается под давлением (рис. 2) накинущихся на него навязчивых идей и реагирует на них, стараясь их подавить или заглушить. Он пытается таким образом оказать им противодействие. Но это противодействие только усиливает первоначальное давление. Круг замыкается и пациент снова попадает внутрь этого заколдованного круга. Однако для невроза навязчивых состояний, в отличие от невроза страха, характерно совсем не бегство, а борьба, борьба против навязчивых идей. И мы опять должны задаться вопросом, что пациента к этому побуждает и что им движет. Итак, пациент либо боится, что навязчивые идеи могут представлять собой нечто большее, чем невроз, что они являются признаком психоза, либо он опасается, что сможет воплотить в дело криминальное содержание своих навязчивых идей, что он сделает что-то кому-то - кому-то или себе самому. Либо одно либо другое: пациент, страдающий неврозом навязчивых состояний,

не испытывает страха перед самим страхом, он испытывает страх перед самим собой.



(порождает, давление, противодействие, повышает)

Рис. 2

Задача парадоксальной интенции состоит в том, чтобы разорвать оба порочных круга, взломать их, вытолкнуть из колеи. И если это удастся, опасениям пациента придёт конец, ибо, как выразился один несчастный, «тогда-то уж он возьмёт быка за рога». При этом нужно учитывать, что страдающий неврозом страха боится чего-то, что может произойти с ним, тогда как страдающий неврозом навязчивых состояний боится чего-то, что может натворить он сам. И то и другое будет охвачено, если мы определим парадоксальную интенцию следующим образом: теперь пациент должен хотеть именно того (невроз страха), или совершить именно то (невроз навязчивых состояний), чего он всегда так сильно боялся.

Как мы видим, при парадоксальной интенции речь идёт об инверсии того намерения, которое характеризует оба вида патогенной реакции, а именно избегания страха и принуждения через бегство перед первым или борьбу против последнего. Именно это бихевиористы сегодня считают решающим. Так, Маркс в заключение гипотезы о том, что фобия поддерживает себя через механизмы избегания, уменьшающие страх, даёт рекомендацию: «Фобию можно преодолеть только тогда, когда пациент снова столкнётся лицом к лицу с фобической ситуацией». Как раз это и предлагает парадоксальная интенция. В одной совместной работе с Рахманом (S. Rachman) и Ходжсоном (R. Hodgson) Маркс говорит также о том, что терапевт должен убедить пациента пойти прямо на то, что его больше всего пугает, и поддержать его в этом. И в совместной работе с Ватсоном (D. Watson) и Гайндом (R. Gajnd) он высказывает мнение, что в терапевтических целях пациент должен быстро, как только может, подойти поближе к предмету своих опасений и уже больше никогда не избегать подобных предметов.

Сегодня всеми ведущими специалистами в области поведенческой терапии признаётся то, что уже в 1939 году в форме описанной парадоксальной интенции логотерапия на деле использовала эти терапевтические рекомендации. «Парадоксальная интенция, однако, исходит совсем из другой научно-теоретической предпосылки, - пишут Диллинг (H. Dilling), Розефельдт (H. Rosefeldt), Кокотт (G. Kockott) и Хайзе (H. Heyse) из психиатрического института им. Макса Планка, - её действие, вероятно, могло бы быть объяснено простыми принципами психологии научения». После того, как авторы признают, что при помощи парадоксальной интенции «можно добиться хороших результатов и порой довольно быстро», они интерпретируют успех, достигаемый таким образом, с точки зрения психологии научения, «предполагая разрыв условной связи между пусковым стимулом и страхом. Чтобы затем сформировался новый, адаптированный, тип реакции на определённые ситуации, нужно добиться отказа от избегающего поведения с его постоянным подкрепляющим эффектом, и тогда вышеупомянутый человек сможет приобрести новый опыт реагирования на стимулы, провоцирующие возникновение страха». Именно это и позволяет осуществить парадоксальная интенция. Арнольд Лазарус (A. Lazarus) подтверждает её эффективность и объясняет достигнутый успех с точки зрения поведенческой терапии следующим образом: «Если люди позволяют ожидаемой тревоге проявиться, то почти всегда они сталкиваются с тем, что на первый план выступает противоположная реакция: худшие их страхи постепенно ослабевают, а при неоднократном применении метода, в конце концов, полностью исчезают».

Парадоксальная интенция использовалась мною на практике уже в 1929 году, но только в 1939 была описана [В. Франкл «О медикаментозной поддержке психотерапии при неврозах», Schweizer Archiv fur Neurologie und Psychiatrie 43, 26, 1939.] и только в 1947 названа своим

именем в публикациях. [В. Франкл, «Психотерапия на практике», 1947.] Сходство с появившимися гораздо позже методами, применяемыми в рамках поведенческой терапии, а именно: провокация тревоги, погружение, имплозивная терапия, индуцированная тревога, моделирование, модификация ожиданий, отрицательный опыт, метод насыщения и пролонгированная экспозиция - сходство с этими методами абсолютно очевидно и не остаётся незамеченным некоторыми терапевтами, работающими в рамках поведенческой терапии. По мнению Диллинга, Розефельдта, Кокотта и Хайзе, «возможно, в основе метода парадоксальной интенции, разработанного В. Франклом, лежит механизм действия, подобный тому, на котором основаны такие способы лечения, как метод погружения или имплозивной терапии, хотя первоначально метод Франкла и не задумывался как метод психологии научения». Что же касается названных способов лечения, то Маркс тоже указывает на «определённое сходство с методом парадоксальной интенции», а также на тот факт, что наш метод «близко напоминает то, что теперь называют моделированием». [Профессор Майкл Ашер, ассистент Вольпе в Университетской клинике поведенческой терапии в Филадельфии, считает нужным заметить, что большинство психотерапевтических систем разрабатывали свои методики, никогда не используемые представителями других систем. Логотерапевтический метод парадоксальной интенции является исключением из этого правила, поскольку очень многие психотерапевты самых различных школ встраивают этот метод в свою собственную систему. За последние два десятилетия парадоксальная интенция завоевала популярность у множества психотерапевтов, на которых произвела неизгладимое впечатление эффективность этого метода. Ашер даже полагает, что методы поведенческой терапии были разработаны как простой перевод парадоксальной интенции на язык теории научения, что особенно верно в отношении методов, названных «имплозией». Профессор Ирвин Ялом из Стэнфордского университета считает, что Логотерапевтический метод парадоксальной интенции предвосхитил метод под названием «symptom prescription», [Symptom prescription (англ.) -предписание симптома.] внедрённый Милтоном Эриксоном, Джемсом Хейли, Доном Джексоном и Полом Вацлавиком.

Что касается терапевтической «эффективности» парадоксальной интенции, о которой Ашер говорит, что она сделала данный метод особо «популярным», то приведём лишь один пример, связанный с «инвалидизирующей эритрофобией», которую Ламонтань (I. Lamontagne) вылечил за четыре сеанса, несмотря на двенадцатилетнюю продолжительность заболевания.]

Если кто-то и может претендовать на приоритет в отношении метода парадоксальной интенции, то это, на мой взгляд, следующие авторы, которым я выражаю свою признательность: Рудольфу Дрейкурсу (Dreikurs) за указание на аналогичный «трюк», описанный им уже в 1932 году, и Эрвину Вексбергу (Wexberg), который занимался этим ещё раньше и первым использовал термин «антиссуггестия». В 1956 году я узнал, что фон Хаттинберг (H. v. Hattinberg) тоже описывает подобный опыт: «Кому, например, удастся осознанно возжелать проявления невротического симптома, от которого он до сих пор защищался, тот сможет, благодаря своему волевому усилию избавиться от страха и, в конце концов, от самого симптома. Таким образом, возможно вышибить клин клином. Этот опыт, разумеется, только иногда удаётся на практике. Однако едва ли есть опыт, который был бы более поучителен для человека с психологическими проблемами».

Нельзя также предположить, чтобы парадоксальная интенция, если она, действительно, столь эффективна, не имела своих предшественников. Логотерапии можно поставить в заслугу лишь то, что она претворила принцип в метод и встроила его в систему.

Достоин упоминания и то, что первая попытка экспериментально доказать эффективность парадоксальной интенции была предпринята именно терапевтами, работающими в рамках поведенческой терапии. Профессора Сольом (L. Solyom), Гарса-Переса (G. Garza-Perez), Ледвиджа (B. Ledwidge) из психиатрической клиники университета Мак-Джилл выбрали из всех случаев невроза навязчивых состояний два одинаково интенсивно выраженных симптома, а потом один из них, симптом цели, лечили методом парадоксальной интенции, а другой, симптом «контроля» оставили без лечения. На самом деле, оказалось, что исчезают исключительно те симптомы, которые подвергаются воздействию, причём исчезают они довольно быстро, в течение нескольких недель. И нет никакой речи об эрзац-симптомах!

[Ашер позаботился и об экспериментальных доказательствах терапевтической значимости и действенности метода парадоксальной интенции. В общем, получается, что логотерапевтический метод равноценен различным «интервенциям», применяемым в поведенческой терапии. В случаях нарушения сна, а также в случаях невротических расстройств мочеиспускания логотерапевтический метод даже превзошёл их. Что касается случаев нарушения засыпания, то пациентам Ашера первоначально нужно было в среднем 48,6 минут, чтобы погрузиться в сон. После десяти недель лечения методами поведенческой терапии им стало хватать 39,36 минут. Однако после двухнедельного использования метода парадоксальной интенции это время сократилось до 10,2 минуты. Парадоксальная интенция существенно уменьшила количество жалоб по сравнению с контрольными группами плацебо и ожидающих лечения.]

Среди терапевтов, работающих в рамках поведенческой терапии, только Лазарус заметил, что «неотъемлемой частью процедуры применения парадоксальной интенции Франкла» является «умышленное пробуждение чувства юмора. Пациенту, который боится, что он может вспотеть, рекомендуют показать публике, что значит вспотеть на самом деле, истечь потоками пота, когда всё вокруг на расстоянии вытянутой руки становится влажным». Действительно, юмор, при помощи которого пациент должен сформулировать парадоксальную интенцию, принадлежит к тем средствам метода, которые выгодно отличают его от методов поведенческой терапии, перечисленных нами выше.

С полным основанием мы снова и снова говорим о значении юмора для успешного применения парадоксальной интенции, на что указывают специалисты, работающие в рамках поведенческой терапии, например, Айвер Хэнд (A. Hand) из Лондонской больницы Модели, который имел возможность наблюдать, как пациенты, страдающие боязнью открытых пространств, объединённые в одну группу с теми, кого они прежде избегали, потому что ситуации, вызывавшие страх у тех и других были прямо противоположными, совершенно спонтанно побуждали друг друга к преувеличению своих страхов с изумительным чувством юмора. Они использовали своё чувство юмора совершенно спонтанно, как один из главных механизмов преодоления страха. Короче говоря, пациенты сами «изобрели» парадоксальную интенцию - таким образом был истолкован «механизм» их реакции группой лондонских исследователей!

Теперь давайте обратимся к парадоксальной интенции, как она *lege artis* [*Lege artis* (*лат.*) - мастерски.] проводится по правилам логотерапии, и разъяснять это лучше всего на материале конкретных случаев из практики. В этой связи прежде всего надо указать на примеры, описанные в моих книгах «Теория и терапия неврозов», «Психотерапия на практике», «Воля к смыслу» и «Врачевание души». Далее мы сосредоточим основное внимание на неопубликованном материале.

Адольф Спенсер из Калифорнии пишет мне: *«Спустя два дня после того, как я прочёл Вашу книгу "Человек в поисках смысла", я оказался в ситуации, которая позволила мне опробовать логотерапию на деле. В университете я посещаю семинар под руководством Мартина Бубера. Во время первого занятия я сделал откровенное заявление, сильно противоречащее тому, что говорили другие, и тут я сразу же начал усиленно потеть. Едва я заметил это, как меня охватил страх, что и другие тоже могут это заметить, от чего я только сильнее потел. Вдруг мне вспомнился случай с одним врачом, которого Вы консультировали по поводу страха перед потоотделением, и я подумал, что моя ситуация очень похожа на описанную Вами. Но я мало знаю о психотерапии вообще и ещё менее о логотерапии в частности. Тем более сложившаяся ситуация казалась мне исключительно удобным случаем, чтобы опробовать метод парадоксальной интенции. И что же Вы тогда посоветовали своему коллеге? Чтобы он ради разнообразия захотел показать людям, как здорово он умеет потеть. "До сих пор из меня выделился всего 1 литр пота, но теперь я хочу, чтобы их было 10", - написано в Вашей книге. Продолжая выступление на семинаре, я сказал себе: "Покажи же, Спенсер, своим коллегам, как надо потеть! Давай же, это ещё не всё, на что ты способен, ты должен вспотеть ещё сильнее!" Не прошло и нескольких секунд, как я увидел, что кожа моя высохла. Я не мог внутренне не рассмеяться. Всё же я не был готов к тому, что парадоксальная интенция подействует, да ещё так быстро. "Вот так чёрт! - подумал я про себя. — Должно быть, что-то есть в этой парадоксальной*

интенции, что так действует, зря я относился к логотерапии скептически»».

Из сообщения Садика (M. Sadiq) взят следующий случай: «Пациентка 48 лет, госпожа N., страдала тремором в такой степени, что была не в состоянии держать чашку с кофе или стакан с водой, не расплескав их. Она с трудом могла писать или удерживать книгу при чтении. Однажды утром случилось так, что мы сели с нею друг напротив друга, и она опять начала трястись. Тогда я решил испробовать парадоксальную интенцию, причём обязательно с юмором. И я начал: "Что было бы, госпожа N, если бы мы однажды устроили соревнование по дрожанию?" Она удивилась: "Что Вы имеете в виду?" Я продолжил: "Ну, мы посмотрели бы, кто может дрожать быстрее всех и кто дольше". Она: "Я не знала, что Вы тоже страдаете тремором". Я: "Нет, нет, ни в коем случае, но если мне захочется, я могу и подражать". (И я начал трястись, да ещё как!) Она: "О, у вас получается даже быстрее, чем у меня". (Иона, улыбаясь начала ускорять темп своей дрожи.) Я: "Быстрее, ну! Сударыня, Вы способны дрожать намного быстрее". Она: "Нет же, не могу! Послушайте я уже больше не могу вообще!" Она, действительно, очень устала. Она встала, пошла на кухню и вернулась... с чашкой кофе! Она выпила кофе, не расплескав ни единой капли. Теперь, когда я вижу её дрожащей, мне достаточно сказать: "Ну что, сударыня, может, посоревнуемся?" На что она обычно отвечает: "Всё в порядке, всё в порядке". И пока это каждый раз помогает».

Георг Пинуммотил (G. Pynummoetil) пишет: «Один молодой человек пришёл ко мне на приём по поводу мигания и тиков, которые появлялись каждый раз, когда ему приходилось с кем-нибудь разговаривать. Поскольку люди имели обыкновение спрашивать его, что случилось, он становился всё более нервным. Я направил молодого человека к психоаналитику. Но после ряда сеансов он снова пришёл ко мне и сообщил, что психоаналитик не нашёл причины тиков, не говоря уж о том, чтобы помочь бедняге. Тогда я посоветовал юноше в следующий раз, когда он будет с кем-нибудь разговаривать, моргать глазами как можно чаще, чтобы показать своему собеседнику, как это замечательно у него получается. Однако молодой человек решил, что я сам ненормальный, если даю подобные советы, и что от этого его состояние может только ухудшиться. Он ушёл. Несколько недель он не появлялся и не давал о себе знать. И вот однажды пришёл снова и с восторгом рассказал мне, что за это время произошло. Поскольку он был весьма невысокого мнения о моем предложении, то и не думал о том, чтобы воспользоваться им на деле. Но мигание усиливалось, и как-то ночью, неожиданно вспомнив о моих словах, он сказал себе: "Я испробовал всё, что было можно, и ничего не помогло. Что от этого может произойти? Попробуй сделать так, как тебе советовали." Когда на следующий день он заговорил с первым встречным, то постарался моргать глазами как можно сильнее. Но, к большому удивлению, оказался просто не в состоянии делать это сколько-нибудь долго. С тех пор мигательные тики больше у него не появлялись».

Один университетский ассистент нам написал: «Я должен был кое-где представиться, после того, как подал заявление о поступлении на должность, которая меня очень интересовала, поскольку это позволило бы мне привезти жену и детей в Калифорнию. Я очень нервничал и был колоссально озабочен тем, чтобы произвести хорошее впечатление. Однако, если я нервничаю, ноги у меня начинают подёргиваться, причём до такой степени, что окружающие могут это заметить. Подобное случилось и на этот раз. И тогда я сказал себе: "Сейчас я заставлю эти свинские мускулы так дёргаться, что не смогу больше сидеть, а подпрыгну и пойду плясать по комнате, пока люди не подумают, что я совсем спятил. Эти свинские мускулы будут сегодня дрожать, как никогда - сегодня я поставлю рекорд". И вот в продолжение всей беседы ни один мускул даже не дрогнул, я получил должность, и скоро семья приедет ко мне в Калифорнию».

Мой коллега, Артур Йорес приводит следующие примеры. К нему на прием пришла работница отдела социального попечения одной из больниц, «она жаловалась на то, что краснеет всякий раз, когда ей приходится войти в кабинет врача, чтобы что-то с ним обсудить. Мы применили парадоксальную интенцию, и через несколько дней я получил счастливое письмо о том, как замечательно сработал этот метод». В другой раз к Йоресу обратился студент-медик, «для которого было очень важно хорошо сдать экзамен,

чтобы не остаться без стипендии. Он жаловался на страх перед экзаменом. С ним мы тоже воспользовались методом парадоксальной интенции, и, знаете, он был во время экзамена совершенно спокоен, благодаря чему получил хорошую оценку».

Ларри Рамиресу (L. Ramirez) мы обязаны описанием следующего интересного случая: «Метод, который помогал мне наиболее часто и лучше всего срабатывал во время моих консультаций, - это метод парадоксальной интенции. Один такой пример я приведу ниже. Линда Т., привлекательная девятнадцатилетняя студентка колледжа, указала в своей карточке, что у неё дома нелады с родителями. Когда мы сели с нею рядом, для меня стало очевидным, что девушка держится очень напряжённо. Она заикалась. Моей естественной реакцией было сказать: "Расслабьтесь, всё хорошо", - или: "Не волнуйтесь". Но по своему прошлому опыту я уже знал, что просьба расслабиться только усиливает напряжение. Вместо этого я сделал прямо противоположное, сказав: "Линда, я хочу, чтобы вы напряглись как можно сильнее. Нервничайте, как только умеете". - "Хорошо, - ответила она, - мне нетрудно нервничать". И она начала с того, что сжала кулаки и потрясла руками, как будто у неё был тремор. "Вот-вот, именно так, - сказал я, - но постарайтесь разнервничаться по сильнее". Комичность ситуации стопа для неё очевидной и она произнесла: "Я, действительно, очень нервничала, но сейчас всё прошло. Странно, но чем сильнее я старалась напрячься, тем меньше мне это удавалось". Вспоминая этот случай, я понимаю, что именно юмор, свойственный парадоксальной интенции, помог Линде осознать, что она, в первую очередь, была человеком, а клиентом — только во вторую, и что я тоже был для неё прежде всего человеком и только потом — консультантом. Юмор ярче всего демонстрирует нашу человечность».

Бриггс (J. Briggs) выступил перед Королевским медицинским обществом с докладом, из которого мы взяли следующее: «Меня попросили посмотреть одного молодого человека из Ливерпуля, юноша был заикой. Он мечтал стать учителем, но заикание и преподавательская деятельность плохо сочетаются друг с другом. Самый большой страх и беспокойство ему причиняло то, что он очень сильно стеснялся своего заикания и каждый раз, когда нужно было что-нибудь сказать, испытывал душевные муки. Я вспомнил, что незадолго до этого читал статью Виктора Франкла, который писал об эффективности парадокса. И я предложил: "В эти выходные вы куда-нибудь отправьтесь и покажите людям, какой вы забавный заика". На следующей неделе молодой человек пришёл ко мне явно в приподнятом настроении: его речь стала намного более гладкой. Он сказал: "Вы представляете, что произошло! Мы с друзьями пошли в паб, и один из них сказал мне, что всегда считал меня заикой, а я ответил, что я и был им, до сих пор. Я взял быка за рога, и у меня всё получилось"».

Другой случай с заиканием касается одного студента, который пишет мне: «В течение 17 лет я был тяжёлым заикой. Бывали времена, когда я вообще был не в состоянии говорить. Меня много раз лечили, но без какого бы то ни было успеха. Однажды один профессор поручил мне в рамках нашего семинара провести обсуждение Вашей книги "Человек в поисках смысла". Я читал книгу и натолкнулся там на Ваш метод парадоксальной интенции. Тогда я решил попробовать её в своём собственном случае, и знаете, она подействовала с первого раза просто сказочно. От заикания не осталось и следа. Тогда я поверил в неё и старался попадать в такие ситуации, в которых всегда заикался, но заикание исчезало, стоило мне применить метод парадоксальной интенции. Несколько раз я решался не прибегать к этому методу, и тогда заикание появлялось снова. Я вижу в этом доказательство того, что именно парадоксальная интенция помогала мне избавиться от заикания».

Не лишено пикантности сообщение, которым я обязан Мешуламу (U. Meshoulam), логотерапевту из Гарвардского университета. Одному его пациенту предстоял призыв в австралийскую армию, но он был убеждён, что его не призовут из-за тяжёлого заикания. Однако во время освидетельствования, трижды попытавшись продемонстрировать врачу, насколько сильно он заикается, молодой человек с удивлением почувствовал, что, вообще, не может заикнуться, просто не способен сделать это. Наконец, ему удалось получить освобождение от военной службы, но не по поводу заикания, а по поводу высокого кровяного давления. «Австралийская армия, скорее всего, не верит до сих пор, - сказано в

конце сообщения, - в то, что юноша заикается».

Использование парадоксальной интенции в случаях заикания широко обсуждается в литературе. Эйземан (M. Eisemann) посвятил этому вопросу свою диссертацию, защищённую в университете Фрейбурга в Брейзгау. Леамбре (J. Lehembre) опубликовал результаты своей работы с детьми и подчёркивает, что только в одном случае был получен эрзац-симптом, что согласуется также с наблюдениями Л. Сольома, Гарса-Переса, Ледвиджа и К. Сольома, которые после применения парадоксальной интенции не установили ни одного случая появления заместительного симптома. [Ашер не наблюдал появления замещающих симптомов при использовании метода парадоксальной интенции. Он также возражает против возможности свести парадоксальную интенцию просто к суггестии: «Парадоксальная интенция оказывалась эффективной и тогда, когда ожидания клиентов были направлены против действия метода».]

*Йорес «однажды лечил пациентку, которая жила в твёрдом убеждении, что она всегда должна спать достаточное количество времени. Она была замужем за человеком, у которого было много общественных обязанностей, поэтому нередко ей приходилось ложиться в постель довольно поздно. Женщина жаловалась на то, как она плохо это переносит. Порой уже ночью, где-то около часу, у неё начинался приступ мигрени, иногда это происходило позже, на следующее утро. Устранить приступы, связанные с длительным бодрствованием, оказалось возможно при помощи парадоксальной интенции. Пациентке посоветовали сказать себе: "Итак, сегодня ты хочешь пережить ещё раз настоящий приступ великолепной мигрени"». После этого, как пишет Йорес, приступы мигрени прекратились.*

Этот случай подводит нас к вопросу применения парадоксальной интенции при нарушениях сна. Садик, которого мы уже цитировали, однажды лечил 54-летнюю пациентку, страдавшую зависимостью от снотворных препаратов и попавшую в больницу. «Около 10 часов вечера она вышла из своей палаты и попросила какое-нибудь снотворное. Она: "Могу ли я попросить таблетки?" Я: "Очень сожалею, но сегодня уже все таблетки кончились, а сестра забыла своевременно заказать новые". Она: "А как же я буду спать?" Я: "Сегодня Вам придётся обойтись без таблеток ". Спустя два часа она появляется снова. Она: "Ничего не получается ". Я: "А что будет, если Вы ляжете в постель и ради разнообразия будете стараться не спать, то есть, наоборот, бодрствовать всю ночь?" Она: "Я всегда считала себя сумасшедшей, но оказывается и вы тоже такой". Я: "Знаете ли, иногда мне доставляет удовольствие немного побыть сумасшедшим. Вам это не понятно?" Она: "Вы серьёзно?" Я: "Что именно?" Она: "Что я должна постараться не спать". Я: "Конечно, абсолютно серьёзно. Попробуйте! И мы посмотрим, сможете ли Вы бодрствовать всю ночь. Ну как?" Она: "Ладно". Когда сестра утром вошла в палату с завтраком, пациентка ещё спала».

Впрочем, есть анекдот, и он стоит того, чтобы его здесь процитировать; к тому же он взят из известной книги Джея Хейли (Haley) «Стратегическая психотерапия». Во время доклада, который делал знаменитый гипнотерапевт Милтон Эриксон (M. Erickson), встал один молодой человек и сказал докладчику: «Возможно, других людей Вы и сможете загипнотизировать, но меня - ни за что». Тогда Эриксон пригласил юношу подняться на сцену и сесть, а затем сказал ему: «Вы абсолютно бодры, вы продолжаете бодрствовать, вы чувствуете себя всё бодрее, бодрее, бодрее... » И тут испытуемый вдруг впал в глубокий транс.

Медикотту (R. Medicott), психиатру из университета Новой Зеландии принадлежит приоритет в использовании парадоксальной интенции не только в отношении процесса сна, но и в отношении сновидений.

Он добился очень хороших результатов, причём, как он подчёркивает, даже в случае с пациентом, который по профессии был психоаналитиком. У него была пациентка, страдавшая от регулярных ночных кошмаров: ей часто снилось, что её преследуют и, наконец, закалывают. При этом она кричала так, что муж просыпался тоже. Медикотт порекомендовал женщине приложить все силы к тому, чтобы досмотреть этот ужасный сон до конца, и узнать, чем кончится вся эта поножовщина. И что же произошло? Кошмары больше не повторялись, но сон мужа по-прежнему не был спокоен: пациентка больше не

*кричала во время сна, зато она смеялась так громко, что муж поневоле просыпался.*

*Нечто подобное сообщает нам одна читательница из США. «В четверг утром я проснулась в подавленном состоянии и подумала, что уже никогда больше не буду здоровой. Всё утро у меня глаза были на мокром месте, отчаяние переполняло душу. Потом мне вдруг вспомнилось, что я читала про парадоксальную интенцию, и я сказала себе: "Посмотрим-ка, насколько глубокой может быть моя подавленность. Нужно так плакать, чтобы вся квартира оказалась залитой слезами". И я представила себе, как придёт сестра и воскликнет: "Чёрт возьми, неужели такие потоки слез на самом деле возможны?" И тут я начала так смеяться, что мне стало страшно. И тогда не оставалось ничего другого, как сказать себе: "Смех станет таким громким, что соседи сбегутся посмотреть, кто же так хохочет". В этот момент я почувствовала, что подавленность исчезла, и пригласила сестру погулять. Как вы помните, это было в четверг, а сегодня уже суббота, и я чувствую себя, как и прежде, просто великолепно. Я думаю, однако, парадоксальная интенция подействовала два дня назад, подобно тому, как действует взгляд на свое отражение в зеркале, когда плачешь; Бог знает почему, но продолжать плакать тогда просто невозможно». И она не так уж неправа. Не является ли и то и другое, то есть парадоксальная интенция и отражение в зеркале, проявлением человеческой способности к самодистанцированию?*

Всё чаще можно наблюдать, как метод парадоксальной интенции используется в трудных хронических и затяжных случаях, причём он действует даже тогда, когда лечение продолжается недолго. Так описан случай невроза навязчивых состояний, длившегося 60 лет, и только благодаря парадоксальной интенции удалось добиться существенного улучшения.

Терапевтические результаты, которых можно добиться при помощи этого метода, по меньшей мере, удивительны и замечательны, если мы сопоставим их с тем всеохватывающим пессимизмом, с каким современный психиатр подходит к вопросу о лечении затяжного и хронического невроза навязчивых состояний. Так Л. Сольом, Гарса-Перес и Ледвидж отсылают нас к результатам 12 проведённых друг за другом исследований в 7 различных странах, причём согласно этим результатам невроз навязчивых состояний в 50 процентах случаев не поддавался терапевтическому воздействию. Авторы полагают, что в отношении невроза навязчивых состояний прогноз гораздо хуже, чем в отношении других форм невроза, а поведенческая терапия, по их мнению, не приводит ни к каким изменениям, и поэтому только в 46 процентах от всех случаев, опубликованных терапевтами этого направления, наблюдалось некоторое улучшение. Но Хенкель (D. Henkel), Шмок (K. Schmook) и Бастин (R. Bastine) указывают, ссылаясь на опытных психоаналитиков, «что особенно тяжёлые неврозы навязчивых состояний, несмотря на интенсивные психотерапевтические усилия, остаются неизлечимыми», тогда как парадоксальная интенция, которая противостоит психоанализу, «заставляет признать очевидную возможность довольно быстро устранять нарушения, обусловленные неврозом навязчивых состояний».

Фридрих Бенедикт (F. Benedikt) в своей диссертации «О терапии симптомов невроза страха и невроза навязчивых состояний при помощи методов парадоксальной интенции и дерефлексии, разработанных В. Франклом» показал, что при применении парадоксальной интенции в трудных и хронических случаях требуется небывалое личное участие терапевта. В этой связи мы хотели бы ещё раз повторить, что «терапевтический эффект парадоксальной интенции целиком зависит от того, имеет ли врач мужество предоставить пациенту возможность ею воспользоваться», [В. Франкл «Психотерапия на практике», 1961.] и это можно продемонстрировать на материале конкретных примеров. Поведенческая терапия также признаёт значение такого образа действий, раз уже она для этого даже изобрела собственное выражение и говорит о моделировании.

Парадоксальная интенция помогает и в затяжных случаях, причём излечение при этом может произойти очень быстро, доказательством чему служат приводимые ниже примеры. Виктор (R. Victor) и Круг (K. Kруг) с факультета психиатрии Вашингтонского университета использовали этот метод при лечении человека, который с четырнадцатилетнего возраста был крайне азартным игроком. Этому человеку было рекомендовано играть каждый день в течение 3 часов, правда при этом он проиграл столько, что через три недели у него не осталось ни цента. И что же сделали терапевты? Они хладнокровно

посоветовали пациенту продать часы. И именно тогда, в первый раз после более, чем 20 лет игры и лечения у пяти психиатров, пациент смог освободиться от своей страсти к игре.

Макс Джекобс (Jacobs) описывает следующий случай: миссис К. страдала не менее пятнадцати лет тяжёлой клаустрофобией, которую приобрела в Южной Африке буквально за неделю до того, как ей предстояло улететь в Англию, к себе на родину. Она - оперная певица, и ей приходится много летать на самолётах, чтобы успеть повсюду выполнить свои обязательства по контрактам. При этом её клаустрофобия, как нарочно, сосредоточилась на самолётах, лифтах, ресторанах и ... театре.

Был использован метод парадоксальной интенции. Джекобс порекомендовал пациентке целенаправленно заниматься поисками ситуаций, провоцирующих её фобию, и искренне захотеть всегда пугаться прямо до удушья, и в том месте, которое захочет её удушить произнести: «Ну и чёрт с ним, пусть так и будет». К этому добавилось обучение методу «прогрессивной релаксации» и «десенсибилизации». Спустя два дня выяснилось, что она уже может без опаски войти в ресторан, воспользоваться лифтом и даже проехать в автобусе. Через четыре дня певица могла без страха войти в кинотеатр и уже думала о своём возвращении в Англию, не испытывая страха ожидания. Из Лондона она сообщила, что оказалась даже в состоянии после многих лет впервые проехать на метро. Спустя пятнадцать месяцев после столь краткосрочного курса печения пациентка по-прежнему не испытывала никаких особых трудностей.

Джекобс в заключение описывает один случай, где речь идёт не о неврозе страха, а о неврозе навязчивых состояний. Мистер Т. страдал своим неврозом в течение двенадцати лет, и ни психоанализ, ни электросудорожная терапия не дали никакого заметного результата. На самом деле, он боялся задохнуться, особенно при переходе улицы, а также во время еды или питья. Джекобс порекомендовал этому господину сделать как раз то, чего тот всегда боялся: «В соответствии с методом парадоксальной интенции господину Т. дали выпить стакан воды и попросили постараться вызвать у себя как можно более сильный дыхательный спазм», то есть согласно условиям метода парадоксальной интенции Джекобс потребовал, чтобы господин Т. приложил все силы, чтобы задохнуться в то время, как он будет глотать воду. Кроме того «ему была дана инструкция пытаться подавиться, захлебнуться или задохнуться трижды каждый день», таким образом, он должен был хотя бы три раза в день предпринимать попытки это сделать. В дополнение к этому пациента научили расслабляться, и уже на двенадцатом сеансе он сообщил, что полностью избавился от своих страхов.

Обычно нас спрашивают, при каких условиях или предпосылках можно обучиться логотерапевтическим методикам. Однако метод парадоксальной интенции подтверждает, что вполне достаточно хорошо познакомиться с ним по имеющейся литературе. Среди тех психиатров и психологов, которые добиваются наибольших успехов в применении парадоксальной интенции и пользуются этим методом с полным пониманием дела, много таких, кто ни разу с нами не общался. Они узнали о парадоксальной интенции только из наших публикаций, и мы знаем об их достижениях и результатах только по их публикациям. Интересно также выяснить, как различные авторы модифицируют парадоксальную интенцию и сочетают её с другими методами. Эти факты только укрепляют наше убеждение в том, что психотерапия вообще, а не только логотерапия, базируется на постоянной готовности к импровизации. Даже там, где есть возможность провести обучение в форме клинических демонстраций, импровизационный аспект стоит не на последнем месте, и именно этому нужно учить и учиться.

Удивительно, сколь часто дилетанты с успехом применяют парадоксальную интенцию на самих себе. Перед нами лежит письмо женщины, в течение четырнадцати лет страдавшей боязнью открытого пространства, причём в течение трёх лет она безо всякого результата лечилась у аналитика ортодоксального направления. В течение двух лет эта несчастная лечилась у гипнотерапевта, после чего ее страх несколько уменьшился. Ей даже пришлось как-то на шесть недель лечь в больницу. Ничего не помогало. И тем не менее больная пишет: «Ничего не менялось в течение четырнадцати лет. Каждый день был для меня все эти годы адом». Состояние её было столь тяжело,

что даже на улице ей хотелось обернуться. И всё же она преодолела свой страх открытого пространства. Её заинтересовало то, что она прочитала в моей книге «Человек в поисках смысла», и она сказала себе: «Сейчас я покажу всем этим людям вокруг меня прямо на улице, как здорово у меня всё это получается - впасть в панику и терять сознание». Тут же женщина успокоилась. Она продолжила свой путь в супермаркет и сделала необходимые покупки. Однако, когда пришло время платить, её вдруг прошиб пот, и она начала неожиданно дрожать. Тогда она сказала себе: «Уж кассиру-то я теперь, действительно, покажу, как я умею дрожать. Он аж глаза выпучит». Уже на обратном пути женщина вдруг заметила, насколько стала спокойнее. Спустя несколько недель она была в состоянии с помощью парадоксальной интенции овладеть своим страхом пространства в такой степени, что иногда ей даже не верилось, что совсем недавно она была больна. «Я испробовала много методов, но ни один из них не приносил мне столь быстрого облегчения, как Ваш. Я верю в парадоксальную интенцию, потому что я опробовала её на себе, всего лишь прочитав книгу». Ради пикантности нужно добавить, что теперь выздоровевшая больная решила пополнить свои знания о парадоксальной интенции, приобретённые по прочтении всего лишь одной книги. Она даже дала в «Chicago Tribune» объявление, которое печаталось там регулярно в течение целой недели. Вырезка из газеты была приложена к её письму. В объявлении сказано следующее: «Хотела бы найти кого-нибудь, кто знаком с применением метода парадоксальной интенции при лечении агарофобии». Но никто не откликнулся на это объявление.

Возможность применения метода парадоксальной интенции людьми, далёкими от психиатрии и психологии, на самих себе становится вполне понятной, если мы вспомним о том, что она использует механизмы преодоления, которые, как свидетельствуют уже цитированные нами наблюдения Хэнда, у людей всегда есть. И тогда становятся понятными даже такие случаи, как описанный ниже. Рувен из Израиля, который учится в Американском Международном университете, был в возрасте восемнадцати лет призван на военную службу. «Я собирался служить в армии. Я полностью понимал смысл борьбы за выживание, которую ведёт моя страна. Поэтому я решил служить в полную меру своих сил. Я пошёл добровольцем в воздушно-десантные войска, в парашютисты. Не раз я оказывался в ситуациях, когда моя жизнь была в опасности. Например, мы в первый раз прыгали с самолёта. Я испытал при этом жуткий страх, меня, буквально, трясло, а попытки скрыть этот факт заставляли меня трястись ещё сильнее. Тогда я решил позволить своему страху проявиться и затрясся так, как только мог. Спустя некоторое время тряска и дрожание прекратились. Нечаянно я воспользовался парадоксальной интенцией, и что удивительно - она подействовала».

Но парадоксальная интенция «изобретается» не только отдельными индивидуумами *ad usum proprium* [*Ad usum proprium* (лат.) - для собственного употребления.]. Лежащий в её основе принцип был открыт ещё донаучной психиатрией. Окс (D. Ochs) в Пенсильванском социологическом обществе университета Вилланова сделал доклад «Логотерапия и религиозная этнопсихиатрическая терапия», где он изложил точку зрения, что этнопсихиатрия использовала принципы, которые впоследствии были систематизированы в рамках логотерапии. В особенности близка логотерапии народная медицина ифалуков. «Шаман, представляющий народную психиатрию мексиканских индейцев, — курандеро - это настоящий логотерапевт». Окс ссылается также на Валласе (Wallace) и Фогельсона, (Vogelson), по данным которых народная медицина вообще использует принципы, играющие определённую роль в современной психиатрии. «Похоже, что логотерапия представляет собой связующее звено между этими двумя системами».

Такие гипотезы покажутся вполне правдоподобными, если мы сравним друг с другом два сообщения, приведённых ниже. Первое касается 24-летнего шизофреника, страдающего слуховыми галлюцинациями. Он слышал голоса, которые ему угрожали и смеялись над ним. Наш корреспондент должен был работать с этим человеком в рамках больничного курса лечения. «Пациент посреди ночи вышел из палаты, чтобы пожаловаться на голоса, которые не дают ему спать. Ему посоветовали не обращать на эти голоса внимания, но для него это оказалось невыполнимым. Он смог расслабиться только в результате следующего диалога с врачом. Врач: "Что будет, если Вы

попробуете поступить наоборот?" Пациент: "Как Вы это себе представляете?" Врач: "Ложитесь в постель и постарайтесь как можно внимательнее следить за тем, что Вам говорят эти голоса, старайтесь не упустить ни единого слова, понимаете?" Пациент: "Вы это серьёзно?" Врач: "Само собой разумеется, абсолютно серьёзно. Мне непонятно, почему Вы хотя бы ради разнообразия не должны насладиться этими чёртовыми голосами?" Пациент: "Я просто думал..." Врач: "Попробуйте хоть раз. А потом продолжим беседу." Спустя 45 минут пациент крепко спал. Утром он был в восторге: голоса оставили его в покое на целую ночь».

А теперь ещё один пример. Джек Губер (Huber) однажды посетил клинику дзен-психиатров. Девиз работы этих психиатров звучал так: «Жить вместе с болезнью вместо того, чтобы жаловаться на неё, её анализировать или пытаться от неё избавиться». И вот однажды туда привезли монахиню-буддистку, которая находилась в состоянии глубокого помешательства. Она была страшно возбуждена и уверена в том, что вокруг неё кишат змеи. Европейские врачи, психиатры и психологи уже отказались от этой женщины, когда, наконец, был приглашен дзен-психиатр. «В чём дело?» - спросил он. - «Я боюсь этих змей: они ползают вокруг меня повсюду». - Дзен-психиатр подумал немного и сказал: «К сожалению, я должен сейчас уйти, но через недельку я приду снова. Мне хотелось бы, чтобы в течение этой недели Вы внимательно понаблюдали за змеями, и, когда я снова к Вам приду, Вы мне подробно опишете все их движения». Спустя неделю монахиня чувствовала себя абсолютно нормально и выполняла свои обязанности. «Ну, как дела?» — спросил дзен-психиатр. — «Я наблюдала за змеями так внимательно, как только можно, но это продолжалось недолго, потому что, чем дольше я за ними наблюдала, тем быстрее они обращались в пыль».

Осталось, однако, описать третий тип патогенной реакции. Если первый характерен для невроза страха, а второй для невроза навязчивых состояний, то в третьем случае речь идёт о механизме, с которым мы встречаемся при сексуальных неврозах, то есть в случаях нарушения потенции и оргазма. В этих случаях мы наблюдаем, как и при неврозе навязчивых состояний, борьбу пациента, но борется он при этом не против чего-то, как невротик, страдающий навязчивой идеей, который, как мы отмечали, борется против своей навязчивости. При сексуальных неврозах невротик борется за что-то: будь то оргазм или потенция, но невротик борется за сексуальное наслаждение. И, к сожалению, чем больше он озабочен этим наслаждением, тем меньше удовольствия достаётся на его долю. Прямой доступ к удовольствию невозможен. Потому что наслаждение не может быть ни реальной, ни вероятной целью нашего поведения и наших поступков, скорее, оно является лишь случайным результатом, побочным эффектом, который получается сам собой, когда мы во всей полноте проявляем свою самотрансцендентность, когда мы всецело отдаёмся любви к кому-то или служению какому-либо делу. Как только мы перестаём думать о партнёре, а думаем только о наслаждении, то на пути у нас встаёт наше к нему стремление. И попытки манипулировать самим собой терпят неудачу. Дорога к удовольствию и к самореализации пролегает только через самоотверженность и через самозабвение. Те, кто предпочитает этой дороге окольный путь, поддаются соблазну сократить расстояние и сделать удовольствие самоцелью. Но обходной путь оказывается тупиковым. И снова мы можем наблюдать, как пациент попадает в заколдованный круг. Борьба за удовольствие, борьба за потенцию или оргазм, воля к наслаждению, сформированная гиперинтенция наслаждения (рис. 3) не приводят несчастных к этому наслаждению: во время акта интимной близости человек начинает наблюдать за самим собой и подсматривать за партнёром. О спонтанности уже не может быть и речи.



(гиперинтенция, гиперрефлексия)

Если мы спросим себя, какое действие производит гиперинтенция в случаях нарушения потенции, то почти всегда можно установить, что пациент предполагает в сексуальном акте некий результат, которого от него ждут. Одним словом, сексуальный акт для него характеризуется некой обязательностью. Уже в 1946 году [В. Франкл, «Врачевание души», 1946.] мы указывали на то, что пациент «чувствует себя обязанным совершить половой акт» и это «принуждение к сексуальности может исходить как от собственного Я, так и от ситуации». Бывает, принуждение исходит от партнёрши («темпераментная», требовательная в сексуальном отношении партнёрша). Значение этого третьего момента было экспериментально подтверждено на животных. Так, Конраду Лоренцу удавалось довести самок бойцовых рыбок до того, что они не стали кокетливо уплывать от самцов при спаривании, а плыли им навстречу, и самец бойцовой рыбки реагировал на это, так сказать, очень по-мужски: у него рефлекторно блокировался аппарат спаривания.

Как следует из трёх приведённых выше вариантов ситуаций, в которых пациенты страдают от нарушения сексуальности, здесь присоединяется ещё два фактора. Прежде всего ценность, которую общество достижений придаёт не в последнюю очередь способности к достижениям в сексуальной сфере. Давление группы сверстников, то есть зависимость от отдельного равного индивидуума или от того, что другие, группа, к которой человек принадлежит, считают мерилом принадлежности, ведёт к преднамеренному форсированию потенции и оргазма. Но в коллективном масштабе культивируется не только гиперинтенция, а ещё и гиперрефлексия. Остатки спонтанности, которые давление сверстников оставляет нетронутыми, отнимаются у современного человека более широкомасштабным и разработанным способом. Мы говорим об индустрии сексуальных наслаждений и об информационной индустрии. Принуждение к потреблению сексуальных услуг, на которое они рассчитаны, наваливается на людей; проводником такого принуждения являются «скрытые преследователи» и не последнюю роль в этом играют средства массовой информации. Парадокс же заключается в том, что современный молодой человек вынужденно соглашается на подобную мелочную опеку со стороны индустриального капитала и поддается воздействию «сексуальной революции», не замечая того, кто им при этом манипулирует. Тот, кто выступает против лицемерия, должен делать это и там, где порнография издаётся под видом искусства или якобы в целях просвещения, хотя при этом речь не идёт о каком-либо запрете на коммерческую деятельность.

В последнее время ситуация обострилась настолько, что всё больше авторов наблюдают рост импотенции среди молодых людей и приписывают этот рост современной эмансипации женщин. Так Стюарт (G. Stewart) пишет об «импотенции в Оксфорде»: молодые женщины, как говорится, бегают вокруг и *требуют* реализации своих сексуальных прав, а молодые мужчины боятся выглядеть жалкими в качестве любовников у партнёрш с большим опытом. Джордж Гинсберг (Ginsberg), Уильям Фрош (Frosh) и Теодор Шапиро (Shapiro) выпустили работу под названием «Новая импотенция», где открыто говорят о том, что «от современного молодого человека слишком много *требуют*, и, как свидетельствуют исследования, в этих случаях новой формы импотенции инициатива в половых отношениях исходит со стороны женщины».

Гиперрефлексии в рамках логотерапевтического подхода мы противопоставляем дерефлексию, тогда как для борьбы с гиперинтенцией, столь патогенной в случаях импотенции, используется логотерапевтический метод, опубликованный ещё в 1947 году [В. Франкл «Психотерапия на практике», 1947.]. Мы рекомендуем подвигнуть пациента к тому, чтобы он «не действовал во время полового акта чётко по программе, а довольствовался фрагментарно сохранившейся нежностью, например, в виде взаимной сексуальной предыгры, любовной прелюдии». Мы также советуем «пациентам, чтобы они объяснили своим партнёршам, что мы пока строго запретили им коитус: в действительности, пациент не должен придерживаться ни краткосрочного, ни долговременного запрета, просто избавленный теперь от давления сексуальных требований, исходивших со стороны партнёрши, при приближении к главной цели он становится более настойчивым, рискуя, что будет отвергнут партнёршей как раз со ссылкой на официальный запрет коитуса. Чем резче его отвергают, тем сильнее он

будет настаивать».

Готфрид Качановски (Kaczanowski) рассказывает об одной супружеской паре, которую он консультировал. Они были женаты всего несколько месяцев. Муж оказался импотентом и был этим глубочайше подавлен. Они вступили в брак по любви, и молодой человек был настолько счастлив, что у него была одна-единственная цель - сделать свою жену как можно более счастливой, в том числе и в сексуальном плане, то есть предоставить ей возможность пережить максимально интенсивный оргазм. После нескольких сеансов Качановски подвёл молодого супруга к пониманию того, что как раз это гипертрофированное намерение дать партнёрше возможность пережить оргазм и лишило его собственной потенции. Кроме того, он понял, что, только отдав супруге «всего себя», он сможет дать ей больше, чем оргазм как таковой, при этом последний придёт автоматически, если юноша не будет к этому стремиться. По правилам логотерапии Качановски предписал в дальнейшем запрет на коитус, что, по-видимому, освободило пациента от страха ожидания. Как и предполагалось, спустя несколько недель пациент игнорировал запрет на коитус, его супруга некоторое время сопротивлялась этому, затем сдалась, и с тех пор сексуальная жизнь этой пары нормализовалась на все сто процентов.

Аналогичен и случай, описанный Дарреллом Барнетом (Burnett), где дело было не в импотенции, а во фригидности: «Женщина, страдавшая фригидностью, постоянно наблюдала за тем, что происходит её организме во время полового акта, пытаясь сделать всё именно так, как описано в учебниках. Ей порекомендовали переключить внимание на супруга. Неделю спустя она испытала оргазм». Как и в случае пациента, описанного Качановски, с гиперинтенцией удалось справиться при помощи парадоксальной интенции, а именно при помощи запрета на коитус, так и у пациентки Барнета гиперрефлексию удалось устранить при помощи метода дерефлексии, а это могло произойти только тогда, когда пациентка снова обрела способность к самотрансценденции.

Иногда этот «фокус» можно разыграть только в том случае, если ни один из партнёров не посвящён в его секрет. Насколько изобретательным нужно быть в подобных ситуациях, становится понятным из следующего сообщения, за которое я признателен Мирону Хорну (Horn), одному из моих прежних студентов: «Одна молодая пара обратилась ко мне по поводу импотенции супруга. Его жена не раз говаривала ему, насколько он жалок как любовник, и теперь она подумывала о том, чтобы сойтись с другим мужчиной и, наконец-то, получить сексуальное удовлетворение. Я настойчиво попросил их обоих каждый вечер, по крайней мере, один час проводить вместе в постели обнажёнными и делать всё, что им нравится; единственное, что не допустимо ни при каких обстоятельствах, сказал я, — это коитус. Через неделю я увидел их снова. Они попытались, по их словам, точно следовать моим указаниям, но «к сожалению» трижды дело дошло до совокупления. Я резко высказал своё недовольство и настаивал на том, чтобы они хотя бы в течение следующей недели строго придерживались инструкций. Прошло всего несколько дней, как они позвонили и вновь признались, что были не в состоянии следовать моим наставлениям и более того, совершают коитус теперь по несколько раз в день. Через год я узнал, что у них всё совсем наладилось».

Бывают, однако, случаи, когда мы должны посвятить в свой «фокус» не самого пациента, но его партнёршу. Так произошло в следующем случае. Участница одного из семинаров по логотерапии, который вёл Джозеф Фабри (Fabry) в университете Беркли, под его руководством применила наш метод на своём собственном партнёре, который был психологом по профессии и занимался консультированием по проблемам сексуальных отношений. (Образование он получил у Мастера и Джонсона). Этот консультант по проблемам сексуальных отношений, как выяснилось, сам страдал нарушением потенции. «При использовании метода Франкла, — так нам написали, — мы решили: Сюзан скажет своему партнёру, что она наблюдается у врача и тот прописал ей кое-какие лекарства, велел не совершать коитуса в течение месяца. Разрешены любые интимные отношения, но без акта совокупления. На следующей неделе Сюзан рассказала, как хорошо всё подействовало». Но спустя некоторое время произошёл рецидив. Однако Сюзан, студентка Фабри, оказалась достаточно изобретательной, чтобы на этот раз

самостоятельно справиться с нарушениями потенции у своего партнёра: «Поскольку повторить байку насчёт предписаний врача она не могла, то сказала своему другу, что она очень редко достигает оргазма, и попросила его не доводить дело до коитуса в ближайшую ночь, а помочь ей пережить оргазм». Она взяла на себя роль пациентки, предоставив своему партнёру выступить в качестве практикующего консультанта по сексуальным проблемам, и, таким образом, буквально «затащила» его в самотрансценденцию. Это сопровождалось также дерефлексией и позволило исключить ставшую столь патогенной гиперрефлексию партнёра. «И опять всё получилось. С тех пор никаких проблем с импотенцией уже не было».

Густав Эрентраут (Ehrentraut), калифорнийский сексопатолог, однажды лечил пациента, который с шестнадцати лет страдал *ejaculatio praecox* [*Ejaculatio praecox* (лат.) - преждевременное семяизвержение.]. Сначала с молодым человеком работали в рамках поведенческой терапии, но это не приносило никаких результатов в течение двух месяцев. «Я решил попробовать парадоксальную интенцию Франкла, - пишет врач дальше. - Я сообщил пациенту, что, поскольку он не может избавиться от своей проблемы, то должен стремиться только к тому, чтобы получить удовлетворение». Далее Эрентраут порекомендовал пациенту стараться сделать коитус как можно более кратковременным, и парадоксальная интенция привела к тому, что продолжительность коитуса увеличилась в четыре раза. О повторных нарушениях эякуляции с тех пор сообщений не было.

Ещё один калифорнийский сексопатолог, Клод Фаррис (Farris), прислал мне сообщение, из которого следует, что парадоксальная интенция может быть применена и в случаях вагинизма. Для пациентки, воспитанной в одном из католических монастырей, сексуальность была очень строгим табу. Она обратилась к врачу по поводу сильных болей во время коитуса. Фаррис порекомендовал ей не расслаблять мускулатуру гениталий, а вместо этого всеми силами так напрячь мускулатуру влагалища, чтобы партнёр не мог в него проникнуть. Спустя неделю оба партнёра пришли снова и сообщили, что впервые в их супружеской жизни коитус был безболезненным. О рецидивах болей известий не поступало. Данное сообщение напоминает о возможности использования парадоксальной интенции для снятия напряжения вообще.

В этой связи нужно упомянуть эксперимент, поставленный Дэвидом Норрисом (Norris), калифорнийским учёным. Испытуемому Стиву было велено расслабиться как можно сильнее, что он и пытался сделать, но безо всякого успеха, поскольку слишком активно стремился к этой цели. Норрис мог данный эффект наблюдать очень точно, поскольку к испытуемому был подключён электромиограф, стрелка которого постоянно отклонялась на 50 мкА. Тогда Стив услышал от Норриса, что никогда в своей жизни он не сможет по-настоящему расслабиться. На это Стив разозлился: «Да иди она к чёрту, ваша релаксация. Плевал я на эту релаксацию». И в этот момент стрелка электромиографа быстро опустилась на отметку 10 мкА. «Она сделала это с такой скоростью, — пишет Норрис, - что я подумал, не отключился ли прибор от сети. Во время следующего сеанса Стив расслабился довольно успешно, потому что он больше не старался расслабиться».

Нечто аналогичное можно сказать о различных методах медитации, которые сегодня широко используют для релаксации, не говоря уж о деятельности сект. Так, мне пишет одна дама, американский профессор: «Недавно я проходила обучение методике трансцендентной медитации, но отказалась от этого спустя несколько недель, потому что поняла, что медитирую спонтанно сама по себе, но когда я начинаю медитировать "официально", то, на самом деле, всякая медитация для меня прекращается».

## **Учение о неврозах и психотерапия**

### **Основы учения о неврозах**

*... tu laborem et maerorem consideras, ut ponas ea in manibus tuis*  
[... tu laborem et maerorem consideras, ut ponas ea in manibus tuis - (лат.) ... ты рассматриваешь труд и печаль, как кладёшь их в руки твои.]

## I. Учение о неврозах как проблема

### К вопросу о дефинициях и классификации невротических расстройств

Слово «невроз» впервые ввёл Уильям Куллен (1777) [Уильям Куллен (Cullen), 1710-1790, шотландский врач - (прим. пер.)]. Однако легко можно впасть в заблуждение, если полагаться в определении неврозов на дефиницию Куллена, поскольку с тех пор произошло существенное изменение значения этого понятия. Можно сказать, что в ходе времени различные значения накладывались здесь одно на другое. Отсюда понятно, почему многие исследователи выступали за полный отказ от термина «невроз». Другие считали сие понятие слишком расплывчатым и абсолютно ненужным. Однако, несмотря на все нападки, термин оказался, по-видимому, неискоренимым.

Собственно говоря, очевидно, что в соответствующей литературе наблюдается две тенденции относительно определения границ понятия «невроз»: инфляционистская и дефляционистская. Что касается последней, то наиболее выдающимся её представителем является Вернер Виллингер (Willinger), который ратует против расширения понятия и против увеличения его объёма. По другую сторону оказываются такие авторы, как Рюмке (Rumke), который распространяет границы понятия столь широко, что даже не считает невроз заболеванием, то есть нозологической единицей, а рассматривает его как синдром - единицу симптоматологическую.

Мы хотели бы найти золотую середину между этими крайними позициями, поскольку проводим чёткое различие между собственно неврозами в узком смысле слова, с одной стороны, и неврозами в широком смысле, с другой. Таким образом, мы можем отграничить собственно неврозы от псевдоневрозов, не считая при этом, что приставку «псевдо» обязательно нужно произносить - вполне можно её опускать.

В качестве рабочей гипотезы и гораздо в меньшей степени в эвристическом смысле мы предлагаем исходить из положения, что у нас есть право назвать невротическим любое заболевание, являющееся психогенным.

Если занять такую исходную позицию, то легко складывается схема возможных болезненных состояний человека. В качестве критериев нозологической классификации мы используем:

1. симптоматологию или феноменологию и
2. этиологию соответствующих заболеваний.

Таким образом, мы подразделяем болезни как по их (болезненным) проявлениям, так и по тому, какие симптомы или феномены имеют в конкретном случае место, и, с другой стороны, по тому, как они возникают, то есть мы отличаем психическую или соматическую феноменологию от соматогенной или психогенной (табл. 1).

Таблица 1

Этиология	Симптоматология	
	Фенопсихическая	Феносоматическая
Соматогенная	Психоз	Заболевания в обычном смысле слова
Психогенная	Психоневроз	Органоневроз

Сначала мы видим психоз как заболевание с психическими проявлениями (психическая феноменология), однако его возникновение обусловлено соматическими причинами (соматогенное заболевание). Из этого, конечно, вовсе не следует, что предполагаемые

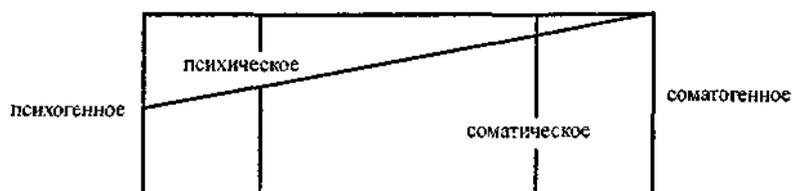
соматические причины психоза научно исследованы. (Если угодно, можно говорить о психозах как о криптосоматических заболеваниях). Курт Шнайдер, в частности, называет скандалом психиатрии то, что причины эндогенного психоза до сих пор неизвестны. Утверждение насчёт соматогенной природы никоим образом не означает, что соматогенные заболевания не поддаются психотерапевтическим методам воздействия.

Вышесказанным мы очертили границы, а там, где есть границы, есть и пограничные случаи. Нужно только остерегаться искушения что-то доказывать или опровергать на основании этих пограничных случаев, потому что при их помощи можно абсолютно всё доказать и абсолютно всё опровергнуть или, что то же самое, абсолютно ничего не доказать и ничего не опровергнуть. Юрг Зутт (Zutt) вполне справедливо указывает на то, что есть живые существа, о которых мы не можем без затруднения сказать, принадлежат ли они к растениям или к животным, но, несмотря на это, никому не придёт в голову на таком основании отрицать, что между животными и растениями имеется существенное различие. Хайер (Heyer) утверждает, что никто не может взять на себя смелость оспаривать существование различий между мужчиной и женщиной, основываясь на фактах гермафродитизма.

Никоим образом нельзя отрицать, что психическое и соматическое (а не только психогенное и соматогенное) образуют в человеке некое тесное единство - психосоматическую цельность человеческого существа. Однако при этом нельзя упускать из виду, что это единство не идентично самости или целостности. Значит, как бы тесно ни было связано в человеке психическое и соматическое друг с другом, речь всё-таки идёт о различных по своей сути проявлениях бытия; общим же в обоих случаях является только то, что это проявления одного и того же бытия. Между этими проявлениями бытия сохраняется непреодолимая пропасть. Мы ничего не можем поделать с тем, что, например, физическое - лампа, которую я вижу перед собой или над собой, светлая и круглая, тогда как - психическое - восприятие этой же самой лампы или - не менее психическое - представление о ней (едва я закрою глаза) может не быть ни светлым ни круглым: представление, к слову, может быть очень ярким, но никак уж не круглым.

Сам по себе интересен вопрос, как перед лицом непреодолимой даже в теории пропасти между психическим, с одной стороны, и соматическим, с другой, - этими абсолютно различными способами проявления единства человеческого бытия, мы можем сохранить и уберечь свой человеческий облик, свой человеческий образ. На мой взгляд, это возможно только в рамках онтологически многомерного подхода к психофизиологическим явлениям. Поскольку мы говорим об этих способах проявления только по аналогии со ступенчатыми или многослойными конструкциями, например, в терминах Николая Гартмана (Hartmann) или Макса Шелера, то существует опасность, что суть человека, так сказать, распадётся на телесное и душевное, как будто это бытие, как будто сам человек «составлен» из тела и души (и духа). Но если я, скажем, спроецирую стакан, стоящий передо мной на столе, на плоскость столешницы, то в результате получится круг, а если я сделаю боковую проекцию стакана, то в результате получится прямоугольник; несмотря на это, мне никогда не придёт в голову отстаивать утверждение, что стакан составлен из круга и прямоугольника. Ничуть не в большей степени я имею право говорить, что человек составлен из тела и души (и духа). По той же самой причине нельзя рассматривать телесное и душевное как ступени или слои, существующие сами по себе, но только как измерения единой целостной человеческой сущности. Лишь в этом случае можно адекватно понять, с точки зрения антропологии, это единство и эту целостность. Лишь в этом случае можно постичь совместимость несоизмеримого, единство человеческого существа, несмотря на многообразие составляющих его измерений.

Итак, мы установили: несмотря на единство человеческого существа, имеется принципиальное различие между соматическим и психическим как его составляющими (такую важную его составляющую как духовное, мы также должны будем обсудить). И ничего не меняется от того, что различие между психогенезом и соматогенезом носит градуальный характер. Мой учитель Освальд Шварц обычно набрасывал в этой связи одну схемку (рис. 4).



(психическое, психогенное, соматогенное, соматическое)

Рис.4.

На этой схеме вертикали обозначают различные заболевания с большим или меньшим психо- или соматогенным компонентом. Любое заболевание всегда является в большей или меньшей степени психо- или соматогенным. Соответственно его место в пределах данной схемы будет различным, а вертикаль, представляющая некоторое заболевание, может смещаться. Неподвижной и резкой границей всегда остаётся диагональ, то есть граница между психической и соматической областями как таковыми, как некоторыми онтологическими зонами, как антропологическими измерениями.

Впрочем, справедливо и следующее: каждое заболевание всегда включает в себя как психо-, так и соматогенный компонент, только в различных соотношениях. Для нас как врачей, как психотерапевтов, с прагматической точки зрения, важнейшим, но не единственным, является вопрос о том, сколько психогенеза и сколько соматогенеза входит в этиологию конкретного случая; кроме того, для нас имеет значение, что является первичным - психогенез или соматогенез. В этом смысле, то есть в смысле нашего требования целенаправленной терапии, перефразировать старую мудрую поговорку «*qui bene distinguit, bene docet*» [*Qui bene distinguit, bene docet (лат.)* - кто хорошо различает - тот хорошо излагает.] и сказать: «*qui bene distinguit, bene curat*». [*Qui bene distinguit, bene curat (лат.)* - кто хорошо различает - тот хорошо лечит.]

Не может быть возражений против того, что речь никогда не должна идти о первичности психо- или соматогенеза, поскольку в каждом отдельном случае психические и соматические каузальные компоненты образуют каузальное кольцо, и соматическое всегда обусловлено психическим, а психическое - соматическим. Здесь нет оснований для возражений, поскольку речь может идти только о круге причин, если мы рассматриваем поперечный срез конкретного заболевания, тогда как рассмотрение продольного среза приводит к тому, что, в действительности, разговор идёт о *каузальной спирали*. Таким образом, в каждом конкретном случае вполне возможно решить, откуда данный круг берёт своё начало — в психической или соматической области, - но впоследствии всё равно имеет место взаимное обусловливание психического и соматического. (Не возникает возражений и в том плане, что наш вопрос о первичности психо- или соматогенного напоминает вопрос о курице и яйце: что же было раньше - курица или яйцо, однако в конкретном случае сидящей здесь передо мной курицы и лежащего здесь передо мной яйца я могу сказать с абсолютной точностью, что было раньше). Каузальное кольцо представляет собой всего лишь проекцию каузальной спирали, то есть имеет на одно измерение меньше, и в данном случае этим отсутствующим измерением является время. [Ср.: Вайтбрехт (H. Weibrecht) «Критика психосоматики», 1955, стр. 87-88: «Сегодня удивительная, как философский камень, идея психосоматической одновременности зачастую приводит в частном случае к сомнительному упрощению телесно-душевных проблем... не считая банальности утверждения, что при любых душевных проявлениях присутствует нечто соматическое хотя бы в качестве их носителя. Ради кажущегося познания цельности выносятся за скобки содержание проблемы последовательности, протекания во времени, компенсации и декомпенсации взаимосвязей между рядами телесных и душевных феноменов... Существует множество вариантов установления возможных взаимосвязей: от констатации простого наложения духовно-душевного слоя на организменный до обратного действия духовно-душевного на этот несущий слой...».]

Вернёмся же к исходному пункту наших размышлений, и тогда мы сможем определить невроты как психогенные заболевания и, более того, как заболевания, первично психогенные. По крайней мере, это определение справедливо для невротозов в собственном смысле слова, хотя и не для псевдоневротозов, или, как мы ещё можем сказать, для невротозов в узком смысле слова.

Если из схемы на рис. 4 мы извлечём, так сказать, нижнее правое поле и увеличим его, то получится то, что представляет собой действие психического в соматической области и о чём говорят, когда речь идёт об органоневрозах - психогенных феносоматических заболеваниях. Если мы в этом случае сопоставим подлинные (органо) невроты с псевдоневрозами, являющимися невротами не в узком смысле слова, а в расширенном, то мы должны будем, прежде всего провести различие между «проявлением» и чистым «пусковым механизмом». (Это различие между проявлением, с одной стороны, и пусковым механизмом, с другой, важно не только в отношении невротозов, но и в отношении психозов: психозы как соматогенные (фенопсихические) заболевания при определённых обстоятельствах, несмотря на их принципиальный соматогенез, могут быть спровоцированы из психического).

Есть также заболевания, которые только запускаются из психического и не бывают, собственно говоря, вызваны или обусловлены психическим, то есть не являются психогенными в узком смысле слова. Если психическое не обуславливает заболевания, а лишь выступает в качестве пускового механизма, то мы называем такие заболевания психосоматическими (табл. 2).

**Таблица 2**

ноогенные				ноэтические
психогенные	психосоматические	функциональные	реактивные	психические
			ятрогенные	соматические
Проявление	Пусковой механизм	Проявление	Обратное действие	

(ноогенные, ноэтические, психогенные, психосоматические, функциональные, реактивные, ятрогенные, психические, соматические, проявление, пусковой механизм, проявление, обратное действие)

Бывает, что речь идёт о подлинном следствии, но не о проявлении психического в соматической области, как в случае истинного органоневроза, а, скорее, наоборот, о действии соматического в психической области. Как мы уже знаем, такие заболевания (согласно нашей схеме фенопсихические и соматогенные) являются *ex definitione* [Ex definitione - (лат.) по определению.] психозами; мы здесь будем говорить о таких фенопсихических соматогенных заболеваниях, имея в виду преимущественно функциональные нарушения вегетативного и эндокринного характера, которые иногда протекают моносимптомно, причём этот моносимптом является психическим; в этой связи было бы вполне естественно исключить возможность квалифицировать такие заболевания как психотические. (Сравните те случаи, которые имеет в виду Гофф (G. Hoff), когда говорит о «врождённых или приобретённых аномальных вегетативных реакциях», характеризующихся тем, что «пациент отклоняется в симпатическую или парасимпатическую сторону», поскольку в этом «известную роль играют аномалии деятельности желез внутренней секреции»). Мы осознанно отказываемся от рассмотрения психозов, и имеем право это сделать, поскольку собираемся вести речь только о невротозах и псевдоневротозах, или о невротозах в узком и широком смысле слова. Невротозоподобные состояния, при которых имеет место действие соматического в психической области, мы называем функциональными заболеваниями.

На определённое столь расплывчатое «функциональное» проявление (вегетативное и эндокринное) нарушения соматических функций в психической области любой пациент имеет обыкновение как-нибудь реагировать психически. В таких случаях речь идёт об обратном психическом действии на изначально соматические нарушения. И это обратное действие, эту реакцию мы называем реактивным невротозом. При этом мы, конечно, должны дополнительно заметить, что в случае реактивных невротозов можно говорить и о невротической реакции на что-либо психическое, что (в смысле функциональных заболеваний) является не соматогенным, а психогенным.

Может даже оказаться, что «за» реактивным невротозом или невротической реакцией стоит врач, если только поводом к невротической реакции послужило необдуманное или

бездумное высказывание врача. В этом случае мы говорим о, так сказать, подгруппе реактивных неврозов - о ятрогенных неврозах.

Может случиться, что «по ту сторону» психогенеза психогенного невроза (теперь мы уже не говорим о чистых органоневрозах) собственную причину заболевания нужно искать не в психической области, а в той, которая располагается существенно выше психической - в ноэтической области, в области духовного. В таких случаях, когда, в конечном счёте, в основе этиологии соответствующего невроза лежат духовная проблема, угрызения совести или экзистенциальный кризис, мы говорим о ноогенных неврозах [От выражения «ноэтический невроз» мы предпочли бы отказаться, как и от выражения «экзистенциальный невроз», просто потому, что ноэтическое или экзистенциальное само по себе не может быть невротическим, и невроз, следовательно, также не является ни ноэтическим, ни экзистенциальным; правда, экзистенциальная фрустрация, например, может быть патогенной (она таковой не должна быть, но «факультативно» бывает патогенной), однако не является патологичной.]. В случае духовной области речь идёт о таком измерении, которое мы до сих пор, когда говорили о соматическом и психическом как о размерностях человеческого бытия и возможных человеческих заболеваниях, оставляли за пределами нашего внимания. Это третье, духовное измерение, имеет прямое отношение к полноте человеческого бытия во всей его «целостности», но не только как особое измерение, а как раз такое, которое (хотя и не оно одно) собственно и является размерностью человеческого бытия, поскольку только тогда, когда человек конституирует себя в подобных (духовных) действиях, он, так сказать, выходит из сомато-психической плоскости и поднимается в духовное измерение.

## **II. Теория неврозов как система**

### **1. Эндогенные психозы**

#### ***Человек и психоз***

#### **1. Психогенез психозов**

##### 1.1. Криптосоматический генез

В последующем изложении не будет, собственно, ничего нового, только старое, по-новому упорядоченное, и новое, старому подчинённое.

Мы знаем классификацию человеческих болезней согласно двум классификационным принципам: симптоматологии и этиологии. Мы различаем фенопсихические заболевания и феносоматические по тому, являются ли их симптомы психическими или соматическими, а в том, что касается этиологии - сомато- и психогенные заболевания. Согласно этой классификационной схеме психозы относятся к фенопсихическим соматогенным [По эвристическим причинам мы сначала поступим так, как будто психоз в худшем случае является соматогенным заболеванием, и посмотрим, сколько пространства останется для психогенеза, который, конечно, лучше было бы назвать психической патопластикой или провокацией из психического.] заболеваниями.

Соматогенез психозов, разумеется, можно представить не только на поперечном срезе; скорее, он включает в себя, если рассмотреть продольный срез, также и наследственные факторы.

Как недостаточно взаимосвязей, извлечённых на свет так называемой психосоматической медициной, для того, чтобы усомниться в соматогенезе «болезней в банальном смысле слова», так недостаточно и уже цитированной книги Шнайдера «Скандал психиатрии», чтобы что-то изменить в принципиальном соматогенезе психотических заболеваний, и даже независимо от всех заболеваний, которые ещё будут обсуждаться по отдельности, мы утверждаем соматическое происхождение подобных недугов. При столь «скандальных» обстоятельствах, разумеется, ничто не мешает нам говорить о криптосоматическом, то есть таинственно-соматическом генезе, просто ради того, чтобы это дитя имело хоть какое-то имя.

Принципиальный соматогенез ни в коей мере не исключает возможности частичного психогенеза. Однако «частичное» здесь нужно понимать как структурно-частичное, а не как аддитивное. *Соматогенез* и *психогенез*, а также *ноогенез* и *социогенез*, о которых речь ещё впереди, нельзя суммировать. Дело, скорее, в значении, которое имеет каждый из них, и это значение локализовано в различных измерениях человеческого бытия; психоз распространяется на различные измерения человеческого бытия, и психиатрия должна отслеживать его во всех этих измерениях. И прежде всего мы не должны допускать контаминации, то есть смешивания разных измерений. Однако, это всегда происходит при той путанице, о которой речь пойдёт ниже.

## 1.2. Следствие и причина

Нам, психиатрам, хорошо известен феномен, который мы называем «вторичной рационализацией». Он встречается, если, например, пациент-парафреник придаёт какой-либо смысл галлюцинациям телесных ощущений, которыми он страдает. В прежние времена больные считали себя одержимыми дьяволом, в более близкие к нам десятилетия больные говорят о гипнозе, под воздействием которого, они якобы находятся, или, как часто бывает в самые последние годы, включают в систему своих бредовых объяснений радары. Но как часто мы не замечаем того, что родственники наших пациентов тоже прибегают к вторичной рационализации? Мы слышим, к примеру, что заболевание шизофренией у девушки обусловлено разрывом помолвки, или что избыточная мастурбация привела к развитию психоза у юноши. Во всех этих случаях дело заключается в смешении *post* [*Post (лат.)* - после этого.] и *propter hoc* [*Propter hoc (лат.)* - вследствие этого.], при этом, как правило, остаётся незамеченным то, что данное *hoc* [*Нос (лат.)* - это.] само по себе и со своей стороны является *effectus* [*Effectus (лат.)* - результат, следствие.]. Если говорить о последнем примере, то избыточное мастурбирование есть не причина заболевания, а его проявление. Другими словами, не патогенный, но патогномичный факт. Собственно говоря, мы не можем по этому поводу винить психиатров в том, в чем сами далеко не без греха - в склонности ко вторичной рационализации. Ведь как часто нами играет наша потребность найти причину всего и вся! В особенности это касается психических травм, комплексов и конфликтов, нередко описываемых и обвиняемых в патогенности; при этом многие из них нужно рассматривать не как патогенные, а всего лишь как патогномичные. То, что психическая травма или психический комплекс проявились вообще, как и то, что некто не вырос из своих конфликтов, относится к области симптоматологии, а не как не к области этиологии соответствующего психоза.

Рассмотрим в качестве примера эндогенную депрессию. Как мы уже пытались доказать в другом месте, при этом заболевании человек слишком глубоко и слишком сильно переживает и ощущает столь свойственное людям напряжение между сущим и должным. Пациент в своём сущем всегда остаётся должником собственного долженствования, и это помещает его под всё увеличивающую и искажающую лупу эндогенной депрессии. Расстояние от сущего до должного ощущается и переживается как пропасть. Но само по себе напряжение между сущим и должным, напряжение бытия, как мы его называем, само по себе расстояние между «есть» и «должно быть» неиссякаемо и неискоренимо: пока человек находится в сознании, он всегда что-нибудь должен. И никоим образом нельзя думать, как будто это повышенное напряжение бытия, это достигшее глубины пропасти ощущение расстояния до «должен» является причиной возникновения эндогенной депрессии (в смысле патогенеза); скорее, сама по себе эндогенная депрессия создаёт эту пропасть (в смысле патогномики). Не напряжение бытия делает человека больным, а заболевание эндогенной депрессией заставляет больного воспринимать и ощущать это напряжение в искажённом и чрезмерно преувеличенном виде.

Но что же такое эндогенная депрессия сама по себе? Несмотря на всё сказанное, она представляет собой нечто соматогенное - некий «соматоз». И именно поэтому, вероятно, её наиболее точно можно охарактеризовать как пониженную витальность или витальное снижение. Допустимо также говорить о понижении уровня «биотонуса» (Эвальд (Ewald)).

Как быть, когда при понижении уровня воды, при отливе, вдруг становится виден риф? Несмотря на это, никто ведь не отважится утверждать, что риф - причина отлива; наоборот:

только благодаря отливу риф можно обнаружить. Почему же с пропастью между «есть» и «должен» всё обстоит иначе? Разве она не становится видна, не обнажается только благодаря эндогенной депрессии, то есть вследствие этого понижения уровня витальности? Тогда можно сказать: *в столь малой степени отлив обусловлен рифом, который вдруг появляется на поверхности воды, в столь же малой степени и психоз обусловлен психической травмой, комплексом или конфликтом.*

Продолжим сравнение с отливом: увеличьте силу отлива, и риф станет больше. То же самое происходит и при снижении уровня витальности, получившего название эндогенной депрессии. *Мы знаем одну пациентку с эндогенной депрессией, которая в Первую мировую войну временно работала на почте, по необходимости заменяя коллегу-мужчину, а спустя десять лет, находясь в состоянии амнезии во время приступа эндогенной депрессии, случайно украла почтовую сумку, полную корреспонденции. Как известно, едва ли можно говорить о реальной вине пациентки, страдающей эндогенной депрессией с бредом самообвинения. Действительно, более внимательная беседа показала, что эта кража связана со старой, пустой почтовой сумкой, безо всякой корреспонденции!* То, что пациентке, вообще, пришло в голову совершить сие крохотное преступление, есть проявление эндогенной депрессии, а никак не её причина. Ни большая субъективная, ни маленькая объективная вина не были в этом случае патогенными; они были всего лишь патогномичными.

### 1.3. Причина и пусковой механизм

Кроме указанной путаницы в отношениях между следствием и причиной, психиатрия нередко впадает в ещё одну ошибку: пренебрегает различиями между подлинной психологической причиной, с одной стороны, и психическим проявлением, с другой. Заболевания, не обусловленные, но проявляющиеся психически, не заслуживают названия психогенных: в этом случае, скорее всего речь идет о псевдопсихогенезе.

Тривиально указывать на то, что психические заболевания, к числу которых относятся психозы, могут проявляться вследствие какого-либо возбуждения. Но на что при этом нужно обратить внимание, так это на необязательность связи этого возбуждения со страхом: не только тревожное, но и радостное возбуждение может быть проявлением психического заболевания. Либо одно либо другое - речь идёт о типе психологического стресс-эффекта. С другой стороны, однако, нельзя упускать из виду и того, что фактор, патогенный, в смысле наличия в психическом пускового механизма, может сыграть свою роль не только при экстремальных нагрузках, но и при устранении нагрузки, при внезапном и резком расслаблении, и это необходимо учитывать. Я только упомяну в этой связи характерную ситуацию освобождения из концентрационного лагеря или из плена. [В. Франкл «Врачевание души», 1946. «Внезапное освобождение, избавление от психологического гнёта, таит в себе... большую опасность. В характерологическом отношении угроза заключается в некоем подобии душевной кессонной болезни».]

Однако сущность психотических заболеваний такова, что при известных обстоятельствах они совсем не нуждаются в пусковом механизме. И уж поскольку речь шла о концентрационном лагере, можно упомянуть об одном пациенте, который, будучи заключённым в лагере Дахау, страдал манией, однако после освобождения, несмотря на неожиданную радость вдруг представившейся возможности эмигрировать, находился в глубоко подавленном состоянии в смысле меланхолической фазы. Всё это говорит лишь об абсолютной независимости подлинного психоза от судьбы, или, если угодно, от фатальности самого психотического процесса. По этому поводу имеются достаточные статистические данные, полученные в результате исследования, проведённого Хиршманном (J. Hirschmann), об относительной стабильности в окружающей среде как психозов, так и неврозов. [Мальцахер (M. Malzacher), Мерц (J. Merz) и Эбнёттер (D. Ebnoter) из научно-исследовательского отдела психиатрической клиники Цюрихского университета на выборке из 70 пациентов, впервые заболевших шизофреническим психозом, не смогли подтвердить, что важные жизненные события действительно играют роль пускового механизма при шизофреническом психозе, как это постулировали Браун (Brown) и Бирли (Birley).]

И наконец, возможность «запуска» психотических заболеваний (если не говорить о

причинности!) из соматической области - хорошо известный и общепризнанный факт: мы помним о типичном механизме создания картины психотических состояний такими интеркуррентными заболеваниями как typhus abdominalis [Typhus abdominalis (*лат.*) - брюшной тиф; однако вызов typhus возможен также и из психического, на что указывают эксперименты Хоффа и Хайлига.], или commotio cerebri [Commotio cerebri (*лат.*) - сотрясение головного мозга; см.: В. Франкл «Маниакальная и депрессивная фазы после травмы черепа» Monatschrift fur Psychiatrie und Neurologie 119, 307, 1950.]. Однако не только подобные патологические, но даже физиологические процессы выступают в роли пусковых механизмов, действующих из соматической области. Необходимо упомянуть, что пубертат представляет собой типичный возрастной период манифестации шизофренических сдвигов (настолько типичный, что это заболевание раньше носило название dementia praecox [Dementia praecox (*лат.*) - раннее слабоумие.], тогда как для манифестации какой-либо фазы эндогенной депрессии наиболее типичным считается климактерический период. Оба этих периода (и пубертат, и климакс) действуют как эндокринные пусковые механизмы, при этом никому не придёт в голову классифицировать эндогенную депрессию как эндокринное заболевание.

Само собой разумеется, что именно в случае эндогенно-депрессивных состояний, связанных с климаксом, одновременно встаёт вопрос о механизме запуска, действующем из психической области: мы имеем в виду ту панику, которая возникает «перед закрытием городских ворот» и подведении *экзистенциального итога* - итога того, что человек остался должен жизни и что жизнь ещё должна ему. Если этот экзистенциальный итог оказывается отрицательным, пусть только субъективно или мнимо, то всё-таки, в меньшей степени, можно, если угодно, говорить о психическом механизме запуска эндогенно-депрессивного психоза, ибо, скорее, имеет место комбинация эндогенной, психотической депрессии с психогенной, невротической.

Если мы зададимся вопросом, в чём же, собственно, в конечном счёте, заключается различие между причиной и пусковым механизмом, то надо сказать, что, в некотором смысле, пусковой механизм тоже является причиной, если не главной, то наверняка косвенной. Однако косвенная причина в этом смысле представляет собой не только пусковой механизм, но и то, что обычно называют условием. «Обуславливать что-то» - всё-таки не то же самое, что «быть причиной» или «вызывать». Бывают, как известно, так называемые необходимые и достаточные условия, и если главную причину можно считать достаточным условием, то пусковой механизм, поскольку его тоже можно представить как условие, являясь косвенной причиной, не может быть назван ни достаточным, ни даже необходимым условием; для него мы, наверное, должны использовать новый термин - возможное (всего лишь) условие!

#### 1.4. Психический патогенез и психическая патопластика

##### 1.4.1. Тематическая патопластика

В самом широком смысле слова содержание является психогенным: например, содержание бреда - это факт, с которым все уже давно согласны или на котором с давних пор настаивают. Каждый раз психогенный в таком широком смысле слова материал включается в тематику бредовых идей.

*Заслугой психоанализа* является то, что он аналитически исследовал факторы, участвующие в тематике развития бредовых мыслей, не без намерения проследить их до раннего детства. И с полным правом: само собой разумеется, что индивидуум словно разворачивается как временной гештальт, каковым он является, и раскрывается в жизни, раскручивая её назад, так что только обзор всей развернувшейся жизни даёт представление об индивидуальном, об индивидууме как таковом.

*Индивидуальная патопластика*. Но это касается не только чего-либо патологического: и в нормальном состоянии предполагается, в зависимости от индивидуальности, то или иное содержание сознания. В случае последующего заболевания мы имеем обыкновение говорить об этих всегда предполагаемых содержаниях сознания во всей их общности как о преморбидной личности. Вокруг них, выступающих в качестве темы, вертятся мысли пациентов «подобно иголке, застрявшей в канавке граммофонной пластинки», как метко

выразилась одна из наших пациенток. Получается так, что один пациент не может освободиться от своего чувства долга тогда как долг, моральный долг, другого пациента заботит в меньшей степени, чем его долги - долги финансовые. В первом случае нам приходится иметь дело с бредом виновности, а в последнем - со страхом обнищания. Если на первый план выступают ипохондрические бредовые идеи, то это ведёт к страху перед болезнями.

*Коллективная патопластика.* Само собой разумеется, что «выбор» бреда, как мы хотели бы это назвать, не в последнюю очередь зависит от коллективной совокупности мыслей и, при известных обстоятельствах, от коллективистского мышления современности. И в этом смысле в рамках этиологии психозов с полным правом можно говорить о *социогенезе*. Это было бы верно в параклиническом смысле, в том смысле, в каком мы имеем право говорить и о коллективных неврозах. Тогда мы имели бы также и право говорить о коллективных психозах: ибо мы под этим понимаем только совокупность социогенных и коллективных элементов и моментов в том виде, как они проникают в индивидуальные психозы - психозы в клиническом смысле слова.

Прослеживание этих элементов и моментов могло бы стать предметом исследований в области *патологии духа современности*. Но сами психозы всегда являются выражением и отражением такой патологии; ибо времени, духу времени, болезням духа современности соответствуют преобладающие идеи, то есть время управляет ими и со временем они меняются. Одним словом, речь идёт о смене доминанты господствующих идей.

Так, мы знаем, что типичная скрытая эндогенная депрессия в двадцатые годы, как правило, маскировалась под картиной педантичных навязчивых идей, тогда как сегодня она преимущественно выступает в облике ипохондрических идей страха, протекает в виде фобий и на этом основании скрывается под диагностической вывеской вегетативной депрессии. Кого удивит то, что в наше время эндогенно-депрессивное мышление реже вертится вокруг темы морального долга человека, чем вокруг выступающих на передний план мыслей о физическом здоровье и профессиональной трудоспособности.

#### 1.4.2. Стилистическая патопластика

*Личностная патопластика.* Психическая патопластика - в этом (но только в этом) смысле «патогенез» - проявляется здесь не только в соответствующем тематическом наполнении бреда, но и в его стилистической окраске ввиду общего «образа жизни» (*Lebensstil*) по А. Адлеру, и потому становится для нас особенно важной: этот стиль бытия преморбидной личности тоже можно проследить вплоть до психотической карикатуры.

В этом отношении мы многим обязаны не только психологии индивидуальности Адлера, но и не менее высоко должны оценить вклад, сделанный Бинсвангером (L. Binswanger) в его анализе бытия и анализе стиля психозов. На специалиста не может не произвести впечатления то, насколько анализ бытия сравним с онтологизацией индивидуально-психологического учения о «тенденциозной апперцепции».

*Личная патопластика.* Из всего, имеющего отношение к индивидуальному и личностному, можно только сказать: психоз представляет собой нечто большее, чем просто тип болезни, - он всегда является образом человеческого бытия и возможностями этого бытия. Что касается эндогенной депрессии, то специальный экзистенциальный анализ этого заболевания показал, что эндогенная депрессия, как *morbus*, представляет собой не больше и не меньше, как снижение витальности. Но человек, у которого она наблюдается - каков он, каким представляет его экзистенциальный анализ, общий экзистенциальный анализ? Как существо, которое ответственно за своё «есть» перед своим «должен». Выше мы говорили, что напряжение бытия человеком с эндогенной депрессией переживается и ощущается некоторым специфичным образом, в значительной мере преувеличенно. Итак, витальная подавленность сама по себе могла бы быть источником не более и не менее, как смутного ощущения несостоятельности; но то, что некоторый человек, поражённый этой болезнью, не только прячется, как затравленное животное, но и переживает свою несостоятельность как вину по отношению к своей совести или своему Богу, - всё это больше не связано с эндогенной депрессией как с *morbus*, но, скорее, является вкладом в болезнь со стороны

самого человека, объясняется и определяется столкновением человеческого в больном и болезненного в человеке. Оно выходит за пределы просто сниженной витальности, за пределы психосоматоза; поэтому мы должны работать с каким-то дополнением человека, с чем-то личным и трансморбидным, ибо человек духовен и уже как таковой находится по другую сторону понятий здоровья или болезни.

## **2. Экзистенциальный анализ психозов**

Показать и проявить личное в психозе - задача экзистенциального анализа. Он пытается сделать случай понятным и прозрачным в отношении конкретного человека, трансцендентировать картину болезни на образ человека. Картина болезни представляет собой всего лишь карикатуру, теневое изображение собственно человека, всего лишь его проекцию в клиническую плоскость, причём проекцию только одного измерения человеческого бытия, именно того измерения, которое, в сущности, лежит по другую сторону невроза и психоза, и внутри этого метаклинического пространства экзистенциальный анализ исследует феномены и симптомы невротического и психотического недуга.

В этом пространстве он нечто открывает и нечто пробуждает. Он открывает там человечность, невредимую и неуязвленную; которую всё ещё можно узреть за всеми невротическими расстройствами и психотическими сдвигами, если экзистенциальный анализ захочет нам её показать.

Как в некоторых случаях содержания остаются неосознаваемыми, так они в смысле неосознанной религиозности могут проникнуть прямо в психоз и через него достичь сознания, и тогда в психозе может проявиться подлинное и изначальное, то, что в нормальном состоянии остаётся латентным, спрятанным и укрытым под пологом заурядности и повседневности.

Вообще говоря, как и прежде, остаётся само собой разумеющимся то, что нормально функционирующий психофизиологический организм является условием раскрытия человеческой духовности. Нельзя только забывать о том, что психофизическое существо как бы оно ни обуславливало эту духовность, никак не может быть её причиной, не может породить эту духовность. При этом не следует упускать из виду и того, что в каждом случае оно является всего лишь психофизиологическим организмом, который подвергается некоторому воздействию, например в форме психотического заболевания. Нарушение психофизиологических функций может привести к тому, что духовная личность, стоящая за психофизиологическим организмом и, некоторым образом над ним, не сможет выразить себя, не сможет проявиться: именно это, не больше и не меньше, означает для личности психоз. Даже у Аллерса (R. Allers) мы читаем: «Недуг препятствует человеку в его самовыражении», - и автор не упускает возможности в этой связи выразительно указать на то, что сказанное касается также «тяжёлых дефектных состояний, например, при глубокой идиотии, обусловленной недостаточным развитием головного мозга, или при прогрессирующей деменции в случаях разрушения мозга».

Человеческий дух зависит от услужливости тела; да, и даже более того: это тело может отказаться от своей службы - в аналогичной ситуации я говорил об «*impotentia oboedientialis*», созданной по образцу *potentia oboedientialis* [В. Франкл "Размерности человеческого бытия", *Jahrbuch fur Psychologie und Psychotherapie* I, 186, 1953. «Тот, кто видит только биологические, психологические и социологические условия существования человека и не осознаёт своенравия человеческого духа, им противостоящего, тот подобен человеку, который видит в двигателе автомобиля только панель управления и не замечает муфты сцепления: человек может дистанцироваться от «коробки передач» своих инстинктов, традиций и окружающего мира - этих трёх «скоростей» - и, благодаря своенравию человеческого духа, «отключить» все витальные и социальные влияния. Такое своенравие не всегда необходимо, но это уже предмет другого разговора; к счастью, человек никоим образом не должен пользоваться этим постоянно, ибо человек утверждается благодаря традиции, благодаря окружающему миру и в силу своих инстинктов, по меньшей мере, так же часто, как и несмотря на традицию, несмотря на окружающий мир и несмотря на свои инстинкты».]

Если я не могу обнаружить духовного человека и до тех пор, пока я не могу его

обнаружить, поскольку психоз его забаррикадировал и скрыл из виду, до тех пор я не могу, само собой разумеется, воздействовать на него терапевтически, и *призыв к нему должен потерпеть неудачу*. Из этого следует, что логотерапевтический подход можно использовать только в клинически лёгких или средне-тяжёлых случаях психоза.

## 2.1. Интерпретация смысла и поиски смысла

Как известно, мы различаем поиски смысла и толкование смысла. Попытку интерпретировать смысл бредовых картин, о которой пойдёт речь, можно понимать как поиски смысла. Мы только не должны забывать, что при интерпретации картины бреда речь идёт о толковании смысла для меня, как для врача, а мы должны были бы спросить, есть ли какой-либо смысл в том, что скрывает психоз, не для меня, как для врача, а для самого пациента. По нашему мнению, психоз имеет какой-то смысл и для самого пациента, но этот смысл не задан, он придаётся, придаётся психозу самим пациентом: больной - вот кто придаёт своей болезни смысл. Прежде всего, он должен этот смысл найти, и он его ищет.

Вспомним о том, что экзистенциальный анализ старается не только что-то открыть, но и что-то пробудить. Он открывает человечность, невредимую и неуязвимую. Существует три экзистенциалии, которые не только характеризуют, но и конституируют человеческое существование как таковое, именно как человеческое: духовность, свобода и ответственность. И как только экзистенциальный анализ попытается открыть духовность в психотическом существовании, он сразу же займётся и тем, чтобы пробудить в нём свободу и ответственность.

Фактически даже психотическое существование обладает некоторой степенью свободы - свободы в отношении победы над психозом, а также последним остатком ответственности - ответственностью за преодоление психоза, за придание определённой формы судьбе, называемой психозом. Ибо эта судьба всё ещё может быть как-то оформлена и нужно это сделать.

## 2.2. Экфорирование и апеллирование

Экзистенциальный анализ выводит на первый план, экфорировывает, неповреждённую и неуязвимую духовность, которая всё ещё стоит за психозом; он апеллирует к свободе, которая всё ещё стоит над психозом: свобода спорит с психозом: либо она устоит перед ним, либо с ним примирится. Другими словами, экзистенциальный анализ, поскольку он является видом психотерапии или как только он становится видом логотерапии, не только экфорировывает духовное, но и апеллирует к этому духовному - он апеллирует к своеволию духа. При этом мы осознаём, насколько омерзительным может быть слово «апеллирует» в глазах современной психиатрии. Однако разве не фон Байер (W. von Baeyer) сказал, что врачебная педагогика заблуждений апеллирует к свободе и ответственности? Разве не сказал Зегерс (J. Segers), что «необходимо определённое нравственное мужество для обращения к ответственной свободе», что «мы в своём лечебном учреждении должны подняться на эту ступень»? Разве не указал Меннингер-Лерхенталь (E. Meninger-Lerchenthal) на то, что «меланхолия иногда не достигает ядра личности, в котором держится её основная установка»? По нашему мнению, духовная ипостась человека, страдающего эндогенной депрессией, может воспротивиться атаке психофизиологического организма и вырваться из процесса организменного заболевания. Фактически, при эндогенной депрессии мы имеем дело с психофизиологическим воздействием; ибо психическое и физиологическое при ней задействованы в равной степени, как бы подключены параллельно. Рука об руку с психофизиологической депрессией идут соматические нарушения менструаций, секреции желудочного сока или ещё что-либо подобное. Эндогенная депрессия поражает желудок, кожу и волосы, тело и душу, но никак не дух. Точнее, воздействию подвергается только психофизиологический организм, но не духовная личность человека, которая именно как таковая, как духовная, и не может подвергнуться воздействию. Может ли *ceteris paribus* [*Ceteris paribus* (лат.) - при прочих равных условиях.] быть так, что один человек дистанцируется от своей эндогенной депрессии, а другой оказывается в неё погружённым, - это зависит не от эндогенной депрессии, а от

духовной личности человека. Мы видим: психофизиологическому параллелизму противостоит психоноэтический антагонизм. И к нему стоит апеллировать.

### 2.3. Дазайн-анализ психозов

Дазайн-анализ Бинсвангера лишь в малой степени учитывает возможность такого обращения. Но это не должно при сравнительной оценке экзистенциального и дазайн-анализа существенно перетянуть чашу весов. Однако дазайн-анализ не решает психотерапевтических задач; по крайней мере, Босс (M. Boss) утверждает, что дазайн-анализ не имеет ничего общего с психотерапевтической практикой. Если экзистенциальный анализ пытается служить делу лечения невротиков, то заслуга дазайн-анализа в том вкладе, который он внёс в понимание психозов. (В этом смысле дазайн-анализ является не противоположностью экзистенциального анализа, а его дополнением). Ради этого понимания дазайн-анализ должен установить целостность существования-в-мире (Хайдеггер), тогда как экзистенциальный анализ должен увидеть в этом единстве многообразие, должен расчленить целостность на отдельные измерения, вычленив в этом многообразии экзистенцию и бытие, личность и организм, духовное и психофизиологическое, чтобы иметь возможность апеллировать к личности и взывать к своенравию духа. Если он позволит духовной личности раствориться в некотором ноопсихофизиологически нейтральном существовании, то к чему он тогда должен обращаться и к чему апеллировать? Адресат будет неизвестен. К своенравию чего взывать? Против чьей призрачной власти его нужно будет применять? В человеке нельзя будет провести различие между духовной личностью и больным организмом. Человек с эндогенной депрессией больше не сможет дистанцироваться сам от себя. Он будет целостно поражён эндогенной депрессией, ибо психотический человек, чьё нынешнее-такое-и-никакое-иное-существование-в-мире так успешно и заслуженно, постарался установить дазайн-анализ, - этот человек будет настолько проникнут и пронизан данным способом существования-в-мире, так будет погружён в свой способ существования-в-мире, что придётся говорить об инфильтрации, инфузии и диффузии этого существования в психозе. С точки зрения дазайн-анализа, для человека-психотика не существует возможности выбраться из психотической оболочки нынешнего-такое-и-никакого-иного-существования-в-мире.

Если мы сначала ограничили область действия психоанализа в области его притязаний на вклад в понимание психогенного в психозах, то теперь вспомним о том, что психоанализ сам себя понимает и называет динамической психологией; в отличие от этого дазайн-анализ соответствует психологии, которую можно охарактеризовать как статическую, тогда как логотерапия, в отличие от них обоих, должна быть названа апеллятивной психотерапией. *Для логотерапии биологический факт, вроде психоза, несмотря ни на что, ещё не является биографическим фактом;* ибо если дазайн-анализ сосредоточен на единстве в многообразии «тела-души-духа», то логотерапия, наоборот, сосредоточена на многообразии человеческого бытия, невзирая на его единство, а именно на духе в некотором факультативном его антагонизме душе и телу, который мы (в противоположность психофизиологическому параллелизму, являющемуся обязательным) назвали психоноэтическим антагонизмом. Основной тезис логотерапии по поводу фатальности психоза для неё самой, то есть для логотерапии, не является фаталистическим. Правда, в пределах генеза психозов она не признаёт никакого истинного психогенеза, только псевдопсихогенез, а именно психическую патопластику; однако она признаёт строгие показания к психотерапии даже при психозах, само собой разумеется, только при условии и в рамках одновременной соматотерапии.

### 3. Логотерапия при психозах

Мы уже говорили: *психогенез присутствует в рамках генеза психозов только в виде психической патопластики* [Патопластика - внешние проявления болезни, зависящие от различных добавочных факторов, влияющих на картину заболевания.]; кроме того, существует (в этом смысле) ещё и ноогенез, а также патопластика духовного. Теперь само собой понятно, что там, где патопластика исходит из духовного, психотерапия тоже должна исходить из духовного, и при психозах в том числе. Психотерапию духовного, как ясно *ex definitione*, мы

называем логотерапией. Пришло время переключиться с экзистенциального анализа на логотерапию.

Логотерапия [Логотерапия при (!) психозах (логотерапии психозов не существует вообще), в сущности является терапией, опирающейся на то, что осталось здоровым, и представляет собой формирование установки оставшегося здоровым в больном в противоположность ставшему больным в человеке; так как оставшееся здоровым не может болеть, а ставшее больным в смысле психотерапии (и не только логотерапии!) не способно к лечению (скорее, доступно только соматотерапии).] должна применяться двояко: точно так же, как и психотерапия невротиков, она должна направлять пациентов и побуждать их к объективированию процесса заболевания и самодистанцированию от этого процесса. Одним словом, пациент должен научиться смотреть прямо в лицо таким вещам, как страх и принуждение, и прямо в лицо им смеяться (метод парадоксальной интенции). Если же дела обстоят так, что именно представление болезни как фатального события и принятие болезни в этой её фатальности даёт пациенту силы допустить фактическое существование факультативного психоэтического антагонизма, актуализировать его, то тогда первичное болезненное развитие всех психогенных невротических реакций и вторичные наслоения и наложения устраняются и редуцируются до своего действительно фатального ядра.

Но логотерапия при психозах должна позаботиться не только об этом. Она должна не только объективировать, но и сделать возможной субъективацию болезненного процесса: она должна побудить пациента к тому, чтобы он наложил на болезнь печать своей личности, чтобы придал ей личностные характеристики. Одним словом, мы должны позаботиться о том, чтобы *произошло столкновение между человеческим в больном и болезненным в человеке*.

### 3.1. ИмPLICITная патопластика

Столкновение между человеческим в больном и болезненным в человеке может произойти также и в форме примирения. Приведём только один-единственный пример из множества, известных тем, кто работает в клиниках: пациентка, страдавшая шизофренией, заявила, что она слышит голоса и ей это тем более приятно, потому что она была глуховата. И так, когда Вайтбрехт говорит, что «аристократия и гибель оказались трагически связаны друг с другом», всегда можно добавить: нередко ещё и комически связаны.

Как видно из конкретного случая, человек смог придать форму своей тяжёлой судьбе, называемой слуховыми галлюцинациями, той судьбе, о которой мы говорили, что она, в принципе, «еще может быть оформлена, и надо только сделать это». Таким образом, можно оформить свою судьбу, причём сам человек даже в малейшей степени не отдаёт себе осознанного отчета в том, что происходит. Одним словом, это оформление происходит без рефлексии; скорее, оно осуществляется имPLICITно: то есть столкновение (в данном случае - примирение) остаётся безмолвным. Всё совершается без какого бы то ни было самовыражения, как само собой разумеющееся; ибо именно выразить себя личность психотика и не может. Оказывается повреждена как раз экспрессивная функция (и, сверх того, инструментальная), находящаяся на службе у духовной личности, существующей при психофизиологическом организме.

Таким образом, экзистенциальный анализ показывает, что рок под названием «психоз» поддается оформлению, и насколько он этому поддается, а логотерапия показывает, что «его нужно оформить» и насколько его нужно оформить. Теперь мы обнаруживаем, что судьба, под названием «психоз», всегда как-то оформлена; ибо личность всегда при деле, она всегда в игре, она всегда занята оформлением процесса болезни, так как именно это выпало на долю человека, произошло с ним. Животное в подобной ситуации должно было бы поддаться болезненной аффектации, животное должно было бы оказаться загнанным болезненной импульсивностью в угол; но человек способен поспорить со всем этим. И он всегда спорил, он делал это мгновенно, в ту самую минуту, когда приходил к бреду обнищания или бреду обвинения - когда как.

Только такая имPLICITная патопластика не может быть заменена расхожими рассуждениями о том, что бред представляет собой психическую реакцию на соматический процесс. С нашей стороны речь идёт не о психических реакциях, а о духовных действиях, о

личностной позиции и установке по отношению к психозу. Насколько эти духовные проявления личностной позиции отличаются от чисто психических реакций однозначно определяется тем фактом, что соответствующая личностная позиция и установка могут и должны быть направлены против бреда и делают это.

Сказанное касается также различения соматического, психического и духовного. В отдельных случаях бред ревности, действительно, является психической реакцией на соматический процесс, однако то, что параноидальный больной, как в одном известном нам примере, не позволяет вовлечь себя в убийство на основании своего бреда, а уходит от этого и начинает баловать и холить свою внезапно заболевшую жену [Отсутствие каких-либо последствий бреда не в последнюю очередь означает проявление своенравия духа; в данном случае оно проявляется единственно в этом и только в нём, и, само собой разумеется, не только в понимании бреда как бреда или ревности как болезни, но в так называемом проникновении в болезнь.], представляет собой духовную перестройку, которую можно приписать вполне вмняемой, с этой точки зрения, духовной личности.

### 3.2. Ценность жизни и человеческое достоинство

Мы говорили о смысле психоза для меня, как для врача, и сказали, что его нужно искать, потом мы говорили о смысле психоза для самого пациента и сказали, что пациент должен придать этот смысл психозу. Теперь мы должны поговорить о ценности пациента для нас. Разве мало говорилось о «жизни, которая не стоит того, чтобы жить»? И имелось ли в виду нечто другое, как, в конце концов, не жизнь пациента-психотика? Может ли прогностически безнадёжный психотический больной абсолютно утратить всякую полезность для психиатра? Он имеет своё достоинство, ибо ранг ценности homo patiens [Homo patiens (лат.) - человека страдающего.] гораздо выше, чем ранг ценности homo faber [Homo faber (лат.) - человека создающего.]. Страдающий человек стоит выше, чем человек деятельный. И если бы это было не так, то не стоило бы становиться психиатром, ибо ни ради испорченного «психического механизма», ни ради разрушенной машины я не хотел бы быть врачом-души, а лишь ради человеческого в больном, истинно человеческого, которое стоит за всем этим и надо всем этим.

## **Приложение**

### **Психотерапия при эндогенной депрессии**

#### 1. Криптосоматический генез и симультанная соматическая терапия

Если речь идёт об эндогенной депрессии, то это означает, что эндогенные депрессии как таковые (именно как эндогенные, в противоположность экзогенным, реактивным, психогенным депрессиям) являются не психогенными, а соматогенными. Необходимо помнить, что под этим соматогенезом мы подразумеваем первичный соматогенез, таким образом, только такой первичный соматогенез оставляет свободным и открытым достаточное пространство для любой психической патопластики, которая выстраивается вокруг соматического патогенеза, дополняя клиническую картину. Именно в этом пространстве, которое остаётся независимым от соматогенеза, должна действовать психотерапия.

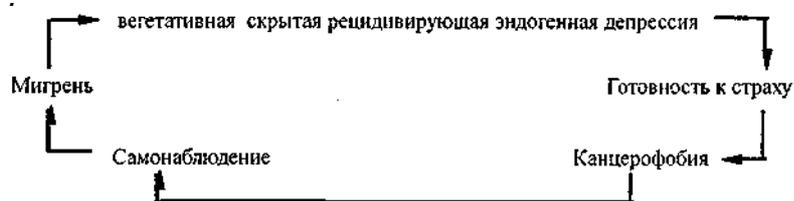
Из принципиального, хотя и лишь первичного соматогенеза эндогенно-депрессивных состояний получается, что их психотерапия ни в коем случае не может быть каузальной терапией. Мы также должны осознавать и то, что даже соматотерапия, по крайней мере до нынешнего времени, оказывается не в состоянии быть каузальной.

Не только причины данного заболевания, но и последствия соответствующего лечения в том, что касается механизма его реализации, собственно говоря, абсолютно неясны. Можно вспомнить многочисленные надежды и предположения относительно механизма действия электросудорожной терапии.

Итак, поскольку и психотерапия, и соматотерапия при эндогенных депрессиях имеют очень мало шансов и надежды стать каузальной терапией, у нас есть все основания заниматься, если не каузальной, то хотя бы активной терапией.

В смысле такой активности нужно, однако, рекомендовать обязательную *одновременную соматопсихическую терапию*, и в связи с этим мы хотели бы включить в наши размышления примеры медикаментозной терапии в виде отдельных, казуистических случаев из практики, изложенных с терапевтической точки зрения; с диагностической точки зрения речь везде идёт о скрытой эндогенной депрессии.

*Фриц, 32 года. Проходит лечение по поводу «невроза страха» и канцерофобии. В особенности боится того, что у него может возникнуть опухоль головного мозга. По этой причине обращался уже ко многим врачам, среди которых немало именитых специалистов, прошёл различные обследования, в том числе и энцефалографию, проходил различные курсы лечения. Из анамнеза известно, что один из его дядьев, действительно, страдал опухолью мозга и, в конце концов, кончил жизнь самоубийством. Сам пациент явно страдает вазомоторнообусловленной хронической мигренью. Несмотря на всё это, нам кажется, что сложившаяся картина плохо вписывается в рамки вазовегетативного невроза, скорее мы вели бы поиски в направлении вегетативной депрессии, поскольку подобные случаи эндогенной депрессии обычно характеризуются тем, что симптоматологически на переднем плане оказываются обычные ипохондрические жалобы, а не специфичные вегетативные расстройства, как уже было сказано. Если в прежние годы скрытая эндогенная депрессия маскировалась под педантичные навязчивые идеи, то в последнее время всё чаще регистрируется изменение симптоматики и педантизм уходит на задний план, уступая место ипохондрическим переживаниям. Подозрение, что в данном конкретном случае в основе всего тоже лежит вегетативная депрессия, позволило уточнить диагноз, при этом мы занялись изучением анамнестических данных, свидетельствующих в пользу эндогенной депрессии. Мы хотели исследовать следующие явления: колебания настроения в течение дня при утреннем ухудшении и вечерней ремиссии; ранние фазы; соответствующая наследственность. В данном случае оказалось очень просто установить два первых момента. Как же следовало вести этого пациента терапевтически? Сначала давайте при помощи схемы представим себе патогенетическую структуру (рис. 5)*



(вегетативная скрытая рецидивирующая эндогенная депрессия, мигрень, готовность к страху, самонаблюдение, канцерофобия)

Рис. 5

*Вегетативная скрытая рецидивирующая эндогенная депрессия в качестве таковой, то есть эндогенной, приносит с собой готовность к страху. Эта готовность к страху сама по себе бессодержательна: как любая готовность к страху она ищет (и всегда находит) для себя какое-либо содержание. В данном конкретном случае она связалась у пациента с головными болями, чтобы затем найти опору в подробностях семейного анамнеза, а именно, в факте опухоли головного мозга, которой страдал один из его родственников. Таким образом, опухоль головного мозга стала конкретным предметом страха, объектом фобии, на котором, так сказать, сконцентрировалась смутная бессодержательная тревога, при этом головная боль и болезнь дяди в равной степени стали центрами конденсации. Отныне страх, что причиной головной боли может быть опухоль мозга, вполне понятным образом приводит к усиленному самонаблюдению за этой головной болью, а уже самонаблюдение само по себе способствует усилению расстройств — и круг замыкается.*

Что касается симультанной соматопсихической терапии, то она должна - в полном соответствии с описанным выше кругом - повести концентрическое наступление, направленное против возможно большего количества «точек воздействия». Прежде всего нужно в виде целенаправленной фармакотерапии открыть огонь против эндогенно-

депрессивной подструктуры данного случая. Из последующего изложения можно увидеть, как следует воздействовать на подобные случаи с психологической стороны.

## 2. Психогическая помощь больным с эндогенной депрессией

### 2.1. Поликлиническое наблюдение и лечение в стационаре

Если принять во внимание принципиальный, причём первичный соматогенез, то становится само собой понятным, что для психотерапии подходят только наиболее лёгкие случаи. Это вовсе не означает, что психотерапия эндогенных депрессий может быть ограничена амбулаторным лечением в поликлинических условиях. Точнее говоря, не следует полагать, будто показания к госпитализации, с одной стороны, и показания к психотерапии, с другой стороны, исключают друг друга.

В качестве таких показаний мы рассматриваем:

а) показания к госпитализации с целью лечения и

б) показания к госпитализации на основании характера самого заболевания.

*а) Показания к госпитализации с целью лечения.*

Как классическая электросудорожная терапия, так и медикаментозные методы (последние в тех случаях, когда используются высокие дозировки препаратов) требуют, поскольку они должны применяться *lege artis* [*Lege artis* (лат.) - мастерски.], помещения в стационар на полный день. Общеизвестно, что во всех этих случаях не следует отказываться от параллельно подключаемой психотерапии.

*б) Показания к госпитализации на основании характера самого заболевания.*

В отношении самого заболевания существует две причины, которые заставляют нас прибегнуть к помещению больного в стационар.

Во-первых, по причине того, что именно при эндогенной депрессии состояния протекают с типично сильными переживаниями самообвинения и, во-вторых, потому что они характеризуются не менее типичной тенденцией к самоубийству.

Склонность к самообвинению. Смысл госпитализации в таких случаях, как нам кажется, заключается в том, чтобы обеспечить изоляцию пациента от среды, которая определяет собой систему обязательств и обязанностей семейного или профессионального характера. При этом речь идёт об обязанностях и обязательствах, вынуждающих пациента к постоянной конфронтации. Нам хотелось бы назвать это *триадой отказа*: это три вида несостоятельности, под гнётом которых пациент столь тяжко страдает:

- неспособность к труду,

- неспособность к наслаждению в случаях так называемой *melancholia anaesthetica* [*Melancholia anaesthetica* (лат.) - буквально бесчувственная меланхолия.];

- неспособность к страданию.

Нетрудоспособность становится содержанием и предметом упреков, которые больной адресует сам себе, но которые, однако, ему приходится слышать и со стороны своего окружения, что лишь льёт воду на и так исправно работающую мельницу самообвинения. Аналогично, *усиливая самообвинения, действуют и упреки-пожелания, чтобы пациент немного собрался, взял себя в руки*: эти пожелания могут привести к нежелательному эффекту, когда неуспех после соответствующей попытки со стороны больного рассматривается как личностная несостоятельность, и таким образом, ещё больше увеличивает субъективный долговой счёт.

Подобное справедливо и в отношении простодушных рекомендаций развлечься или рассеяться, которые не затрагивают профессиональной или деятельной несостоятельности, а подчеркивают неспособность получать удовольствия.

*Склонность к самоубийству* и показания к госпитализации. Ввиду угрозы жизни больного, возникающей вследствие стремления к самоубийству, в таких случаях показана не просто госпитализация, а скорее, интернирование. В ситуации, когда нужно оценить, насколько велика опасность самоубийства, рекомендуется и считается уместным либо помещение пациента в закрытое лечебное учреждение, либо, наоборот, его выписка из закрытого учреждения. В этих случаях мы применяем стандартный метод собственной

разработки, который оказался полезным, (и не только для нас самих). Этот метод позволяет нам установить степень опасности самоубийства и, соответственно, выявить случаи диссимуляции суицидальных тенденций.

*Прежде всего мы спрашиваем соответствующего больного о том, сохраняется ли у него желание свести счёты с жизнью.* В любом случае - и тогда, когда больной говорит правду, и тогда, когда он диссимулирует действительное намерение совершить самоубийство - пациент отвечает на этот вопрос отрицательно; после чего мы предлагаем ему второй вопрос, звучащий прямо-таки жестоко: *почему он (больше) не хочет лишиться себя жизни.* И тут, как правило, у того, кто действительно не собирается совершать самоубийство, наготове оказывается целый ряд обоснований и контраргументов, свидетельствующих о том, что он выбрал жизнь, что он считает свою болезнь излечимой, что он должен думать о своей семье или о своём профессиональном долге, что связан своими религиозными воззрениями и т. п. *Тогда как тот, кто всего лишь диссимулирует свои суицидальные намерения, при втором нашем вопросе разоблачает себя тем, что ничего не отвечает, а вместо этого реагирует характерным смущением уже просто потому, что он, фактически, затрудняется найти аргументы, говорящие против самоубийства, и по этой причине пациенту не удаётся привести хоть какое-нибудь доказательство своего (мнимого) отказа от суицидальных попыток в будущем.* Если речь идёт о пациенте, уже находящемся в лечебном учреждении, то он в типичных случаях начинает настаивать на выписке, уверяя всех, что никакие суицидальные намерения не препятствуют этой выписке.

Здесь нужно заметить, что наше исследование направлено на подтверждение суицидальных *намерений* (после того, как имела место их диссимуляция или манифестация), а не на выявление суицидальных мыслей вообще; ибо в противоположность суицидальным *мыслям* суицидальные намерения имплицитно предполагают мнение пациента относительно суицидальных мыслей - сами мысли, по эту сторону отношения к ним, собственно, не имеют значения. Что для нас особенно важно, так это, скорее, ответ на вопрос, какие выводы делает пациент из суицидальных мыслей, всегда бродящих у него в голове: *идентифицирует ли он себя с ними или, наоборот, дистанцируется от них.* То, что существует, по крайней мере, в факультативном смысле, возможность такого дистанцирования как тип и вид личного отношения к организменным заболеваниям, и что эта возможность порой становится фактом и её удаётся актуализировать терапевтически, доказывается клиническим опытом, который, к сожалению, грозит оказаться навсегда забытым.

Мы сами пытались воспрепятствовать превращению суицидальных мыслей в суицидальные намерения к совершению самоубийства, заставляя работать одну из двух тенденций, о которых шла речь в связи с эндогенной депрессией, против другой: мы конфронтировали склонность к самообвинению со стремлением к самоубийству. В соответствующих случаях мы вставляли в свою беседу с больным слова о том, какую ответственность мы на себя берём, если лечим его только амбулаторно: обычно мы даём нашим больным понять, что это будет исключительно на их совести, если, несмотря ни на что, они всё таки позволят себе совершить попытку самоубийства. Мы объясняем им, что лечащий врач и дежурные сестры в этом случае «подвергнутся уголовному преследованию» и т. п. Таким образом, мы уже перешли к вопросу психотерапии при эндогенной депрессии.

## 2.2. Психотерапия при эндогенной депрессии

### 2.2.1. Психопрофилактика присоединённой депрессии

По крайней мере наш собственный метод работы, как было сказано, никоим образом не претендует на то, чтобы быть каузальной терапией. Впрочем, ещё не было сказано о том, что при его применении речь не идёт и о какой бы то ни было специфической и целевой терапии. И специфической, и целевой она может быть постольку, поскольку адресуется духовной личности пациента. Фактически, психотерапия при эндогенных депрессиях должна фокально концентрироваться вокруг позиции больного по отношению к процессу организменного заболевания, протекающего внутри него. Ибо не на болезнь как таковую можно воздействовать психотерапевтически, а на то, что, как мы должны предположить, является

установкой больного по отношению к своей болезни или на изменение этой установки, одним словом, нужно действовать с целью переориентации больного. Собственно, эта переориентация служит именно профилактике и ничему иному, и профилактике вторичной, последующей депрессии, которая присоединяется к первичной, изначальной, исходной депрессии.

Мы много раз видели, что больные сами по себе даже и не были бы в отчаянии и не должны были бы страдать по поводу эндогенных причин, если бы их каждый раз снова и снова не приводило в растерянность состояние отчаяния (которое тоже является соматогенным): из-за (эндогенной) депрессии они оказывались (психогенно) подавленными и удрученными. Да, мы знаем случаи, когда больные плакали от того, что они плаксивы. Это ничего не значит ни в смысле каузальной связи, ни в смысле причины и эффекта, а лишь свидетельствует о мотивационной взаимосвязи, то есть о связи между основанием и следствием. Такие люди, как и в отдельных случаях навязчивого плача или эмоциональной неадекватности при arteriosclerosis cerebri [Arteriosclerosis cerebri (лат.) - склероз сосудов головного мозга.], воспринимают свою плаксивость не без ужаса и вместо того, чтобы просто принять это как факт, реагируют на него подлинным (теперь уже психогенным) плачем. Если первичная плаксивость возникает вследствие неподвластного больному органического события, то вторичный плач обусловлен излишней роскошью ненужной печали.

Профилактика вторичной психогенной *присоединившейся депрессии* при первичном эндогенном заболевании сегодня просто необходима по той причине, на которую указала Вайскопф-Джельсон из университета штата Джорджия. Эта исследовательница в своей статье, опубликованной в ноябре 1955 года в «The Journal of Abnormal and Social Psychology» («Некоторые комментарии по поводу Венской психиатрической школы»), обратила внимание на то, что лежащая в основе любой психогигиены современная мировоззренческая установка выдвигает на первый план мнение, что человек обязан быть счастлив, и что любое отчаяние является симптомом недостаточной адаптации. Такая оценка, продолжает Вайскопф-Джельсон, при известных обстоятельствах, может оказаться ответственной за то, что тяготы и груз несчастья, которых нельзя избежать, только увеличиваются из-за скорби по поводу пребывания в скорби.

### 2.2.2. Целевая психотерапия при эндогенных депрессиях

До сих пор речь шла о психогигиенической стороне психотерапевтических мероприятий и усилий в работе с пациентом, страдающим эндогенной депрессией. Теперь перейдём к собственно психотерапевтическим проблемам. В первую очередь рекомендуется тщательно следить за тем, чтобы применяемая психотерапия не стала источником ятрогенных расстройств (что очень легко происходит в таких случаях). Итак, *любая попытка призвать пациента взять себя в руки, абсолютно бесполезна.*

Терапия по индивидуально-психологическому образцу иной раз бывает противопоказана, ибо возможная инсинуация (в соответствии с распространённым в индивидуальной психологии пониманием эндогенной депрессии: пациент с помощью своей депрессии пытается тиранить близких) способна спровоцировать попытку самоубийства, как, впрочем, они бывают спровоцированы подобными психотерапевтическими заблуждениями при других видах психотических расстройств: при шизофрении, при бредовых идеях влияния и гипноза, если они ошибочно диагностированы как невроз и лечатся при помощи гипноза.

Направление, в котором должна двигаться целевая психотерапия эндогенной депрессии, скорее, таково: нам следует подвести пациента к тому, *чтобы он «не пытался взять себя в руки», а, напротив,* позволил депрессии проходить над собой, чтобы он воспринимал её именно как эндогенную, одним словом, чтобы он её объективировал и, таким образом, сам от неё дистанцировался, насколько удастся, а в лёгких и среднетяжёлых случаях это вполне возможно.

Сначала мы должны сообщить больному новость о том, что он болен, именно болен, по-настоящему болен. При этом мы работаем также и против его склонности к самообвинениям, поскольку, придя из дому, пациент обычно не склонен воспринимать своё состояние как болезненное. Он скорее представляет его истерическим или, нравственно себя

осуждая, утверждает, что он «позволил себе прийти». Мы требуем от больного прежде всего, чтобы он (и, естественно, его окружение) ничего от себя не требовал: как настоящий больной, он должен отринуть все обязательства. В связи с этим, чтобы сообщить данной рекомендации особую силу, желательно поместить больного в лечебное учреждение уже только на этом основании, по крайней мере, хотя бы в лечебное учреждение открытого типа, ибо только так мы сможем в полную меру продемонстрировать, что считаем его по-настоящему больным.

Конечно, продолжаем мы, он является не сумасшедшим в узком смысле слова, а душевно больным, при этом мы лишаем почвы всевозможные психофобические опасения.

Душевная болезнь, заключаем мы, занимает привилегированное положение, именно потому, что она допускает исключительно благоприятный прогноз. Ибо - поясняем мы пациенту - если мы не можем предсказать со стопроцентной уверенностью даже в случае такого банального заболевания, как обычная ангина, что она будет излечена действительно без малейших осложнений, остаточных явлений или последствий (в конце концов, никогда нельзя до конца исключить возможность, что в наследство больному останется полиартрит или эндокардит), то в случае его болезни, как единственной, продолжаем мы беседу с пациентом, можно с абсолютной уверенностью предвидеть спонтанное излечение. И даже он сам не сможет нарушить эту закономерность, которая известна и признана с тех пор, как существует психопатология. Это истинная правда, и мы не можем ничего поделать с тем, что она для него «случайно» оказалась утешительной, и поэтому мы не должны, конечно же, её замалчивать и скрывать от него.

Мы обычно говорим пациенту, буквально, следующее: «Мы можем Вам гарантировать, что Вы из своей болезни, по крайней мере из нынешнего приступа, выйдете вполне нормальным человеком, каким Вы были тогда, когда были ещё здоровы. Вплоть до дня полного выздоровления лечение будет направлено только на то, чтобы облегчить Ваше состояние, смягчить и ликвидировать отдельные, наиболее мучительные нарушения. В остальном текущий приступ пройдёт и излечится, - и мы особенно это подчёркиваем, - в основном, безо всякого лечения, сам собой; ибо не мы делаем больного здоровым, а он сам по себе становится здоровым, по крайней мере, настолько же здоровым, каким он был прежде, не больше и не меньше, то есть точно настолько, насколько он был раньше медлительным или нервным при каких бы то ни было обстоятельствах».

В заключение мы обязательно заостряем внимание больного на том, что он, несмотря на весь свой (столь симптоматичный) скепсис будет здоровым в любом случае даже если он в это абсолютно не верит и ничего для этого не делает, как и в том случае, если он «будет лезть из кожи вон». Однако пациент с эндогенной депрессией с самого начала не верит в наши столь благоприятные прогнозы - просто не может в них поверить, так как к симптомам эндогенной депрессии относятся как и сам скепсис, так и пессимизм пациента в отношении перспектив излечения. Он всегда будет «находить волос в супе» и бесконечно критиковать себя и других, «не оставляя камня на камне». Он будет постоянно упрекать себя в том, что недостаточно активно участвует в работе; он может также либо считать себя не больным, а просто распушенным, в соответствии со своими болезненными самообвинениями, либо рассматривать себя как по-настоящему больного и даже как неизлечимо больного, - в конце концов, он всё равно ухватится за слова врача и за надежду, которая в них звучит.

Но мы должны стремиться к тому, чтобы психотерапевтически на ярком чувстве болезни, сопровождающем эндогенную депрессию, построить понимание болезни, и как можно более глубокое. Мы знаем, что эндогенная депрессия не допускает существования какой-либо ценности и какого-либо смысла ни в самой себе, ни в чём-то ином, ни в мире вообще. И поэтому мы должны постоянно указывать пациенту, что его слепота в отношении ценностей, его неспособность ощутить свою ценность и найти смысл в жизни объясняется именно его болезнью, и даже больше того: как раз его сомнения и доказывают, что он болен эндогенной депрессией и что благоприятный прогноз вполне оправдан.

Пациента нужно побудить к тому, чтобы он отказался в дальнейшем выносить суждения о значимости или незначимости, о смысле или бессмысленности своего бытия, исходя из своей тоски, своего страха и своего отвращения к жизни; ибо такие суждения продиктованы болезненными ощущениями, а подобные, обусловленные болезненными ощущениями (кататимные) мысли не могут быть объективными.

Выше шла речь о том, как убедительно и настойчиво мы должны были бы указывать пациенту на то, что он болен, и в каком именно смысле он болен, болен по-настоящему. Теперь, после всех попыток психотерапевтически расширить патогномичное ощущение болезни в направлении подлинного понимания болезни, необходимо пытаться пробудить в нем собственный разум и сознание, поддержать в пациенте чувство свободы от всех обязательств. По этой причине даже в случаях эндогенной депрессии лёгкой степени мы обычно настаиваем, чтобы профессиональная деятельность больного была ограничена половинной нагрузкой, но не прерывалась совсем: данная мера обусловлена тем, что, как мы каждый раз убеждаемся, профессиональная деятельность зачастую представляет собой единственную возможность для пациента отвлечься от тягостных раздумий. При этом мы, по понятным причинам, предлагаем работать во вторую половину дня и советуем пациенту не заниматься в первую половину дня не только никакой регламентированной работой, а по возможности, вообще, лежать в постели. Это связано со столь характерной для эндогенной депрессии спонтанной вечерней ремиссией и ежеутренними ухудшениями состояния с тревожным возбуждением. Поэтому на любую работу в первой половине дня пациент будет реагировать дополнительным усугублением чувства собственной несостоятельности, тогда как после обеда он, скорее всего, будет склонен видеть в ней то, чем она и должна быть, то есть отвлекающее «задание на прилежание», которое, по крайней мере в случае успеха, может смягчить ощущение профессиональной несостоятельности.

И только от двух обязанностей мы его не освобождаем, напротив, мы должны вдвойне потребовать от пациента, во-первых, доверия к врачу и, во-вторых, терпения по отношению к себе самому.

Доверять - значит верить в стопроцентно благоприятный прогноз, который обещает ему его врач. Пациенту необходимо - и мы должны ему это объяснить - всегда помнить о том, что он является единственным случаем данного типа, который ему известен, тогда как мы, врачи, видели тысячи и тысячи подобных случаев и наблюдали за ними в процессе их развития. Кому можно верить больше: себе самому, - так спрашиваем мы пациента, - или специалисту? И поскольку он, продолжая мы, опираясь на наш диагноз и прогноз, получает надежду, мы, специалисты, можем себе позволить не только надеяться, но и быть уверенными в том благоприятном прогнозе, который сформулировали.

И терпение. Как раз ввиду благоприятного прогноза этого заболевания, необходимо терпение в ожидании спонтанного выздоровления, терпение в ожидании того, что облака, затянувшие горизонт личностных ценностей рассеются, и перед ним снова откроется осмысленность и радость бытия. Тогда-то он, наконец, будет в состоянии расстаться со своей эндогенной депрессией, как с облаком, которое может закрыть собою солнце, но не может заставить нас забыть о том, что солнце существует, несмотря ни на что. Точно так же и пациент с эндогенной депрессией должен помнить о том, что его душевная болезнь может загородить собою смысл и ценность бытия, так что он не сможет найти ни в себе самом, ни в мире ничего, что придало бы его жизни ценность, но эта ценностная слепота пройдёт, и он даже по отблеску узнает нечто, однажды облечённое Рихардом Демелем в прекрасные слова: «Смотри, как болью времён играет вечное блаженство».

Означает ли это, что подобным психотерапевтическим способом мы излечили хотя бы один единственный случай эндогенной депрессии? Ниоим образом. Уже при постановке цели мы ведем себя гораздо скромнее, довольствуясь тем, что облегчаем больному его тяжкий жребий, да и то ненадолго, - (в зависимости от тяжести приступа) на несколько часов или на день - ибо речь идёт, в конечном счёте, о том, чтобы на протяжении всей болезни, просто помогая больному «удержаться на плаву» с помощью «поддерживающей» психотерапии, провести его через приступы депрессии.

И всё-таки, можно сказать, что при такой психотерапии речь идёт об одном из благодарнейших видов лечения душевнобольных, благодаря чему растёт опыт психиатра, и такие больные - самые благодарные из всех, с кем нам приходилось сталкиваться в своей практике.

Мы всегда осознавали и осознаём, какая банальность, откровенно говоря, свойственна большинству советов и абсолютно всем указаниям, которые мы в состоянии дать своим пациентам, страдающим эндогенной депрессией, но несмотря на это, врач, у которого не

хватает мужества на эту банальность, лишает успеха себя и своих больных.

## 2. Психосоматические заболевания

### *Критические замечания о психосоматической медицине*

#### *Замечания общего характера*

Психосоматика стала сегодня общим местом и модой. Насколько она является общим местом и насколько часто любое общее место используется не к месту, можно понять из истории, которую рассказал выдающийся американский психогигиенист: после радиопередачи о психосоматике он получил письмо от одного слушателя, в котором тот просил сообщить ему, в каких аптеках можно купить психосоматические лекарства во флаконах.

С другой стороны, как мало психосоматика, пусть она даже очень модна и потому представляется действительным новшеством, в данный момент оказывается тем, с помощью чего мы определяем *психосоматическое заболевание как запускаемое из психического в противоположность психогенным заболеваниям, которые обусловлены психическим и в которых психическое является причиной*. Спросим себя, например, в случае бронхиальной астмы, поскольку как раз её мы воспринимаем как психосоматическое заболевание, что же там «запускается из психического», и тогда мы сможем ответить: каждый отдельный приступ. Тривиально то, что у больного бронхиальной астмой или любого, кто страдает приступами стенокардии, приступ начинается только после волнения или в ситуации волнения, но это никоим образом не даёт нам никаких новых сведений. Впрочем, не свидетельствует это и о том, что *asthma bronchiale* или *angina pectoris* [*Angina pectoris (лат.)* - стенокардия.] как таковые в целом, то есть не каждый отдельный приступ, а основное заболевание, могут быть психосоматическими и даже психогенными.

В 1936 году Бильц (R. Bilz) опубликовал книгу под названием «Психогенная ангина». Под этим он понимал не *angina pectoris*, а *angina* в широко употребляемом смысле слова, то есть *angina lacunaris* [*Angina lacunaris (лат.)* - лакунарная ангина.] или *tonsillaris*. [*Tonsillaris (лат.)* - тонзиллярная.] Но об обычной ангине никак нельзя сказать, что она может быть психогенной - она может быть только психосоматической в определённом выше смысле этого слова. Поскольку хорошо известно, что возбудитель этой ангины распространён повсеместно, что он, как правило, является сапрофитом и только иногда становится патогенным. И то, что он становится патогенным ни в коем случае не зависит от его вирулентности, а лишь от состояния иммунитета конкретного организма. Однако состояние иммунитета, со своей стороны, только является выражением общего «биотонуса». Если последний снижается, если снижается *elan vital* [*Elan vital - (франц.)* стремление к жизни.] по Бергсону (A. Bergson), то происходит (если мне будет позволено перефразировать выражение Жане (Janet) «*abaissement mental*») [*Abaissement mental - (франц.)* интеллектуальное снижение.] *abaissement vital*, витальное снижение, и как следствие этого - снижение защитных сил и сопротивляемости организма по отношению к любому вирусу. Всё это можно, оставаясь в контексте примера с банальной *angina tonsillaris*, дополнительно проиллюстрировать примером с так называемой простудой. Но и в этом случае пусковым механизмом может оказаться возбуждение, то есть и простуда может быть запущена из психического. Одним словом, *иммунный статус, кроме всего прочего, зависит и от аффективного статуса*. Уже несколько десятилетий назад Гофф и Хайлиг экспериментально доказали, что у испытуемых, которых они подвергали гипнозу и которым затем внушали радостные или тревожные переживания, соответственно повышался или понижался титр агглютинации тифозных бацилл в сыворотке крови. Десятилетием позже был проведён ещё один эксперимент, а именно массовый эксперимент в концентрационных лагерях. В период между Рождеством 1944 года и наступлением нового, 1945, года во всех лагерях наблюдалась массовая гибель заключённых, которую никак нельзя объяснить ни изменившимися в худшую сторону условиями жизни или труда, ни появлением или присоединением каких-то дополнительных инфекций: этот факт можно объяснить только тем, что заключённые, как правило, держались надеждой, что «на Рождество мы уже будем дома», и вот, Рождество

пришло, но домой никто не попал, и нужно было оставить всякую надежду оказаться дома в обозримое время. Этого оказалось достаточным, чтобы витальная подавленность столь для многих закончилась смертью. Данный пример лишней раз подтверждает справедливость библейского изречения: «Надежда, долго не сбывающаяся, томит сердце» (Притчи, 12,13).

*Ещё решительнее и драматичнее проявилась описанная закономерность в следующем случае. В начале марта 1945 года один товарищ по лагерю рассказал мне, что 2 февраля 1945 года он видел замечательный сон: голос, звучащий пророчески, сказал ему, что он может задать любой вопрос и обязательно получит ответ. И товарищ спросил, когда для него закончится война. Ответ был таков: 30 марта 1945 года. 30 марта приближалось, но вокруг не происходило ничего, что свидетельствовало бы об истинности пророчества. 29 марта у моего товарища поднялась температура, он начал бредить. 30 марта он был уже без сознания, а 31 марта умер: его унёс сыпной тиф. Действительно, 30 марта, в тот самый день, когда он потерял сознание, для него война кончилась. Мы не ошибемся, если предположим: вследствие разочарования, которое ему доставил действительный ход вещей, у него настолько понизились биотонус, иммунный статус, защитные силы и сопротивляемость организма, что давно дремавшее в нём инфекционное заболевание теперь без труда сделало своё дело.*

И всё-таки можно сказать, что душевно-телесное состояние заключённых лагеря в значительной степени зависело от их духовного настроения. Пониманием аналогичного опыта, а именно опыта в области так называемой дистрофии, того, как она проявляла себя в лагерях военнопленных, мы обязаны Мойзерту (Meusert). Американский психиатр Нардини (Nardini) писал о том, как ему довелось работать с американскими солдатами в японском плену, где он установил, что шанс пережить плен в большой степени зависел от отношения человека к жизни, от его духовного настроения в конкретной ситуации. И наконец, Штольрайтер-Бутцон (Stollreiter-Butzon) в одной из своих работ выявил зависимость тяжести течения полиомиелита и появления осложнений и интеркуррентных заболеваний от того, как человек относится к своему заболеванию, и от того, какова его жизненная позиция.

Снова и снова оказывается, что много раз описанные комплексы, конфликты и т. д. сами по себе никоим образом не являются патогенными. Если конфликт или комплекс становится патогенным, то дело не в нём самом, а в общей психической структуре пациента. Ибо эти комплексы и конфликты распространены повсеместно, и уже поэтому не могут сами по себе быть патогенными. Но психосоматическая медицина идёт дальше этого: она утверждает не только патогенность комплексов и конфликтов, но и специфичность такой патогенности. Это означает, не больше и не меньше, как утверждение возможности установления более-менее универсального и однозначного соответствия между определёнными заболеваниями, с одной стороны, и определёнными комплексами и конфликтами, с другой. В этом отношении, однако, психосоматическая медицина упускает из виду решающее обстоятельство, оставляя без внимания общую соматическую структуру конкретного пациента. Так что можно сказать: *психосоматическая медицина, во-первых, совсем не останавливается на вопросе о том, почему определённый комплекс или конфликт именно у данного пациента вообще стая патогенным, и, во-вторых, она проходит мимо вопроса о том, почему именно данный пациент заболел тем или иным недугом.* С полным правом Кречмер младший пишет: «Специфичность никак не удаётся объяснить с точки зрения психологии, то есть почему какой-то конфликт может привести, например, только к истощению».

Как оказалось, собственная проблематика психосоматических взаимосвязей начинается как раз там, где психосоматика «прекращается», поскольку она не может дать нам ответов на наши вопросы. Поэтому специалисту абсолютно ясно, что мы опять стоим перед старой проблемой выбора органа (выше которой, как более общая, стоит проблема выбора симптома). Да, Фрейд почувствовал необходимость обратиться к соматическому, при этом он ввёл понятие «соматического проявления»; тогда как Адлер с его «штудиями» на тему органической неполноценности в неменьшей мере признавал соматический субстрат при выборе того или иного органа.

В связи с этим Адлер говорил об «органическом диалекте», на котором разговаривает невроз. Мы могли бы сказать, что на *органическом диалекте говорит также и народная*

*молва*, - достаточно задуматься над такими речевыми оборотами, как «что-то давит на сердце», «чувствовать тяжесть в желудке», «подавиться чем-то».

В полном соответствии с этим в литературе имеется необычайно поучительный экспериментальный материал одного итальянского исследователя: он подверг ряд испытуемых гипнозу и при этом внушил им, что они - мелкие служащие, страдающие от начальника-тирана и не имеющие возможности против него взбунтоваться: они вынуждены «проглатывать» все неприятности и обиды, которые тот им причиняет. После этого экспериментатор помещал своих испытуемых, уже вышедших из состояния гипноза, за рентгеновский экран и просвечивал им область желудка. Все испытуемые, как оказалось, превратились в аэрофагов: у всех было увеличенное количество воздуха в желудке. Они проглатывали что-то не в образном смысле, нет: они действительно нечто проглатывали, а именно - воздух. Не стоит поэтому удивляться, если реальные мелкие чиновники, действительно вынужденные работать под началом тирана, приходят вдруг к своему врачу, например, по поводу давления в области сердца (обусловленного высоким положением диафрагмы) или жалуются ещё на что-либо подобное.

В таких случаях, когда соответствующий орган (в данном случае -желудок), в известном смысле, «выступает» как символическое выражение невротизирующего события, мы можем (как я уже сделал в своей «Психотерапии на практике», 1947) говорить о «*символическом проявлении*» соответствующего органа. Наряду с соматическим проявлением вообще и символическим проявлением в указанном особом смысле существует ещё и «*социальное проявление*». Я имею в виду, в частности, «проявление», которое вызывается у отдельных пациентов за счёт усилий со стороны социального страхования. Ибо нередко именно перспектива получения пособия возвращает невроз или, по крайней мере, фиксирует его. Если Фрейд говорил о «вторичной мотивации болезни» или «о выгоды болезни», то в связи с тем, что я назвал социальным проявлением, можно было бы говорить о буквальной, финансовой выгоде, получаемой в результате болезни, и эта выгода играет довольно большую роль в этиологии неврозов вообще - в их психогенезе.

## **Специальная часть**

### **1. Критика американской психосоматики**

Существует три момента, которые должны настроить нас скептически по отношению к американской психосоматике. Во -первых, она всецело базируется на статистических результатах, во-вторых, на результатах тестирований, и наконец, в-третьих, она всецело ограничивает себя только психоаналитическим модусом интерпретации.

Говоря о заикленности психосоматической медицины на статистических данных, я остановлюсь на работе Грейса (Grace) и Грэхема (Graham), название которой (и это примечательно) звучит так: «Специфичность(!) взаимосвязи между установками и заболеваниями». В этой работе авторы сообщают о 127 пациентах с 12 различными заболеваниями. Исследователями был проведён опрос пациентов и результаты опроса проанализированы. Таким образом был сделан вывод, что определённые заболевания коррелируют с определённым душевным настроением и определёнными установками, а именно - как сказано в заглавии работы - соотносятся специфичным образом. Например, у авторов получается, что общий знаменатель, к которому можно свести все виды душевного настроения и психологических установок всех пациентов, скажем, с rhinitis vasomotoria [Rhinitis vasomotoria (лат.) - вазомоторный ринит.], diarrhoea [Diarrhoea (лат.) - диарея, или понос.] и т.п., в одном случае звучит: «Пациенты не хотят решать свои проблемы», - а в другом: «Пациенты хотят избавления от своих проблем» и так далее. Если кто-то прочтёт это слева направо, то есть сначала соответствующую «disease» [Disease - (англ.) болезнь.], потом соответствующим образом скоординированную «attitude» [Attitude - (англ.) установка.], то ему не бросится в глаза то, что должно было бы броситься, если бы он шёл не слева направо, а сверху вниз по списку. Дело в том, что список болезней содержит самые разные заболевания, список же психологических установок нередко оказывается практически одинаковым, как можно было увидеть на вышеприведённом примере. Ибо совершенно ясно, что «ничего не хотят делать со

своими проблемами», с одной стороны, и «хотят быть избавленными от них», с другой стороны, - это практически одно и то же. При оценке результатов статистико-психосоматических исследований не последнюю роль играет метод внимательного чтения.

Впрочем, если говорить *par excellence* [*Par excellence (франц.)* - по преимуществу.] только о язвах, считающихся психосоматическим заболеванием, то утверждение, что между язвой желудка и структурой характера существует взаимосвязь, было строго опровергнуто Кляйнзорге (Kleinsorge). Возможность бороться против бесчинства односторонних статистических исследований в области психосоматики при помощи их же собственного оружия, то есть при помощи статистики, явственно вытекает из работы английского учёного Келлока (Kellock), сравнивавшего 250 пациентов с язвой и 164 здоровых и проанализировавшего события их детства, травматизирующее влияние которых, по общему признанию, является убедительным; при этом не удалось установить ни малейшей разницы между теми и другими. [Только совсем недавно Шарх (D. Scharch) и Хантер (D. Hunter) доказали на случайной выборке пациентов, что никаких личностных различий между теми, кто страдает мигренью, и теми, кто ею не страдает, обнаружить не удаётся и это противоречит этиологии, предполагаемой психоаналитиками («самонаказание за враждебные порывы» и «вытесненный гнев»). Мнимое различие, как это показали Кидсон (Kidson) и Кохрейн (Kochrane) при гипертонии, и в случае мигрени может быть сведено к тому, что если люди находятся на лечении, то речь идёт о тех, у кого изначально (и это доказывается эмпирически!) присутствуют невротические черты характера.]

Что касается результатов тестирования, то возьмём для примера одну работу отделения стоматологии одного из бостонских колледжей. Результаты этой работы гласят, что между невротическими тенденциями, с одной стороны, и кариесом, с другой стороны, существует бросающаяся в глаза корреляция. Этот вывод был сделан по результатам тестирования всего 49 человек.

В таком случае представляется вполне уместным спросить, насколько, вообще говоря, надёжны отдельные методы тестирования. Ещё Блейлер (M. Bleuler) предостерегал от опасности переоценки результатов тестирования в клинко-психиатрической практике. Что же касается, в частности, клинической психиатрической диагностики, то Кремер (R. Kraemer) полагает, что искусное обследование в целом даёт то же, что и работа с тестами. Нельзя себе даже представить, что такое обследование должно длиться Бог весть сколько времени и может быть проведено только стационарно. Однако Ланген (Langen) на основании точных статистических исследований доказал, что заключительный диагноз после длительного периода наблюдения в 80 процентах случаев психотических заболеваний и практически в 100 процентах случаев неврозов полностью совпадает с первым впечатлением, которое пациент произвёл на исследователя.

Однако у тестирования есть и свои ограничения. Они проявляются там, где, например, человек пытается, как это фактически и происходит, с помощью тестов установить, насколько интенсивны суицидальные тенденции у отдельных пациентов. В этом отношении тесты не могут быть полезны психиатру ни практически, ни теоретически. Ибо то, насколько интенсивна суицидальная тенденция в конкретном случае, собственно говоря, не имеет значения: всё дело заключается, скорее, в том, какие последствия могут иметь место у конкретного пациента при данной интенсивности суицидальной тенденции, какие выводы он сделает из побуждения кончить жизнь самоубийством или из навязчивой идеи самоубийства. Одним словом, как он, его духовная персона и его психолого-организменный фактум настроены по отношению к самоубийству, как он сам себя соотносит с этим фактумом. Проводить при этом тестирование - всё равно, что рассчитывать в отсутствии хозяина. Ибо убивает не склонность к самоубийству сама по себе. Человек «сам убивает» себя. Разумеется, существует вид теста, можно сказать путь, позволяющий понять настрой и установку духовной личности по отношению к психофизиологическому заболеванию. Я имею в виду уже изложенный мною метод выявления случаев диссимуляции суицидальных тенденций. Фактически, при помощи этого метода дифференциальной диагностики удаётся отличить чистую диссимуляцию склонности к самоубийству от действительного её отсутствия. Ни одному психиатру-клиницисту не нужно объяснять, насколько важен такой дифференциальный диагноз, если стоит вопрос, нужно ли в данном конкретном случае

помещать пациента в больницу или ещё нет, а если он находится в лечебном учреждении, то можно ли или нет его выписать.

Третий момент, к которому мы должны подойти критически, говоря об американском направлении психосоматических исследований, касается того обстоятельства, что исследователи имеют обыкновение ограничиваться психоаналитической интерпретацией. Так, Федор (N. Fodor) утверждает, что тромбоз геморроидальных узлов может быть ценой, которую взрослый человек платит за анальные фантазии по поводу своего рождения. Или: Бышовски (Byschowski) объясняет ожирение как возможную реализацию защиты Эго, а также как вероятную защиту от эксгибиционистских желаний и мужских посягательств. [Предоставим теперь слово практике: «Поэтому при лечении астматиков, - говорит Мичох? (F. Miczoch) -пришлось отказаться, в частности, от психоаналитических методов, при которых выявление корней отклонения в развитии в детском возрасте должно бы привести к устранению следствий этих нарушений развития. Это самый надёжный способ изгнать пациента».]

*Промежуточное замечание.* Обратимся снова к критике психосоматики в целом и подумаем над следующим: 1. Психическое и физиологическое или соматическое образуют в человеке тесное единство, но это никоим образом не означает, что единство идентично тождеству, то есть что психическое и соматическое представляют собой одно и то же. 2. Даже самое тесное психосоматическое единство человека не образует его целостности; к целостности, скорее, имеет отношение ноэтическое, духовное. Это важно, так как человек представляет собой по своей сути духовное существо, хотя и не только его. Другими словами, духовное измерение является для человека конституирующим, так как оно (хотя и не единственно оно), собственно, и репрезентирует измерение его экзистенции.

Если психологизм представляет такой научный подход, который игнорирует духовное как собственно измерение, то американская психосоматика не достигла даже этого психологизма, не говоря уже о том, чтобы она смогла его преодолеть. Скорее, она осталась в плену некоторого *соматопсихологизма*, который находится по эту, но никак не по ту сторону психологизма, ибо он утверждает не только единство, но и тождество психического и соматического. Это направление, в частности Александер (F. Alexander), считает, что «психические и соматические феномены - суть два аспекта одного и того же процесса».

Итак, ясно, что американская психосоматика психологизма не преодолела, а лишь сбила с него цену. Однако немецкая психосоматика повысила цену психологического, поскольку она вся группируется вокруг «духовного образа» Виктора фон Вайцзеккера (von Weizsacker) или из него выводится. Об этом психосоматическом направлении нужно было бы сказать, что оно (в смысле вышесказанной необходимости различать соматическое, психическое и ноэтическое или единство, тождество и цельность) не преодолело психическое, а перепрыгнуло его. Так что обобщённо мы можем, предвосхищая последующее изложение, сформулировать это так: немецкая психосоматика является собственно *ноосоматикой*.

## 2. Критика немецкой психосоматики

Согласно немецкой психосоматике историю болезни можно понять только исходя из истории жизни, то есть каждая деталь истории болезни определяется всей историей жизни пациента. Таким образом, здесь с полным правом можно говорить о *биографическом детерминизме*. Одним словом, *больным становится только тот, кто обижается*.

Обида, действительно, может вызвать заболевание. Так, Клумбис (Klumbies) показал, что тревога, и стало быть обида, влияют на электрокардиограмму так же, как и средства, вызывающие спазм коронарных сосудов, тогда как радость электрокардиографически проявляется как воздействие нитрита.

Однако бывают люди, как тревожно-взволнованные и радостно-настроенные, так и радостно-взволнованные. Мы, например, благодарны Ферверсу за указание на то, что приступы *angina pectoris* возникают и как следствие большой радости; он упоминает в этой связи «внезапное возвращение сына из русского плена после войны».

Ещё один трагикомичный пример патогенного влияния радостного волнения: *в нашем отделении лежал пациент, который несколько десятилетий назад был яркой футбольной звездой. Случилось так, что во время пребывания этого пациента в клинике по радио*

передавали чемпионат мира по футболу, и нашему футбольному ветерану, конечно, нельзя было запретить слушать передачи отдельных игр. При этом он волновался каждый раз, но особенно сильно разволновался, когда его родная австрийская команда выигрывала матч, так что после одной из решающих побед австрийцев у него произошло резкое падение сердечной деятельности.

Вполне очевидно, что чаще болеет обидчивый человек. Ошибочным является лишь утверждение, что «только» он и болеет. Оказывается, *болеет и тот, кто радуется*. Но как же это объяснить, исходя лишь из биографии? Такой смысл можно лишь сконструировать.

Если существует возможность определить симптоматологию как таковую, исходя из биографии, то, между прочим, совсем непонятно, как обстоит дело с врождёнными аномалиями и их последствиями, а также с наследственными заболеваниями.

Точно так же возникает вопрос и о несчастных случаях. Психосоматики утверждают, что каждый отдельный случай аварии имеет свой биографический смысл. [См.: Мюллер-Экхард (Muller-Eckhard): «Не бывает случайных несчастных случаев», или у фон Вайцеккера: «Ранение никогда не бывает случайным».] Однако такое утверждение можно притянуть только за уши. Само собой разумеется, есть нечто, что называют *accident proneness* [Accident proneness (англ.) - склонность к авариям.], как это было показано Александрой Адлер несколько десятилетий назад. Однако это ещё не доказывает, что каждая авария обусловлена такой *proneness*.

А если и отравления следует понимать, исходя из личной истории, то тогда любая интоксикация является аутоинтоксикацией, что звучит достаточно странно.

Конечно, многое в человеческом бытии имеет биографическую ценность, и, поскольку оно обладает этой ценностью, то приобретает и лично выраженную ценность, ибо биография, представляет собой не что иное, как экспликацию личности во времени. В разворачивающейся жизни, в раскручивающейся спирали бытия, личность эксплицирует себя, себя раскрывает, «расстилает» себя, как ковёр, который только так и может продемонстрировать свой неповторимый рисунок. Личность раскрывается в своей биографии, она открывает себя, способ своего существования, свою неповторимую сущность только в биографической экспликации, оставаясь закрытой для непосредственного анализа.

В этом смысле каждая биографическая дата, каждая деталь жизнеописания, безусловно, имеет своё значение и ценность как элемент самовыражения личности, но только лишь до некоторой степени и только в пределах известных границ. Эти границы соответствуют обусловленности человека, который только факультативно является необусловленным, тогда как фактически всегда остаётся обусловленным, ибо даже если он по своей сути и является духовным существом, он всё же остаётся существом конечным. Отсюда следует и то, что духовная личность не может проявить себя безусловно, через психофизиологический субстрат. Духовная личность невидима через психофизиологические слои и не действует через них. Психофизиологический организм - это совокупность органов, инструментов и средств достижения цели. А цель эта двойная и соответствует двум функциям организма по отношению к духовной личности - это экспрессивная функция и инструментальная, сам организм является средством осуществления этой двойной цели и находится на службе у духовной личности; но это средство, является (в том что касается экспрессивной функции) совершенно невыразительным и (в том что касается инструментальной функции) совершенно инертным. Ввиду этого духовную личность далеко не всегда можно рассмотреть через посредство психофизиологического организма, и ввиду его инертности она далеко не всегда через него действует. Одним словом, этому средству на службе у духовной личности не свойственна абсолютная услужливость: «*potentia oboedientialis*» где-то нарушается, где-то даёт трещину (если позволительно использовать слова моего наставника в области теологии - покойного доктора Леопольда Зоупа (Soukup)). Так что в данном случае тоже можно было бы говорить о некоей *impotentia oboedientialis*. Нельзя сказать, что психофизиологический организм или всё течение болезни в нём репрезентируют духовную личность, которая за этим стоит и которую они так или иначе обслуживают. Поскольку духовная личность, ни при каких обстоятельствах не действует через психофизиологический организм, потому её ни при каких обстоятельствах нельзя рассмотреть

через психофизиологический организм. [Нам ведь никогда не придёт в голову ловить больного с проявлениями афазии на слове.] Если организм - и болезнь не в последнюю очередь - является зеркалом, в котором отражается духовная личность, то нельзя сказать, чтобы на этом зеркале не было пятен. Другими словами, не всякое пятно на нём - это пятно на личности, которая в нём отражается.

Таким образом, психосоматическая медицина упускает одно чрезвычайно важное обстоятельство, а именно, сам психофизиологический организм. Только совершенно просветлённое тело могло бы репрезентировать духовную личность. Тело «падшего» человека, однако, представляет собой треснувшее и потому искажающее зеркало.

Не только здоровый - нет, но и больной дух может жить в здоровом теле - это я, как клинический психиатр с уверенностью могу засвидетельствовать. Причём как клинический невролог, я в состоянии представить свидетельства того, что и в хвором (например, в парализованном) теле может жить абсолютно здоровый дух. Ни в коем случае не может быть любое *insanitas corporis* [*Insanitas corporis (лат.)* - нездоровое тело.] приписано *mens insana* или из *mentis insanitas* [*Mentis insanitas (лат.)* - нездоровый дух.] выведено. Далеко не всякая болезнь ноогенна. Кто утверждает обратное, того можно назвать спиритуалистом или (в том, что касается телесных болезней) - ноосоматиком. Пока мы осознаём, что человек может далеко не всё, чего он хочет как духовная личность, осуществить сам по себе, в качестве психофизиологического организма, мы, ввиду указанной *impotentia oboedientialis*, оберегаем себя от того, чтобы все болезни тела объяснять несостоятельностью духа. И без того мы уже отказались от таких крайностей ноосоматики, как утверждение, что заболевание карциномой репрезентирует не только неосознанное самоубийство, но и неосознаваемое, автоматически реализующееся смертельное наказание, обусловленное неким комплексом вины [Я могу, на худой конец, представить себе, что головная боль «тождественна» беспокойству, но чего я не могу себе представить, так это того, что аспирин, который снимает головную боль, тождествен радости.].

Конечно, всё, в том числе и любая болезнь, имеет свой смысл; но этот смысл лежит не там, где его ищут в психосоматических исследованиях. Только больной может придать смысл своей болезни, и именно в столкновении с нею как с судьбой, в столкновении его как духовной личности, с болезнью как воздействием психофизиологического организма. В столкновении с участью заболеть, в установке по отношению к этой своей участи реализует больной человек, *homo patiens*, некий, можно сказать, глубочайший смысл. [Известный американский психиатр Фрейхен (F. Freyhan) в статье под заглавием «Психосоматика устарела?» предположил, что множество психосоматических нарушений представляет собой выражение скрытой эндогенной депрессии, биолого-физиологическая этиология которой становится очевидной вследствие успехов соответствующей терапии. В исследованиях взаимосвязи между событиями жизни и началом различных заболеваний до сих пор не удалось получить никаких доказательств о преобладающей роли психогенеза в психосоматических заболеваниях. Немногие лонгитюдные исследования, существующие в настоящее время, скорее, свидетельствуют о незначительном влиянии событий и обстоятельств жизни.

Скольник (L. Skolnick) говорит по этому поводу: «Действительно, в детстве многих душевнобольных людей зачастую можно обнаружить ряд негативных факторов: эти люди нередко происходят из неполных или распавшихся семей, они вынуждены страдать под властью доминирующей или отвергающей матери, терпеть насилие со стороны отца, если он не отсутствует вовсе. Обычно, используя подобные факты доказывают, что обстоятельства ведут к отклонениям в развитии. Но есть и такой факт, что большинство детей, имеющих нарушения в развитии и рано познавших горе, всё-таки превращаются в нормальных взрослых. Исследования, проведённые Институтом развития человека при Университете штата Калифорния, исходили из предположения, что дети из распавшихся семей, став взрослыми, испытывают некоторые трудности, и что дети, у которых было счастливое радостное детство, становятся счастливыми взрослыми. В двух третях всех случаев эта гипотеза не подтвердилась. Травматизирующее влияние стрессов в детском возрасте существенно переоценивается. Но не только это, выяснились ошибки и при оценке испытуемых, у которых было сложное детство: многие из них, став взрослыми, были счастливыми, довольными, беззаботными или даже богатыми личностями».]

*Заключительное наблюдение.* В начале мы, среди всего прочего, говорили и о психогенной ангине (Бильц), которую назвали психосоматическим заболеванием. Нам известен поучительный и показательный двойной пример психосоматической ангины, причём с одним врачом и его ассистентом: оба заболели в четверг. Ассистент заболел как раз в четверг, накануне пятницы, когда ему нужно было сделать научный доклад, что для него всегда было связано с определённым волнением. Врач, однако, заболел ангиной, если он заболел именно ею, тоже в четверг просто потому, что в среду он всегда должен был читать лекции. И в этот день у него никакой ангины не бывает. Итак, у нас есть полное право предположить, что в среду микроб уже дремал, но не проявлял себя. Коллега просто не мог позволить себе заболеть в лекционный день, и начало болезни, которое было уже подготовлено, сместилось.

Вместо истории болезни мы можем привлечь в качестве доказательства факт из истории литературы. Гёте работал над второй рукописью «Фауста» семь лет. В январе 1832 года он перевязал рукопись шнурком и запечатал своей печатью, а в марте 1832 года Гёте умер. Мы не ошибёмся, если предположим, что Гёте прожил большую часть этих 7 лет, если так можно сказать, сверх своих биологических возможностей. Здесь не было недуга, здесь была своевременная, сверхподготовленная смерть, которая просто отодвинулась до завершения труда всей жизни.

Итак, я попытался показать, что психосоматическая медицина лишь в малой степени позволяет нам понять, почему кто-то заболевает, вернее, почему кто-то остаётся здоровым. [Сравните случай, имевший место с одним коллегой, от которого, когда он был очень уставшим, в состоянии крайнего переутомления, потребовали, чтобы он присоединился к горноспасательной экспедиции, занявшей несколько часов. Сразу же после того, как этот человек выполнил свой врачебный долг, он, ослабев от падения сердечной деятельности, почти теряя сознание, сумел закрепиться на скале. Дело дошло до коллапса, это понятно и безо всякой психосоматической медицины. Но то, что коллапс не произошёл ни одной секундой раньше, чем коллега выполнил свою задачу, - это можно объяснить только с точки зрения психосоматики. (Всё вместе взятое с безусловной очевидностью свидетельствует, что не только иммунный статус зависит от эмоционального, но и эмоциональный статус зависит от мотивации. Насколько важную роль играет мотивация именно в критических ситуациях человеческого бытия, можно понять на опыте лагерей военнопленных. Ряд психиатров установили, что в Японии, в Северной Корее и в Северном Вьетнаме имели больше всего шансов выжить военнопленные, ориентировавшиеся на какой-либо смысл, в отношении которого они испытывали бы чувство долга. Об этом же говорили мне и три американских офицера, пережившие очень длительный северо-вьетнамский плен и по воле случая бывшие моими студентами в Американском международном университете в Калифорнии. Там у меня на семинарах они подробно рассказывали о своём опыте, их совместное резюме гласило: только ориентация на смысл удержала их на самом краю жизни!)] По крайней мере в последнем из описанных случаев можно с большим правом говорить о психосоматическом здоровье, а не о психосоматическом заболевании. В отношении этого психосоматическая медицина, действительно, может дать нам очень ценные сведения. Но для этого она должна выйти из сферы обязательного лечения болезни и перейти в область профилактики болезней. Однако понятно, что там, где запуск болезни осуществляется из психического, профилактика заболеваний должна быть направлена на психику. И тут из психосоматической медицины вырастает вопрос психогигиены.

### **3. Функциональные заболевания** **Соматогенные психоневрозы**

Мы исходили из того, что невроз можно определить как психогенное заболевание. В частности, тогда органоневроз представляет собой действие психической причины в соматической области. Но существует и обратное: действие соматического в психическом. Это, собственно, и есть психозы, которые *ex definitione* в этом смысле можно было бы квалифицировать как соматогенные и фенопсихические. Но речь сейчас должна пойти о

картине неврозоподобных заболеваний. Симптоматология этих заболеваний является, так сказать, микроспсихической. В любом случае едва ли можно поставить в один ряд страх открытого пространства и тревожную меланхолию. Но их этиология одинаково является микросоматической, это значит, что в соответствующих случаях отсутствуют структурные изменения органов или систем, скорее, имеют место чисто функциональные нарушения, и на этом основании мы можем назвать эти заболевания функциональными.

Системы организма, о которых преимущественно будет идти речь, это вегетативная и эндокринная. Нарушения их функций, что существенно, протекают моносимптомно, причём соответствующий моносимптом может также быть и психическим. Из этого следует, что вегетативные и эндокринные функциональные нарушения [В. Франкл «Вегетативные и эндокринные функциональные нарушения и проблематика, тела-души-духа в кн.: «Die Vortrage der 2. Lindauer Psychtherapiewoche 1951», Штутгарт, 1952.], поскольку они протекают с клинической картиной невроза, оказываются скрытыми. По сравнению с подлинными неврозами, неврозами в узком смысле слова, которые, как было сказано, можно назвать психогенными заболеваниями, ниже речь пойдёт о соматогенных заболеваниях, которые поэтому следует назвать псевдоневрозами.

Само собой разумеется, многие такие псевдоневрозы надстроены и надставлены из психического. Другими словами, при всём их соматогенезе, речь может идти только о первичном соматогенезе. С точки зрения терапии исключительно важно, что является первичным: психогенез или соматогенез.

Если мы хотим руководствоваться практическими вопросами, то должны провести различие между следующими важнейшими группами соматогенных псевдоневрозов (табл. 3).

**Таблица 3**

	Психический моносимптом	Объективные данные	Терапия выбора
Группа базедовидных заболеваний (скрытый гипертиреоз)	Агарофобия	GU >	Дигидроэрготамин
Группа аддисоновидных заболеваний (скрытый гипокортикоз)	Деперсонализация, психодинамический синдром	АД <	Дезоксикортикостерон
Группа тетаноидных заболеваний	Клаустрофобия, globus «hystericus», затруднения дыхания	Хвостек + К:Са > 2	Кальций, дегидротахистерин, о-метоксифенил-глицеринэфир

Где: GU - основной обмен; АД - артериальное давление.

Если учесть этиологию заболеваний этого типа, которую мы назвали микросоматической, то становится понятно, что в каждом таком случае нужно искать соматическую причину. Одним словом, данные функциональные нарушения вегетативного или эндокринного характера при известных обстоятельствах можно доказать только с помощью лабораторных методов. Однако далеко не во всех случаях можно получить данные, поддающиеся объективной оценке. Например, хорошо известно, насколько относительно мало надёжными могут быть такие показатели, как проба Хвостека или даже соотношение

калия и кальция. Если же отвлечься от данных, касающихся тетаноидной группы, то и в случае базедовидной группы далеко не всегда можно установить повышение основного обмена, как и в случае аддисоновидной группы понижение кровяного давления; тем яснее становится, особенно в подобных трудных с точки зрения диагностики случаях, какое большое значение это имеет для определения представленной нами терапии выбора.

### **а) Базедовидные псевдоневрозы**

Хочу привести один казуистический пример. Пациентка с пяти лет страдала тяжелой агарофобией. В течение полугода она лечилась у дамы-психоаналитика, которая не была врачом по профессии. В конце концов пациентка перестала посещать психоаналитика именно потому, что какой бы то ни было терапевтический успех отсутствовал; наоборот, депрессия стала ещё глубже. Объективно у пациентки наблюдался тремор пальцев и дрожание век; щитовидная железа была диффузно увеличена, и основной обмен составлял +44 %. Пациентка получает парентерально только дигидроэрготамин и уже на следующий день сообщает, что инъекция «подействовала чудесно»: «Я даже не представляла себе такого, - говорит она, — чтобы можно было так быстро и так хорошо вылечиться». После ещё нескольких инъекций страха не было длительное время и пациентка заметила, что сны, мучившие её «прежде кошмарами, теперь «стали приятными». «Психоаналитик толковала сны, но они всё равно оставались ужасными», - говорит она насмешливо. Само собой разумеется, ввиду такого терапевтического успеха можно подумать, что всё дело в суггестивном эффекте. Правда, некоторое суггестивное воздействие не является оскорблением для врача, но здесь было бы заблуждением объяснять всё только им. У практика нет ни возможности, ни необходимости заранее полностью исключить суггестивный эффект в процессе лечения, а также исключить его потом, при оценке результатов этого лечения. Однако клиницист должен этого остерегаться, и само собой разумеется, что случаи, на базе которых строится наше представление о практически самых важных соматогенных псевдоневрозах, только тогда приводятся в качестве иллюстраций, если были попытки изначально лечить больных другими методами и при целенаправленной медикации был получен терапевтический эффект, либо когда наоборот, впоследствии были попытки использовать другие методы, но только при целенаправленной медикации наблюдались благоприятные изменения в состоянии пациента. Разумеется сам пациент пребывал в неведении относительно препарата, который он получает или даже в уверенности, что он получает совсем другой препарат, отличный от того, которым его лечили на самом деле. Мы преднамеренно оставляли пациента в уверенности, что он получает именно тот препарат, благодаря которому, по его собственным отзывам, стало совсем хорошо. Но может создаться и прямо противоположная ситуация, когда пациент, с основанием или без оно, боится каких-либо инъекций и испытывает страх ожидания перед последствием или побочным эффектом применения тех или иных лекарственных средств.

В случае такой антисуггестии благоприятный терапевтический эффект целенаправленной медикации (совершенно неожиданный для пациента) обладает только большей доказательной силой.

Ниже будет рассказано о двух атипичных случаях, которые, несмотря на свою атипичность, всё-таки относятся к области базедовидных псевдоневрозов. Первый из этих случаев является атипичным, поскольку его симптоматика была смешанной, представляя собой сочетание синдрома 1 (базедовидная группа) и синдрома 2 (аддисоновидная группа). Соответственно этому терапия тоже должна быть комбинированной и концентрически направленной на патогенные факторы. Само собой разумеется, что к этим факторам относилась и психическая реакция пациентки, то есть реактивный невроз, а также то, что при подобных обстоятельствах адекватная мультикаузальная терапия возможна только при одновременном применении сомато-психологических методов.

Юдифь К, пациентка 37 лет, с тринадцатилетнего возраста страдает тяжелой агарофобией. В детстве была необычайно тревожна; боялась пожара и землетрясения. Более 20 лет никогда не выходит одна на улицу в страхе перед обмороками и головокружением. Избегает также больших скоплений людей, что наряду с жалобами на

«чувство сдавленности в шее» меньше говорит в пользу агарофобии, а скорее указывает на клаустрофобию. С четырехлетнего возраста пациентка была не в состоянии оставаться одна в квартире. Кроме того, жалуется на давление в области сердца, понос, частые позывы к мочеиспусканию и озноб, метеочувствительна и метеозависима. Уже была у многих выдающихся специалистов, один раз подвергалась гипнозу, в другой раз прошла наркоанализ, в одной из клиник её лечили при помощи ЭСТ, - однако все эти мероприятия не принесли успеха. Потеря веса за последнее время составила, ни много ни мало, 22 кг, в данный момент весит 47 кг. Основной обмен составляет +50%. ЭКГ говорит о небольших диодистрофических изменениях миокарда. С точки зрения терапии речь шла, в смысле соматопсихологической симультанной терапии, о том, чтобы психотерапевтическое ведение пациентки с самого начала сочетать с целенаправленной медикаментозной терапией. Медикаментозное лечение должно было подготовить поле деятельности для психотерапии, на котором психотерапия, вообще, только и может развернуться. Данный случай, как уже было указано, характеризовался не только агарофобическими, но и клаустрофобическими тенденциями, причём эти последние мы, как правило, соотносим с тетаноидной группой псевдоневротических заболеваний; точно так же, страх перед открытым пространством чаще всего [Само собой разумеется, не стоит делать вывод, что любая агарофобия представляет собой соматогенный псевдоневроз, как мы его понимаем.] выступает моносимптомным психологическим коррелятом, скрывающим, а для специалиста, и вскрывающим базедовидное состояние. Точно те же причины, поскольку случай такого рода указывает также и в тетаноидном направлении, побудили нас наряду с дигидроэрготамином назначить ещё и миоскаин Е, после чего мы сами [В. Франкл «О лечении тревоги» в Wiener medizinische Wochenschrift 102, 535, 1952.] смогли показать, что этот о-метоксифенил-глицериновый эфир способен погасить (псевдо-) невротическую тревогу (в нашем смысле) в случаях «функциональных» нарушений. Эффект этой двунаправленной медикаментозной терапии, дополненной психотерапией (по методу парадоксальной интенции) был следующим: На 13-й день стационарного лечения пациентка сумела самостоятельно добраться из Хернальса, где она живёт, в поликлинику; на 17 день она впервые после 20 лет пошла одна в кино; на 18-й день она в первый раз за всю свою жизнь сходила сама в кафе (только «страх перед страхом» у неё ещё оставался, как она говорила; но и он вскоре исчез). На четвертой неделе своего лечения она прокатилась со своим мужем по городу, причём сидела во время поездки на заднем сиденье мотороллера; в одиночку пациентка ездила в переполненном трамвае (переполненность которого должна была бы по клаустрофобическим мотивам приводить её в ужас). Когда после стационарного лечения общей продолжительностью в четыре недели пациентка была выписана из лечебного учреждения, то чувствовала себя «заново родившейся». Она не испытывала в последующем никаких психологических трудностей в течение всего периода регулярного контроля, не нуждалась в приёме каких-либо медикаментов, и вдобавок ко всему у неё после четырёхлетнего перерыва восстановились сексуальные отношения с мужем. Мы говорим всё это только потому, что хотим сказать, насколько было бы ошибочно конструировать этиологию подобного невроза на основании сексуальной абстиненции, тогда как в действительности верным было бы прямо противоположное: четырёхлетнее воздержание (скорее, не причина) представляет собой лишь проявление (псевдо)невроза, а сексуальная реабилитация пациентки — (побочное) действие нашей терапии.

Далее хочу представить второй случай, тоже атипичный, при котором хотя и наблюдался синдром 3 (тетаноидная группа), но терапевтический эффект был получен вследствие терапии, обычно показанной в типичных случаях базедовидных псевдоневрозов, то есть при помощи дигидроэрготамин.

Марагрет Ш., пациентка 39 лет, жаловалась на то, что уже в течение многих лет страдает от всё усиливающейся тревоги, которую она испытывает в закрытых помещениях; кроме того она не любит узкие, облегающие платья. За четыре недели до этого зубной врач сделал ей инъекцию, после которой на неё вдруг накатила волна мощного тревожного возбуждения; у неё началось сердцебиение, которое затем продолжалось довольно долго и не унималось даже после приёма прописанных врачом

средств (хинина, дигиталиса и люминала). И наконец, пациентка жаловалась на чувство сдавленности и ощущение комка в горле. Поскольку последний очень часто неверно интерпретируется как истерический, мы сами придерживаемся мнения, что его нужно рассматривать с диагностической точки зрения как признак тетаноидного процесса, как и чувство стеснения и сдавления (наши пациенты обычно говорят о невозможности вздохнуть). Что же касается данного случая, то здесь, действительно, соотношение калий-кальций (20,7:8,8) было подозрительным в тетаноидном плане, тогда как основной обмен составлял всего +4%. Таким образом, у нас было полное право в данном конкретном случае предположить аффектацию, которая должна быть приписана тетаноидной группе скрытых вегетативных и функциональных нарушений, в соответствии с этим мы назначили препараты кальция, но добавили к ним и миоскаин Е. Однако все эти лечебные мероприятия не дали никакого терапевтического эффекта. Зато оказалось, что назначение DHE 45 действует «очень хорошо». Нужно заметить, что пациентка непосредственно после каждой инъекции в течение получаса чувствовала себя «смертельно усталой» и жаловалась каждый раз на головокружение и тошноту: если бы дело было только в суггестивном воздействии, вернее в антисуггестии, то пациентка должна была бы, в крайнем случае, ожидать дальнейшего ухудшения. Но об этом не могло быть и речи: объективное её состояние вскоре улучшилось, например, перестала беспокоить тахикардия. Кроме того, больная проходила логотерапевтическое лечение, направленное, в основном, против страха ожидания. Когда пациентка к нам пришла, она находилась в состоянии тревожного возбуждения высшей степени, так как боялась того, что сходит сума. На различные трудности, которые мы интерпретировали как (в нашей терминологии) функциональное заболевание, пациентка реагировала психотофобией. Поэтому мы не могли говорить о чисто функциональном заболевании, скорее, следовало охарактеризовать всю картину целиком как реактивный невроз. И вот пациентка за несколько недель своего нахождения в больнице полностью избавилась от всех своих нарушений, и они не возвращались к ней в течение целого года, прошедшего после стационарного лечения.

Мы выбрали два этих нетипичных случая для того, чтобы предостеречь всех от попыток выводить из теоретической схемы практические следствия и формально применять их в работе.

И наконец, нужно заметить, что клинический опыт свидетельствует: псевдоневротические агарофобия и клаустрофобия, характерные соответственно для базедовидных и тетаноидных псевдоневрозов, могут быть должным образом диагностированы даже в тех случаях, когда вопрос не стоит ни о той ни о другой фобии в явном виде, дифференциальный диагноз можно поставить и определить показания к тому или иному виду целенаправленной терапии с помощью тестовых вопросов, таким образом, мы ищем, так сказать, латентную агаро- или клаустрофобию, предлагая пациенту вопросы о том, чего он больше боится: остаться одному посреди большой площади или сидеть в переполненном кинотеатре в середине ряда. Уже такая зачаточная готовность к клаустро- или агарофобии является настолько показательной для соответствующего псевдоневроза, что мы на основании результатов тестирования можем назначать соответствующую терапию выбора.

## **б) Аддисоновидные псевдоневрозы**

Прежде всего хочу привести один казуистический пример.

*Доктор Ш., врач, жалуется на боли в желудке, страдает поносами и из-за этого вынужден уже длительное время придерживаться строгой диеты, при этом ему приходится исключать из рациона чёрный хлеб, фрукты и овощи. Как известно, это нередко ведёт к дефициту витаминов группы В, к нарушению ресорбционных процессов, а также к значительному обеднению ассортимента продуктов. Характерными являются данные анамнеза о плохой переносимости жары и солнца; и наконец, пациент сообщает, что его зачастую тянет - и это тоже характерно! - на солёную пищу. И вот мы подходим к описанию симптомов деперсонализации: пациент жалуется на то, что ему всё представляется нереальным, и у него самого нет ощущения, что «он находится здесь и*

сейчас», скорее он ощущает себя как бы «несуществующим», как будто в нём «лопнула струна», как он говорит. «Мне кажется, что я сплю: моё сознание сузилось до предела, я совсем не осознаю себя, мне никак не вернуться к своему собственному «Я». Я должен постоянно себя спрашивать: "Почему я — это я, а не тот, кого я вижу". Всё представляется мне далёким, и сам я кажусь себе чужим; мой голос звучит как-то странно; мои члены как будто бы принадлежат не мне. Я как будто бы нахожусь над своим телом или даже у меня совсем нет тела, а только один чистый дух». Ко всему этому присоединяется ятрогения. Сначала были, как это часто делается в рамках традиционной медицины, назначены барбитураты, о которых мы знаем, что они понижают и без того в большинстве случаев (в данном случае давление АД составляло всего 95 мм рт. столба) пониженное давление; но усилилась не только артериальная гипотония, но и то, что Берц (J. Berze) назвал «гипотонией сознания», которую можно также понимать как деперсонализацию. К тому же коллега, поначалу лечивший пациента, необдуманно, чтобы не сказать бездумно, сказал о «расщеплении», вследствие чего у пациента начала развиваться реактивная психотофобия. С нашей стороны терапия заключалась в ежедневном приёме перкортена сублингвально. Спустя несколько дней пациент уже чувствовал себя «чудесно»: «Всё нормально, всё снова стало близким, ясным и понятным, как в нормальные времена». (Один английский студент сказал, имея в виду субъективный терапевтический эффект дезоксикортикостерона: «Он прояснил мой мозг. Мои умственные способности стали лучше»). И здесь тоже «сознание и память стали острее». В последующие месяцы не было уже никаких болезненных проявлений, и пациент чувствовал себя так, как будто никогда никакого перкортена не принимал.

В других случаях мы назначаем DOC [DOC - дезоксикортикостерон.] парентерально. Так, в случае с одной молодой провизоршей, которой, ввиду тяжёлых переживаний, связанных с деперсонализацией, было назначено в общей сложности трижды по 5 мг кортирона с недельными промежутками интраглоттально. Как она утверждала, действие первых двух инъекций длилось каждый раз по 5 дней и заключалось в том, что «всё становилось значимым, более непосредственным и само собой разумеющимся». При такой парентеральной медикации нужно только помнить, что наша задача - стимулировать функцию надпочечников, но никак не заменить сами надпочечники. На практике это означает, что подобные депонируемые препараты в тех случаях, которые мы имеем в виду, должны применяться с большой осторожностью, ибо эти формы подачи, когда «выстреливаются сразу все стрелы», лишают нас возможности последующего контроля. При каких условиях функция надпочечников после стимуляции будет действовать дальше приблизительно в нормальном объёме? При известных обстоятельствах, когда она в наших функциональных случаях повреждена незначительно, достаточно, как правило, провести спонтанное оздоровление общего настроения, которое в оптимальном виде дают спортивные тренировки.

Речь пойдет об одном аргентинском офицере в возрасте 30 лет, который в течение последних шести лет страдал не только сильнейшей деперсонализацией, но и синдромом полной психадинамии: слабостью памяти и низким уровнем концентрации внимания. [В. Франкл «Психадинамия и гипокортикоз», Wiener klinische Wochenschrift 61, 735, 1949; а также «Психадинамический синдром и его взаимосвязь с нарушениями функции надпочечников». Schweizerische medizinische Wochenschrift, 79, 1057, 1949.] Он лечился уже у пяти врачей и в течение двух лет проходил психоанализ; получал ацетилхолин и 10 процедур ЭСТ. Наше лечение заключалось в назначении перкортена парентерально в сочетании с витамином В<sub>12</sub>, ввиду наличия экзистенциальной фрустрации, он прошёл краткосрочный курс логотерапии. В результате трех инъекций гормона надпочечников был достигнут удивительный успех в том, что касается деперсонализации: пациент чувствует себя отлично, выезжает за город и даже забыл о необходимости взять с собой прописанный ему перорально препарат NNR, однако тяжёлый рецидив напомнил ему об этом. В последующие недели он начал систематически заниматься спортом, и вскоре стал обходиться безо всяких медикаментов.

Во многом поучителен, как нам представляется, и следующий случай. Речь идёт о молодой пациентке, которую в течение шести лет по шесть часов в неделю лечила психоаналитик, а потом по посторонним причинам лечение пришлось прервать. После

того, как пациентка сообщила об этом психоаналитику, та заявила, что о прекращении лечения не может быть и речи, поскольку собственно анализ ещё и не начинался, а все усилия были направлены на преодоление сопротивления пациентки. Нами в этом случае был поставлен диагноз гипокортикоз с деперсонализацией на первом плане, и в процессе лечения дезоксикортикостероном «получилось так, - сказано в сообщении лечащего домашнего врача, - что состояние пациентки вскоре значительно улучшилось не только в плане деперсонализации, но и в физическом отношении» (к моменту начала нашего лечения пациентка была лежачей). «Она, - пишет врач далее, - прибавила в весе, стала менее восприимчива к заболеваниям, написала диссертацию и больше в лечении не нуждается».

И снова напрашивается вывод: для того, чтобы иметь возможность диагностировать невроз, для начала мы должны исключить соматогенный псевдоневроз, и это абсолютно обязательно [Из 584 случаев опухоли мозга, подтверждённой в процессе операции, 33 пациента лечили от невроза.]; однако сделать это может только врач, получивший полноценное медицинское образование. Хотя исключение соматогенного псевдоневроза представляет собой необходимое условие диагностики истинного (психогенного) невроза, это условие далеко не является достаточным, ибо только на основании того, что соматогенный псевдоневроз исключён, ещё нельзя ставить диагноз (психогенного) невроза. Другими словами, недопустимо ставить диагноз «невроз» только per exclusionem. [Per exclusionem (лат.) - как исключение.]

Следующий случай мог бы послужить иллюстрацией этому предостережению.

Цецилия Д., с 5-летнего возраста ходит из одной психоневрологической клиники в другую и подвергается всем возможным процедурам, как диагностическим, так и терапевтическим: от люмбальной пункции до энцефалографии, от наркоанализа до электросудорожной терапии. В конце концов, заключение гласит, буквально: «Что-либо органическое исключено; речь идёт о конверсионной истерии». С таким диагностическим ярлыком пациентка переводится в наше отделение. Однако, уже при сборе анамнеза у нас явно напрашивается мысль о том, что всё это вместе указывает на таламический очаг. Рентгеновское исследование выявляет хроническое повышение внутричерепного давления, а данные офтальмоскопии свидетельствуют о воспалении сосудистой оболочки глаза. Этим окольным путём мы добираемся от топического (предположительного) диагноза «ядро таламуса» - к фактическому диагнозу «токсоплазмоз». Действительно, тест Сабины Фельдман оказывается положительным, как и реакция на токсоплазмоз.

### **в) Тетаноидные псевдоневрозы**

[Особые заслуги в их выявлении и дифференциации относительно истинных неврозов на венской почве принадлежат Новотны (K. Nowotny) и Полаку (P. Polak).]

Ввести читателя в феноменологию этой третьей группы псевдоневрозов позволяют конкретные примеры.

Студент-медик К. был направлен в наше отделение авторитетными лицами явно с целью психотерапии. С 4 лет он страдает «нервными конвульсиями»: судорожными состояниями продолжительностью до одного часа с парестезиями в виде мурашек и ощущением напряжения, иногда даже с оцепенением конечностей, описывая которое пациент демонстрирует типичное лапообразное положение кистей. Далее он сообщает о «комичном дыхании» во время приступов, и у нас есть все основания заподозрить, что таким образом он осуществляет гипервентиляцию. Неясные боли в желудке дополняют картину. Объективно симптом Хвостека оказывается положительным, калиево-кальциевое отношение составляет 22,4:9,8, что является повышенным более, чем в 2 раза. Уже при пробной инъекции кальция пациент говорит о её «отличном действии», как только он начинает получать миоскаин E, приступы прекращаются и больше не возвращаются.

Как было сказано вначале, в случаях тетаноидных псевдоневрозов показан также и дигидротахистерин, причём в тех случаях, которые сопровождаются тревогой и страхом. В качестве казуистического примера пусть послужит следующий случай.

*Ирена З., 32 года, жалуется на тревожные состояния: она не может ездить одна в трамвае (типичная клаустрофобная реакция); кроме того, она жалуется на удушье и одышку; к тому же у неё бывает ощущение судорог в руках. Объективно: симптом Хвостека положительный, тогда как соотношение калия и кальция составляет 2,9. Уже на миоскаине Е наступает заметное улучшение в отношении того, что касается тревожности: пациентка впервые приходит на приём без сопровождения. Затем она получает калькамин (само собой разумеется, под контролем кальциевого зеркала) и через несколько недель забывает о своей болезни. Спустя несколько месяцев случается рецидив: пациентка пренебрегала необходимостью регулярно принимать калькамин. Позже она прекратила приём калькамина и ещё в течение двух лет не чувствовала своей болезни, по истечении этих двух лет произошёл второй рецидив; пациентка обратилась в наше отделение по поводу того, что в течение нескольких недель испытывала ощущение удушья и сдавленности и никак не могла продохнуть. На миоскаине Е сразу же наступило улучшение, но пациентка просит о пробной инъекции кальция. Уже в течение многих лет она чувствует себя хорошо и может без малейшего страха ездить одна в плотно набитом трамвае.*

### **г) Вегетативный синдром**

Фон Бергман (G. von Bergmann) ввёл термин «вегетативная стигматизация», а Зибек (Siebeck) использовал выражение «вегетативная лабильность»; сегодня говорят о вегетативной дистонии, понятие которой было введено Вихманом (Wichmann) в 1934 году. Вегетативные симптомы выступают на первый план при психотических состояниях, а именно при эндогенной депрессии, что даёт право говорить о вегетативной депрессии. В противоположность педантичному скрыванию ларвированной эндогенной депрессии по традиции предшествующего поколения мы помещаем в рамки этого заболевания преимущественно вегетативные нарушения и реактивно-ипохондрические жалобы.

Когда дело касается невротических или псевдоневротических состояний, мы предпочли бы говорить о вегетативных синдромах, а не о вегетативной дистонии. С терапевтической точки зрения вегетативные синдромы всё же необходимо дифференцировать. В этом смысле Биркмайер (W. Birkmayer) с полным правом противопоставляет друг другу симпатикотонный и ваготонный синдромы. Как известно, Гофф (F. Goff) тоже выступает за правомочность такого разделения и обособления, и Курциус (F. Curtius) откровенно говорит: «Типы ваготонии и симпатикотонии, несмотря на некоторые ограничения, исключительно хорошо зарекомендовали себя клинически». То, что мы в отдельных случаях наталкиваемся на пересечение двух вегетативных морфологических кругов, само собой разумеется и ничего не меняет в диагностических возможностях, никоим образом не отменяя терапевтическую необходимость установить, что же именно преобладает - симпатикотония или ваготония.

Нам кажется, что знание симпатикотонических и ваготонических состояний играет важнейшую роль там, где речь идёт о вегетативных приступах и особенно о вегетативных сердечных приступах. В этом направлении мы сошлёмся на необычайно многочисленные исследования Польцера (K. Polzer) и Шобера (W. Schober), которым принадлежат немалые заслуги в разработке проблемы симпатиковазальных и ваговазальных приступов. Мы возьмём на себя смелость утверждать, что самая страшная несправедливость совершается каждый день, на каждом врачебном приёме в отношении пациентов, на которых ставят клеймо невротиков или вешают ярлык истериков, тогда как на самом деле имеет место просто ошибка в диагнозе, поскольку речь идёт о больных с вегетативными приступами.

Как уже было подчеркнуто вначале, мы руководствовались клинической точкой зрения, когда остановились на трёх группах (базедовидном, аддисоновидном и тетаноидном) псевдоневрозов. Само собой разумеется, что с картиной невроза могут протекать не только функциональные нарушения эндокринной или вегетативной нервной системы, но и органические повреждения и поражения центральной нервной системы. Классический пример представляет собой так называемая «псевдоневрастеническая» продромальная стадия прогрессирующего паралича. Врачам-практикам хорошо известен и привычен тот факт, что не только нервная система, но и другие системы организма могут болеть, и это проявляется в

виде скрытых псевдоневротических функциональных расстройств.

#### 4. Реактивные неврозы

Мы уже видели, что неврозы можно определить как психогенные заболевания. В таком случае, как выяснилось, их нужно отграничивать от псевдоневрозов, которые протекают с клинической картиной неврозов, но должны быть названы соматогенными. Им мы можем противопоставить неврозы, которые только в широком смысле слова являются психогенными, то есть могут быть названы неврозами в широком смысле слова.

Если в случае соматогенных псевдоневрозов речь идёт о психических проявлениях соматических причин, то оказывается, что на эти проявления возникает ответное психическое проявление, таким образом встаёт вопрос о невротических реакциях, которые могут быть названы реактивными неврозами, ибо соответствующие реакции являются психическими и соответствующие заболевания - психогенными.

Среди рассматриваемых невротических реакций есть типичные. Общее название этого типа реакций - страх ожидания.

Как известно непредвзятому клиницисту, *страх ожидания* нередко является собственно патогенным фактором в рамках этиологии невроза, то есть он сам по себе фиксирует преходящий и безобидный симптом, заостряя на себе внимание пациента.

Так называемый механизм тревоги ожидания известен практикам: симптом порождает соответствующую фобию, а фобия эта усиливает и закрепляет симптом, и таким образом закреплённый симптом ещё больше укрепляет страх пациента перед возвращением симптома (рис. 6).



Рис. 6

Пациент оказывается заключённым в заколдованный круг, который, таким образом, замыкается, и пациент окутывается им, как коконом.

Пояснить это можно на конкретном примере: *к нам обратился один молодой врач, он страдал тяжёлой гидрофобией. От природы юноша был вегетативно лабилен. Однажды он протянул для приветствия своему начальнику руку и заметил, как всё сильнее потеет. В следующий раз в аналогичной ситуации он уже ждал, когда же его обольёт потом, и страх ожидания привел к тому, что «тревожный» пот просочился сквозь поры молодого человека. На этом circulus vitiosus [Circulus vitiosus (лат.) - порочный круг.] замкнулся: гипергидроз спровоцировал гидрофобию, а гидрофобия зафиксировала гипергидроз (рис. 7).*

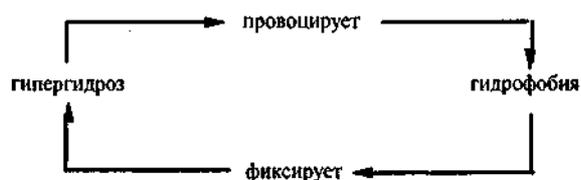


Рис. 7

Неврозы смогут вырваться из этого круга, если их терапия уподобится действию ножниц. Мы должны предпринять концентрированную атаку как против симптома, так и против фобии. Другими словами, в смысле симультанной соматопсихической терапии одна бранша терапевтических ножниц, способных разорвать невротический круг, взломать его, должна быть направлена на вегетативную лабильность как соматический полюс заболевания, а другая бранша терапевтических ножниц должна быть приложена к реактивной тревоге

ожидания как к психическому полюсу болезни (рис. 8).

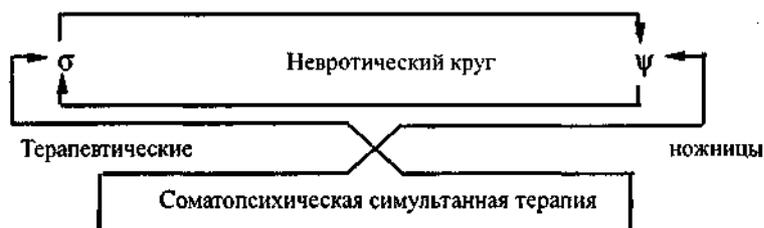


Рис. 8

Из примера со страхом ожидания становится ясно, что сам страх приводит в действие то, чего он страшится. Одним словом, *если желание, как говорится, отец мыслимого, то страх - мать происходящего*. По крайней мере это справедливо для страха ожидания. Очень часто час невроза пробивает именно тогда, когда страх ожидания болезни берёт власть в свои руки.

### **а) Реакции, характерные для невроза страха**

Чего же самого страшного можно ожидать в смысле этого страха ожидания? Прежде всего нужно сказать, что наши пациенты-невротики, по-видимому, выступают заодно с Рузвельтом, который в своих знаменитых «беседах у камина» как-то сказал: «Единственная вещь, которой мы должны страшиться, - это сам страх». И на самом деле, чего наши пациенты имеют обыкновение бояться больше всего, так это - самого страха. В этом особом случае страха ожидания мы можем также говорить и об ожидании страха. Сами пациенты обычно говорят о своём *страхе перед страхом* [Существует не только страх перед страхом, но и стыд за страх. В одном известном нам случае пациент стыдился своего страха потому, что не мог понять, как он, который был «таким верующим», оказался всё же таким боязливым. В действительности, его боязливость свидетельствовала не о скудности веры, а об избыточной функции щитовидной железы.]. Речь идёт о тревожном ожидании повторения приступа страха, который они уже однажды пережили.

Страх перед страхом представляет собой феномен потенцирования, с аналогом которого мы уже встречались, когда говорили об эндогенной депрессии, которая, несмотря на свой эндогенный характер, имплицитно включает в себя и реактивный момент, не в отношении какого-то экзогенного компонента, а как реакцию на эндогенность самой депрессии. Необоснованная тоска таких пациентов служит в этом случае почвой для дополнительной тоски. [С аналогичным феноменом потенцирования мы сталкиваемся не только в области медицины.] Собственно говоря, это не страх сам по себе перед тем, чего наши пациенты боятся, ибо, если мы исследуем их страх перед страхом до основания, причём буквально, то есть если мы отыщем основание, ввиду которого наши пациенты боятся страха, то окажется: они больше всего боятся того, что тревожное возбуждение может иметь «вредные последствия» для их здоровья. Существует три первоочередных вещи, на которые обычно направлен этот страх: от сильного возбуждения они могут потерять сознание прямо на улице, они могут потерять сознание вследствие инфаркта или инсульта. Другими словами, за страхом перед страхом стоит, в зависимости от обстоятельств, коллапсофобия, инфарктофобия или инсультофобия.

Всё это служит пациентам основанием для страха перед страхом. Каковы же последствия этого страха перед страхом? *Из страха перед страхом пациенты пускаются в бегство от страха*, одним словом, *они бегут от страха прочь и парадоксальным образом остаются на месте*, поэтому мы займёмся первой из реакций подобного типа, а именно агарофобийной.

Казуистический пример. *Мария Б. проходила лечение в неврологической поликлинике. Мать пациентки страдала навязчивой идеей чистоты. Сама пациентка с 11 лет находится на лечении по поводу вегетативной дистонии; несмотря на это она становилась всё более нервной. На первый план в картине болезни выступают случаи сердцебиения; наряду с ними наблюдаются приступы страха и «ощущение слабости».*

*После первых приступов страха и сердцебиения появился страх, что всё это может повториться, от чего у пациентки тут же началось сердцебиение. В особенности боялась она того, что ей станет плохо на улице или что с нею случится удар. К страху ожидания присоединилась навязчивая идея самонаблюдения, то есть пациентка постоянно наблюдала за тем, что и где у неё болит, например, она постоянно ощущала свой пульс. Семейная жизнь пациентки характеризуется как нормальная. Объективно: увеличена щитовидная железа, наблюдается тремор конечностей и мигание. В целях лечения пациентка получает трёхкратно ежедневно по 2 таблетки миоскаина Е, и её доктор велел ей сказать себе: «Сердце должно ещё больше колотиться. Я попытаюсь упасть на улице». Пациентке было также рекомендовано в целях тренировки умышленно выискивать все неприятные для неё ситуации и не уклоняться от них. Фокусная санация под пенициллиновой защитой. Через две недели после приёма пациентка сообщает: «Я чувствую себя очень хорошо, у меня почти уже нет сердцебиения. Сердцебиение больше меня не мучит, и со мной уже ничего не может случиться. Состояния страха полностью прекратились. Я почти совсем здорова». Спустя 17 дней после того, как пациентка была выписана, она сообщила: «Если у меня время от времени начинается сердцебиение, я говорю себе: "Сердце должно биться ещё сильнее". Тогда сердцебиение прекращается, а раньше оно становилось только сильнее, потому что я думала: "Боже мой, что же со мной происходит". Я всегда считала, что меня настигнет удар. Я тогда не знала, что со мной. Я боялась, что мне станет плохо на улице. А теперь страха у меня больше нет».*

Таким образом, оказалось, что страх перед страхом, который мы исследовали до самого основания, на самом деле имеет свою основу: в его «основе» лежит коллапсофобия, инфарктофобия или инсультофобия. Мы должны обязательно учитывать то, как страх перед страхом, поскольку он представляет собой вторичный страх, соотносится с первичным страхом, который пациент пережил сначала, вследствие чего у него и сформировался страх перед страхом. В противоположность вторичному страху первичный страх не имеет под собой основания, скорее, у него есть причина.

Разницу между основанием и причиной можно пояснить на примере страха высоты. Этот страх может быть сведён к тому, что человеку становится боязно и жутко ввиду недостаточной подготовки или ввиду недостаточного оснащения. Но страх высоты может возникнуть и вследствие недостатка кислорода. В одном случае мы имеем дело с малодушием, а в другом случае - с высотной болезнью. У первого есть основание, а у второго - причина. Первое - это нечто психическое, а второе - соматическое. Разница между психологическим основанием и соматической причиной становится понятна на следующем примере: лук не является основанием для плача, но он может быть причиной слезотечения. И наоборот: щекотка не является основанием для смеха (шутка могла бы стать для него основанием), скорее, это причина, которая способна вызвать рефлекторный смех.

Какая соматическая причина бывает у первичного страха наших пациентов? Мы могли бы доказать, что в основании агарофобии нередко лежит гипертиреоз. Но это ни в коем случае не означает, что гипертиреоз сам по себе может вызвать невроз страха - что-то вроде соматогенного псевдоневроза, ибо, в конце юнцов, соматогенным следствием и побочным проявлением заболеваний, связанных с гиперфункцией щитовидной железы, является только готовность к страху, но *на почву вегетативной готовности к страху падает семя реактивного страха ожидания* - и тогда уже формируется полноценный невроз страха, то есть реактивный невроз.

Собственно говоря, здесь мы подошли к вопросу о нейропатологии, лежащей в основе неврозов, а о психопатологии, являющейся для них субстратом, речь ещё впереди. Вместе с Виллингером (W. Villingner) мы придерживаемся мнения, что «излишнему расширению понятия "невроз" противодействуют довольно важные причины», и вместе с ним мы сожалеем о том, что «дефляция в области психо- и невропатии противостоит явной инфляции в области неврозов», ибо мы так же, как и Х. Кранц, считаем «психопатию» «понятием, достойным того, чтобы быть сохранённым», несмотря на его возраст (оно было введено в 1891 году Кохом) и по аналогии с понятием «невропатия». Термин невропатия может теперь относиться к симпатикотонии или ваготонии, в легитимности которых мы, как и прежде, абсолютно не сомневаемся. Корреляция между симпатикотонией и гипертиреозом известна: они

пересекаются.

Ad hoc один случай. Госпоже В. 30 лет. Она обратилась к нам по поводу фобических состояний. За ними обозначилась ананкастическая психопатия. Поверх психопатических расстройств наложилось невропатическое, как раз в виде симпатикотонии или гипертиреоза: Thyreoidea увеличена, экзофтальм, тремор, тахикардия (частота пульса 140), потеря веса 5 кг, основной обмен + 72 %. Психопатические и невропатические расстройства представляют конституциональную базу невроза. К ним присоединилась диспозиционная база: два года назад пациентке была сделана струмэктомия [Операция по удалению патологически увеличенной щитовидной железы - (прим. пер.)], что принесло с собой дополнительные вегетативные нарушения. И наконец, произошло (и мы видим в этом кондициональную базу) нарушение вегетативного равновесия после того, как пациентка два месяца назад вопреки своим привычкам выпила очень крепкий кофе, после чего у неё был приступ вегетативного страха. И здесь мы наталкиваемся на достойные упоминания анамнестические данные: «После первого приступа страха мне становилось страшно от одной мысли, что такое может повториться». Итак, мы видим, что приступ вегетативного страха способствовал развитию реактивного страха ожидания. Экзистенциальный анализ этого случая обнаруживает по ту сторону психопатических и невропатических расстройств, а также конституциональной, диспозициональной и кондициональной основы экзистенциальный фон невроза, который пациентка вербализует следующим образом: «Духовная пустота: я как бы подвешена в воздухе, всё кажется мне бессмысленным, мне всегда больше всего помогало, если нужно было о ком-то заботиться, но теперь я одна. Я хотела бы снова обрести смысл жизни». В этих словах речь уже не идёт об анамнестических данных пациентки. То, что мы услышали, - крик души человека. В подобных случаях мы говорим об экзистенциальной фрустрации. Мы называем этим термином фрустрацию воли к смыслу, этого характерного для человека стремления к возможно более осмысленному существованию. Экзистенциальная фрустрация не является патологичной, но она патогенна, хотя и необязательно, а всего лишь факультативно. Когда же она становится фактически патогенной, когда тщетные поиски смысла жизни делают человека больным, мы называем такие заболевания ноогенными неврозами. В вышеописанном случае, однако, невроз был не ноогенным, а реактивным. Однако, оказалось, что при замыкании любого круга, о чём и идёт речь, невроз может разрастись в то, что названо нами экзистенциальным вакуумом. Именно экзистенциальный вакуум пациентка попыталась описать в процитированных выше словах. При ликвидации психических разрастаний экзистенциальный вакуум должен заполниться. Если это происходит и совершается, то значит, терапия полноценна и невроз полностью преодолим. Что обязательно нужно сделать и обязательно учесть, так это подъём духа, увеличение духовного измерения, включение духовности в теорию и терапию неврозов. И уже в этом случае всё зависит от того (в смысле логотерапии, как мы называем психотерапию, построенную на духовности), сможет ли пациентка понять, что её существование не потеряло своего конкретного, личностного смысла.

Предполагает ли наш подход к невропатическим расстройствам, что мы сложили терапевтическое оружие и обречены на терапевтический нигилизм и фатализм? В самом факте симпатикотонии или ваготонии мы всё же не видим фатума. Если одного симпатикотония может привести в безумное волнение, то другой человек с симпатикотонией, в силу идентичных невропатических расстройств будет не взволнован, а только оживлён: он просто будет весь настороже - до самой периферии поля зрения. При этом нужно упомянуть одну работу, сделанную на базе неврологической поликлиники Бахстецем (E. Bachstetz) и Шобером (W. Shober), которые «в процессе наблюдения за всегда находящимися в боевой готовности, чувствительными и легковозбудимыми пациентами с сильной реакцией расширения удивительно часто обнаруживали у них необыкновенно широкое поле зрения». Аналогично и при ваготонии один человек может быть сдержан, зажат до судорог, до задержки стула в смысле спастического запора, тогда как другой сдержан только в смысле, внутреннего спокойствия. Подтверждается сказанное когда-то Гёте в «Годах странствий Вильгельма Мейстера»: «От природы мы не наделены недостатками, которые не могут превратиться в достоинства, и добродетелями, которые не могут стать пороками». То, что человек делает из

своей симпатикотонии или своей ваготонии, как он встраивает их в свою жизнь, какую жизнь он строит на их основании, - всё это зависит от духовной личности, а не от тонуса симпатической системы или ваготонуса, характеризующих его психофизиологический организм. В частности, невро- или психопатическая конституция совсем необязательно проявляется клинически. И поскольку это так, у нас, собственно, нет никакого права говорить о большей или меньшей конституционально обусловленной лабильности нервной системы или психики.

Если мы опять обратимся к вторичному страху, то нужно сказать, что существует не один вид реактивного страха - это всего лишь первая его форма - с другими формами мы познакомимся позже. В форме страха перед страхом реактивный страх выступает как рефлексивный страх, то есть его можно отграничить от транзитивного страха, как мы могли бы назвать фобический страх. Таким образом страх перед чем-то определённым. Так или иначе, но со временем страх всегда ищет и обязательно находит какое-то конкретное содержание, какой-то объект. Он конкретизируется, он конденсируется на некоем содержании и на некоем объекте, используя их в качестве центра конденсации.

При этом содержание и объект страха могут альтернировать.

*Гизела Р., пациентка в предклимактерическом периоде, обратилась к нам по поводу астробобии: она боится молний. Действительно, её дом загорелся от удара молнии. На вопрос, чего она боится зимой, когда грозы не бывает, пациентка отвечает: «Тогда меня не мучит страх перед молнией, тогда я боюсь рака». За несколько лет до этого мать пациентки умерла от рака. Рак и удар молнии -стали ядрами конденсации альтернирующей фобии.*

Точно так же возможна противоположная ситуация, когда рефлексивный страх переходит в транзитивный: пациент боится начальника, потом начинает бояться разговаривать с начальником, потом начинает бояться разговаривать вообще, потом у него появляется страх перед страхом. Вот аналогичный случай. *Пациентка страдает тяжелейшей эритрофобией. Из анамнеза явствует следующее: сначала пациентка краснела, когда её мать говорила о некоем молодом человеке, потом она стала краснеть, когда речь заходила о других молодых людях, впоследствии она начала краснеть и по другим причинам, и, наконец, она краснеет не только перед матерью, но и всегда, когда боится покраснеть.*

Соматогенные псевдоневрозы встречаются не только в связи с гипертиреозами, но и в связи с гипокортикозами, при которых проблема заключается не в гиперфункции щитовидной железы, а в гипофункции надпочечников. Последствия и побочные проявления этого названы нами психодинамическим синдромом, при котором на первый план выступает деперсонализация. Она тоже ведёт к тому, что над соматогенным псевдоневрозом нечто надстраивается, а именно - реактивный невроз [Как замечает Кранц (H. Kranz): «Переживания отчуждённости или деперсонализации вызывают сильнейшее беспокойство, продолжительное действие фактора, вызывающего нарушение осознания Я, может стать источником существенных отклонений от нормы в реакциях переживания»]. И опять получается так, что пациент реагирует страхом на то странное, что он переживает, на то зловещее, что выпадает на его долю - на деперсонализацию. Однако реагирует на всё это, в отличие от пациента с гипертиреозом, не страхом перед какими-либо последствиями своего состояния, а страхом перед причинами, которые могут стоять за этим состоянием. Большинство пациентов боятся того, что это состояние является предвестником или даже признаком психического заболевания, что речь идёт о продроме или даже симптоме психоза. Мы называем это психотофобией. Такие пациенты уже видят себя в кроватях с решётками и в смиренных рубашках.

И здесь мы снова встречаемся с феноменом потенцирования, так как деперсонализация может быть спровоцирована форсированным самонаблюдением, причём даже у «нормальных» людей. Мы видим, как страх потенцирует сам себя и по кругу реактивного страха ожидания переходит в страх перед страхом, так и деперсонализация тоже сама себя потенцирует, едва она попадает в вихрь форсированного самонаблюдения и реактивной психотофобии.

Но не только деперсонализация становится центром кристаллизации психотофобии. В

приводимом ниже случае показано, что психотофобия может сфокусироваться и вокруг других обстоятельств.

Мэтью Н., 40 лет, обратился к нам по поводу сильнейшего возбуждения, которое длилось несколько недель. В течение двух недель он находился в предварительном заключении в связи с какой-то спекулятивной аферой (дело было сразу после войны). Освобождение из заключения было отпраздновано, и во время праздника пациент против своего обыкновения пил довольно много алкоголя. После этого у него начался, по-видимому, вегетативный приступ, протекавший с ощущением страха. Пациент попытался справиться со страхом, закурился сигаретой, тоже вопреки своим привычкам, от чего ощущение страха только усилилось, и состояние его стало совсем странным. Как мы уже отметили, страх всегда ищет и находит какое-нибудь содержание, какой-нибудь объект, поэтому для нас вовсе не удивительно было услышать, как пациенту вдруг вспомнилось, что один его дядя был душевно больным, что второй покончил жизнь самоубийством и что сам он однажды был свидетелем тому, как кто-то явно сошёл с ума: выбежал в пижаме на улицу и там покончил собой. Теперь пациент боялся, не является ли его необъяснимо тревожное возбуждение предвестником или даже признаком психического заболевания и не может ли он вследствие этого возбуждения совершить попытку самоубийства. Одним словом, у пациента развилась психото- и суицидофобия, и к описанному выше заколдованному кругу «страх — никотин - страх» добавился психологический *circulus vitiosus*, то есть вегетативная готовность к страху - реактивная психото- и суицидофобия — тревожное возбуждение (рис. 9).

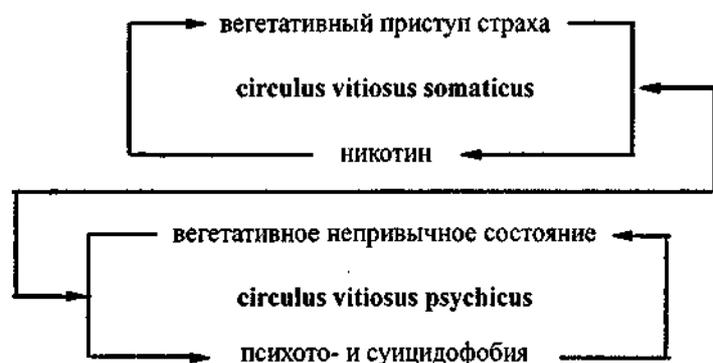


Рис.9

В этом случае в качестве фобического центра конденсации фигурирует не только душевное заболевание, но и самоубийство. И ещё один случай.

Фрау Б. — кормящая мать. Однажды с нею случился вегетативный приступ. Субъективно на первом плане были парестезии. Пациентка говорит об «ощущении, будто все члены налиты свинцом». Эти анамнестические сведения сразу наводят нас на «эндокринный» след, поэтому мы стали искать в тетаноидном направлении. Действительно, симптом Хвостека оказался резко положительным. Давно известно, что тетаноидные псевдоневрозы сочетаются с вегетативной готовностью к страху, однако мы уже обращали внимание на корреляцию рассматриваемых состояний с клаустрофобией. В данном случае вегетативная готовность к страху не приводит к ней, скорее, напрашивается предположение, что отчётливо зловещее ощущение, которое пережила пациентка, заставило её бояться перерождения этих состояний в нечто более серьёзное: она испугалась того, что может сойти с ума (психотофобия) или что-нибудь натворить (в таких случаях мы говорим о криминофобии), например, сделать что-нибудь с собой (в смысле суицидофобии) или с тем, кто к ней ближе всего, - со своим ребёнком (мы это называем гомицидофобией). В результате всего этого у пациентки возникает страх оставаться наедине с ребёнком - та же самая клаустрофобия, однако не непосредственная, а опосредованная. И в этом случае, наряду с психологическим кругом (готовность к страху — страх ожидания - готовность к страху), видим соматический круг, ибо анамнестические данные говорят следующее: «Перед приступом страха я начинаю заметно дышать». Мы не ошибёмся, если предположим, что таким образом

пациентка обеспечивает себе гипервентиляцию, которая, в свою очередь, повышает и усиливает готовность к страху; даже если у самого здорового человека спровоцировать тетаноидный обмен веществ, у него тоже появляется гипервентиляция (рис. 10).

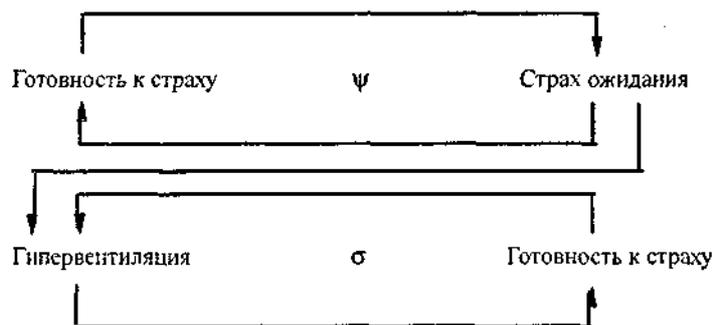


Рис. 10

В таких случаях мы имеем дело не со страхом перед страхом, а кое с чем новеньким - со страхом пациента перед самим собой. *Страх перед самим собой.*

1. Психотофобия - пациент боится того, что его состояния могут оказаться предвестником или даже признаком психического заболевания.

2. Криминофобия - пациент боится того, что он сам может что-то натворить, что-то совершить, а именно:

- а) с самим собой (суицидофобия)
- б) с кем-то другим (гомицидофобия)

### **б) Реакции, характерные для невроза навязчивости**

Вышеназванные фобии не обязательно должны зарождаться только в соматической области - они вполне могут стартовать и из области психической. Другими словами, в смысле конституциональной основы таких фобий могут выступать не только невропатические, но и психопатические установки, например, ананкастическая психопатия, при которой, в зависимости от обстоятельств, имеют место те или иные проявления страха пациента перед самим собой. Речь идёт о навязчивых мыслях, которые рождаются сами по себе, и о реакции пациента на них, заключающейся в его опасениях претворить в действие эти бессмысленные навязчивые идеи и даже совершить преступление.

*Господин Г. боится того, что его настигнет удар, что он заболеет раком, выбросит своего ребёнка из окна, сам бросится под поезд и т. п.*

Здесь реакция пациента состоит в том, что он борется против навязчивых идей, что он всеми силами воюет с ними, бросается на них в атаку, в отличие от тех, кто страдает неврозом страха и избегает ситуаций, таящих в себе опасность. Одним словом, мы подошли теперь к типу реакций, свойственных неврозу навязчивостей: если при неврозе страха человек пускается в бегство от своего страха, то страдающий неврозом навязчивости кидается в борьбу против своих навязчивостей.

Приступ страха -> боязнь страха -> бегство от страха -> реактивный невроз страха.

Навязчивая идея -> страх перед навязчивой идеей -> борьба против навязчивой идеи -> реактивный невроз навязчивостей.

Но *давление рождает противодействие, а противодействие усиливает силу самого давления.* Также происходит и при внутреннем давлении, действие которого испытывает на себе пациент: противодействие, оказываемое пациентом этому внутреннему давлению, приводит к высочайшему внутреннему напряжению, потенцируя не что иное, как страх перед страхом страха.

Если к невропатической конституции присоединяется реакция невроза страха, то к психопатической конституции присоединяется реакция невроза навязчивостей, однако реактивный невроз навязчивостей можно вычесть из ананкастической психопатии. Одним словом, реакция невроза навязчивостей, наложившаяся на психопатический ананказм, обратима, то есть можно добиться её обратного развития. Вместо того, чтобы бороться

против навязчивых идей, наступать на них и бросаться в атаку, вместо всей этой ненужной активности нужна пассивность пациента, но правильная пассивность, и она приведёт к тому, что навязчивые идеи атрофируются вследствие своей инактивации [Ненужная, вредная, деятельность невротика заключается в борьбе сексуального невротика за наслаждение или - в случае навязчивых идей - в борьбе невротика против этих идей, в попытках атаковать эти идеи; тогда как ненужная, вредная пассивность заключается в боязни невротика, страдающего неврозом страха, в его избегании страха.].

Задача состоит в том, чтобы пациент научился правильно обращаться с приступами страха или с навязчивыми идеями и, в конце концов, с самим собой. Чем больше пациент в этом смысле перестраивается, тем менее активной становится патогенная по своей сути борьба против навязчивых идей и, наконец, происходит редукция симптомов навязчивости до терпимого минимума, до судьбоносного ядра - а ядро это, действительно *является* судьбоносным, ибо хорошо известно, что при неврозах навязчивых состояний отклонения на энцефалограмме наблюдаются согласно данным Сильверманна (Silvermann) в 48,4 процента случаев, согласно данным Леонардо (Leonardo) в 53 процентах, согласно данным Хилла (Hill) и Уотерсона (Waterson) в 75 процентах, а при ананкастической психопатии, по данным Рокуэлла (Rockwell) и Симонса (Simons) - в 100 процентах случаев. На основании этого фон Дитфурт (v. Dytfuhr) установил связь невроза навязчивых состояний с состоянием ствола мозга; есть подобные предположения и у других авторов. Исходя из этих данных, Хэйс (P. Hays) высказал мнение, что свою роль здесь играет и наследственный компонент: «Генетическая предрасположенность почти *sine qua non*» [*Sine qua non* (лат.) - обязательна.].

Но мы не являемся ни фаталистами наследственности, ни адептами мифологии мозга, и даже в самом факте психопатии мы больше не видим фатума. Не считаем мы себя и терапевтическими нигилистами. А скорее, отдаём предпочтение целенаправленной психотерапии, в том числе и в области психопатий, считая такую терапию и возможной, и необходимой. При этом мы имеем в виду своего рода душевную ортопедию. Пациент борется против своих навязчивых идей - именно это и нужно исключить. Однако, мы должны помнить о том, что борьба против навязчивости имеет свои основания, кроющиеся в страхе перед нею. Нужно сделать этот страх беспредметным, то есть мы можем указать пациенту на относительный иммунитет против психоза, обусловленный типом характера, склонного к неврозу навязчивых состояний, а затем показать, что практически никогда неврозы не трансформируются в психозы. Одним словом, психотофобия при неврозе навязчивых состояний боится как раз того, бояться чего именно у невротика с неврозом такого типа нет никаких оснований. Сказанное, безусловно, справедливо не только в отношении психотофобных, но и в отношении криминофобных опасений наших пациентов.

Для того, чтобы проиллюстрировать это конкретным примером, *обратимся снова к поучительной истории господина Мэтью Н. Ввиду наличия психото- и суицидофобии мы действовали следующим образом: сначала открыто заявили пациенту, что он всегда был педантичен и мелочен, и спросили его, не было ли у него привычки, по многу раз проверять, выключен ли газ и закрыта ли входная дверь, чтобы быть уверенным в этом на 100 процентов. Поскольку наш удивлённый пациент ответил на этот вопрос утвердительно, мы пояснили ему: «Видите ли, любой человек может заболеть психически, даже тот, у кого нет соответствующей наследственности; но есть группа людей, которым не грозит стать душевнобольными, и это как раз те люди, которые по своему характеру склонны к различным неврозам навязчивых состояний или даже страдают ими. То, о чём Вы нам рассказали (мы называем это навязчивостью повторений и контроля), представляет собой типичные навязчивые страхи. Так что я должен полностью развеять Ваши иллюзии: Вы никогда не сможете стать душевнобольным, именно Вы - никогда!» Когда так разговариваешь с пациентом, то словно бы слышишь грохот камней, скатывающихся с его сердца. Уже в течение 48 часов состояние нормализуется, а год спустя при случайной встрече бывший пациент сообщает, что он по-прежнему чувствует себя прекрасно.*

*Актёр камерного театра... мучим страхами, что его настигнет инсульт, что у него возникнет опухоль мозга, что он «даст петуха» на сцене и так далее, и так далее. Два года тому назад, выйдя на сцену, он поранился, и, когда спустя три недели ему*

пришлось играть ту же роль, у него началось головокружение. В результате беседы выяснилось, что пациент страдает страхом ожидания. Объективно у него оказалось пониженное артериальное давление, и мы использовали этот факт в процессе терапии, обратив внимание пациента на то, что ему нет нужды беспокоиться по поводу инсульта, и более того, мы указали ему, что его головокружение объясняется гипотонией. Затем мы спросили пациента, не был ли он всегда педантичен и излишне аккуратен. Он ответил на этот вопрос утвердительно и получил соответствующие разъяснения (см. выше). Кроме того, ему велели непосредственно перед следующим выходом на сцену сказать себе: «Вчера я дважды давал петуха на сцене, позавчера — трижды, ну вот, сегодня у меня четырежды сорвётся голос, итак — я иду давать петуха».

В следующем случае лечащий врач смог и вовсе только ограничиться психотерапевтическим методом парадоксальной интенции.

Вильгельм К., 40 лет. 17 лет назад его внезапно обуял страх, что он станет сумасшедшим. Страх, охвативший молодого человека, был совершенно необоснованным, это чувство было доселе ему неизвестным, и он сказал себе про новое для себя чувство: «Вот так себя чувствует сумасшедший». После того, как его охватил этот страх, он ушёл со службы (пациент служит инспектором в полиции) и отправился в медчасть, где сказал, что кое у кого нервный срыв и его нужно поместить в больницу. Врач, выписав испуганному пациенту валериановые капли, отправил его домой. «С этого дня я всё время ждал, что сойду сума. Я ожидал, что начну делать что-то такое, что делают сумасшедшие: разобью оконное стекло или начну бить витрины. Я был дома вдвоём с ребёнком и всё ждал, как я буду его убивать. "Кто удержит тебя, - спрашивал я сам себя, - если ты вдруг сойдёшь с ума и убьёшь ребёнка?" Я стал бояться мостов и открытых окон, потому что мне было страшно, что я могу спрыгнуть оттуда. Я боялся, что брошусь под мчащийся навстречу автомобиль или под подходящий к вокзалу поезд. И наконец, я стал бояться того, что застрелюсь. На улице я боялся, что со мной случится инфаркт, инсульт или ещё Бог весть что. Я боялся, что могу неожиданно разволноваться и меня хватит удар. Всего этого я ждал 17 лет. Я наблюдал за собой и никак не мог забыть о себе». Рука об руку с этим шли педантичность, дотошность, навязчивые мысли, навязчивый счёт и сложная церемония чтения «Я прилачился ко всему этому, служба идёт гладко, без осложнений, без напряжения, в семье всё нормально, супружеская жизнь замечательна, дети не доставляют мне особых хлопот и неприятностей». Пациент уже дважды находился на стационарном лечении в неврологических лечебных учреждениях. В течение полутора лет его психотерапевтически лечит специалист, ориентирующийся на индивидуальную психологию; сеансы проводятся трижды в неделю. «Обнаружен комплекс неполноценности в сочетании с рыжими волосами и честолюбием». Терапия была направлена на то, чтобы пациент смотрел в лицо своему страху и смеялся в это лицо. С помощью парадоксальной интенции пациенту удалось выбить почву из-под ног у своего страха.

Нужно заметить, что типичное навязчивое повторение можно свести к недостаточному чувству реальности [Сравните: Франциска С., пациентка, которой была сделана лейкотомия (операция по рассечению белого вещества мозга): «... я всегда считала, что я - не та, что лежит в кровати; я вынуждена была так долго оставаться в постели, пока я, действительно не становилась собой. Я всегда верила, что я - это не то, что ложится в постель, а соседка по комнате или кто-то другой, и поэтому я снова вставала, иногда часами... Я могла только тогда прекратить умываться, когда мне удавалось хорошо себе представить, что я -это тот, кто умывается...»], а навязчивый контроль - к недостаточному чувству защищенности, безопасности. С полным правом Штраус (E. Straus) указывает на то, что для страдающих неврозом навязчивых состояний характерна антипатия ко всему временному. По нашим наблюдениям, не менее характерна для них и нетерпимость ко всему случайному. Ничто не может, если говорить о познании, быть случайным или, если говорить о решении, быть временным. Всё должно быть обязательно определено и оставаться определённым. Человек с неврозом навязчивых состояний больше всего хотел бы всё доказать, даже то, что, вообще, рационально недоказуемо, например, его собственное существование или реальность внешнего мира. Внешний мир столь же несомненен, сколь и недоказуем.

Что касается познания, то когнитивную недостаточность невротик с навязчивостями пытается компенсировать сверхсознанием, а в плане решения - недостаточную решительность он компенсирует сверхсовестливостью. В когнитивной сфере это приводит к *гиперрефлексии*, к навязчивому самонаблюдению, а в области принятия решений - к *гиперакузису совести*. Стоит только совести кашлянуть, пациент слышит грохот.

Невротик такого рода одухотворён фаустовским порывом, волей к совершенству, борьбой за абсолютное знание и за абсолютно правильное решение. Как и Фауст, невротик с навязчивостями терпит крах, при этом он принимает, *«что совершенство недоступно смертным»*.

Но он не отказывается от борьбы за идеальность знаний и решений; ибо, как конкретизируется страх при неврозе страха, конденсируясь вокруг содержания и предмета, как вокруг центра конденсации, так и при неврозе навязчивых состояний абсолютизм стягивается к *pars pro toto* [*Pars pro toto (лат.)* - части вместо целого.]. Он ограничивает себя псевдоабсолютами. Честный малый довольствуется чистыми руками, старательная домохозяйка довольствуется абсолютно чистой квартирой, а работнику умственного труда достаточно полного порядка [Один наш пациент выразился следующим образом: «Моё "святилище"... - это комната, которую только я прибираю и в которую только я вхожу. Всё вращается вокруг порядка и чистоты упорядоченной мною материи, которая не служит мне, но которой служу я»] на письменном столе.

Что касается терапии, то для невротика с навязчивостями нужно построить золотой мост, который, в конце концов, приведёт к самоликвидации рационализма. На этом пути мы предлагаем пациентам лозунг *«Благоразумнее всего вообще не хотеть быть благоразумным»*.

С точки зрения профилактики, наши рекомендации сводятся к преодолению стремления к стопроцентности, к отказу от заявки на стопроцентно мудрое знание и стопроцентно справедливое решение. Эта рекомендация была известна задолго до нас: «Не будь слишком строг и не выставляй себя слишком мудрым: зачем тебе губить себя?» (Екклесиаст; 7, 16). Невротик с навязчивостями не станет ни сумасшедшим, ни помешанным, ни душевнобольным, но кто упрекнёт Библию, если в ней не проводится дифференциальная диагностика между неврозами и психозами?

### **в) Реакции, характерные для сексуальных неврозов**

Выше мы уже говорили о том, что желание - общепризнанный отец мысли, а тревога - мать события, в том числе и такого события, как болезнь. По крайней мере, это относится к так называемому страху ожидания: сам по себе безвредный, преходящий симптом провоцирует соответствующую фобию, а фобия, в свою очередь, подкрепляет симптом, и, закреплённый таким образом, симптом ещё больше усиливает фобию. Заколдованный круг замыкается. Но страх ожидания существует не только в этом, общеизвестном виде, он бывает ещё и особого рода. В этом особом случае мы различаем: 1. Страх перед страхом (как мы его встречаем, главным образом, при неврозах страха) и 2. Страх перед самим собой (как он проявляется при неврозах навязчивых состояний).

При сексуальных неврозах мы тоже сталкиваемся со страхом ожидания, как и в общеизвестном, так и в особом виде. Что касается первого, то мы всегда видим, что наши пациенты-мужчины становятся неуверенными в себе из-за единственного, если не сказать случайного, отказа сексуальной функции, и тем самым, усиливают свой страх ожидания перед повторным нарушением потенции. Нередко бывает так, что часом рождения собственно сексуального невроза является *тот момент, когда страх ожидания фиксирует нарушение потенции*. Или, другими словами, единичный случай несостоятельности фиксируется впервые.

Если мы спросим себя, чем спровоцирован, со своей стороны, общий страх ожидания, фиксирующий нарушение потенции, то должны будем ответить: особым страхом ожидания страдающего нарушением потенции, тем страхом, который появляется, когда человек думает, что *от него* чего-то ждут, что от него что-то требуется. Он как раз боится того, что от него требуют какой-то работы - коитуса, и именно обязательность оказывает столь патогенное

действие.

Обязательность, которой характеризуется коитус для страдающего сексуальным неврозом, исходит из трёх инстанций:

1. от партнёрши, с которой нужно совершить совокупление,
2. от ситуации, в которой должно быть совершено совокупление,
3. от самого пациента, который хочет совершить совокупление, -

причём не в последнюю очередь именно от него, потому что он это совокупление совершает чересчур для себя.

Требовательная в сексуальном отношении, «темпераментная» партнёрша внушает невротика на сексуальной почве страх, что он не сможет удовлетворить её сексуальные запросы. Не менее типичен страх такого типа и в тех случаях, когда пациент намного старше своей партнёрши: тогда он чувствует себя так, как будто к его сексуальным возможностям предъявляются повышенные требования. Если же партнёрша старше его, то он ощущает себя недостаточно опытным, полагая, что она в сексуальном отношении намного опытнее его, и боится, что она будет сравнивать его сексуальные возможности с возможностями его предшественников.

Для сексуального невротика невыносимо, если он оказывается в ситуации, которая предполагает какие-либо требования в сексуальном отношении, или, если мне будет позволено так выразиться, которая выглядит, как «Hic Rhodus, hic salta» [«Hic Rhodus, hic salta» (лат.) - «Здесь Родос - здесь прыгай»]. И получается так, что невротик обычно вынужден отказываться, когда он уж снял соответствующую гостиницу или квартиру с почасовой оплатой либо, наконец-то, получил приглашение, которое предполагает обязательность интимного контакта. Однако, тот же самый пациент при возможности совершить совокупление спонтанно, неожиданно для себя вполне справляется с этой задачей без малейших признаков функциональных нарушений.

Не только «hic» в «hic et nunc» [Hic et nunc (лат.) - здесь и сейчас.] играет свою роль: как уже было сказано, для наших пациентов с нарушениями потенции характерно «совершение коитуса для себя». Одним словом, они действуют согласно программе. Рассмотрим ситуацию в гостинице с почасовой оплатой: там действует «carpe ne diem, no horam» [Carpe ne diem, no horam (лат.) - пользуйся, если не днём, то часом.]. Для невротиков того типа, который мы рассматриваем, действительно, время - деньги, и эти деньги должны превратиться в наслаждение. То, что невротик такого типа инвестировал, пусть и в плату за дешёвую квартирку, то, что он куда-то вложил, - всё это непременно должно принести доход. Только он забывает, что такие вложения неприбыльны. Он ошибается в своих расчётах, ибо чем больше он заботится о наслаждении, тем недостижимее оно оказывается, - пока возможность удовольствия не уходит совсем.

Итак, перейдем к примерам из практики.

*Господин В., бывший военнопленный, выяснил, что жена изменяла ему. Он отреагировал на это переживание нарушением потенции, в результате чего жена его оставила. Впоследствии импотенция прогрессировала. Женился во второй раз, но и вторая жена ему изменила, что также имело следствием прогрессирование нарушений потенции; ко всему прочему супруга требовала, чтобы пациент поддерживал с нею интимные отношения, угрожала ему в случае отказа очередной изменой и неоднократно приводила эту угрозу в исполнение. Здесь мы имеем дело, если угодно, с гиногенным нарушением потенции, которое можно сопоставить с андрогенными сексуальными нарушениями у женщин, о которых мы говорим в другом месте (имеются в виду частые случаи фригидности, обусловленные eiaculatio praesox [Eiaculatio praesox (лат.) - преждевременное семяизвержение.]*

Гиногенное нарушение потенции имеет место и в следующем случае.

*Йозеф К., 44 года, безуспешно консультировался уже у десяти врачей разных специальностей. Анамнестические данные: после трёхнедельного отпуска вернулся домой, а жена (против своего обыкновения) позвала его в спальню, и этого было достаточно, чтобы у него впервые произошёл срыв потенции, который впоследствии зафиксировался, чему немало способствовало невежество супруги. После того, как жена неожиданно пренебрегла возможностью предоставить инициативу в сексуальных*

отношениях самому пациенту, нарушив тем самым спонтанность этих отношений и спровоцировав нарушение потенции, она начала попрекать его этими нарушениями, чем способствовала ещё более сильной их фиксации. Гиногенная импотенция стала неминуемой.

Георг С., 43-летний пациент, который что-то слышал по поводу *climacterium virile* [*Climacterium virile* (лат.) - мужской климакс.]. Жена его была беременной, и потому интимные отношения стали нерегулярными, а после родов, вообще, встал вопрос о *coitus interruptus* [*Coitus interruptus* (лат.) - прерванный половой акт.]. В венском диалекте для этого есть специальное слово, которое означает «осторожничать». И вот тот, кто осторожничает, кто должен быть настороже, перестаёт отдаваться чувствам, становится неспособным полностью отдавать себя. Тут уж нечего удивляться, если в подобном случае следствием будет нарушение эрекции, которое, в свою очередь, приводит к диспареунии у женщины. И после того, как женщина совершила ошибку, сообщив пациенту о своей неспособности получить удовольствие, этот *circulus vitiosus* [*Circulus vitiosus* (лат.) - порочный круг.] - а *deux* [*A deux* (франц.) - вдвоём.] замкнулся. Снижение мужской потенции ведёт к ослаблению женского оргазма, а это ослабление становится причиной ещё большего снижения мужской потенции (рис. 11).



Рис. 11

Во всех описанных выше случаях нарушения потенции речь шла о реактивных сексуальных неврозах, которые можно назвать особым видом психогенных нарушений потенции. Как строится терапия? Прежде всего мы должны позаботиться о том, чтобы пациент научился видеть в сексуально-невротических реакциях нечто по-человечески [Конрад Лоренц довел самок бойцовой рыбки до того, что они при спаривании не уплывали от самцов, кокетничали, и энергично плыли им навстречу. Самцы бойцовой рыбки реагировали чисто по-человечески: у них рефлекторно блокировался аппарат спаривания.] понятное. В первую очередь необходимо лишить коитус обязательного характера. Что касается ситуации, то её следует переструктурировать так, чтобы тайное отступление стало откровенным. Что касается обязательности, исходящей от самого пациента, его нужно подвинуть к тому, чтобы он осуществлял совокупление не по программе, а ограничился короткими фрагментами оставшейся нежности, чем-то вроде совместной любовной игры. Тогда коитус произойдёт сам собой, и пациент окажется перед этим *fait accompli* [*Fait accompli* (франц.) - свершившимся фактом.]. И наконец, что касается партнёрши и исходящей от неё требовательности, то здесь нам поможет простой трюк: мы попросим пациента сказать партнёрше, что ему впредь *строго запретили совокупление*. В действительности же, ни о каком серьёзном запрете в этом случае не идёт и речи, скорее, пациент какое-то время не должен заботиться о нём вообще, и тогда, при приближении к цели стремлений, освобождённый от давления сексуальных обязательств, которые до сих пор, до наложения мнимого запрета на коитус, предъявляла партнёрша, он будет настойчиво приставать к ней ввиду опасности быть отвергнутым именно вследствие запрета на коитус. Если такое происходит, то пациент выигрывает игру: чем решительнее его отвергают, тем большего ему удастся добиться. [Один единственный раз мы столкнулись со сложностями: партнёрша нашего пациента настояла на коитусе, так как только в нём она видела доказательство любви. Тогда мы смогли поправить дело, велев пациенту рассказать партнёрше о женских типах мадонны и девки (З. Фрейд), при этом любящие мужчины реагируют на женщин-мадонн импотенцией, поскольку в отношении этих женщин они чувствуют не похоть, а высокую любовь. С этого момента жена нашего пациента видела доказательство любви в нарушениях потенции, а сама потенция восстановилась в мгновение ока.]

Особую статью представляет собой *ejaculatio praesox*. Уже известно о существовании

физиологически обусловленной склонности к eiaculatio praesox, поскольку она встречается и при нерегулярных половых связях, и у мужчин, живущих нормальной половой жизнью. Эта неприятность становится обычным делом, как только появляется реактивный страх ожидания. С точки зрения терапии, в подобных случаях рекомендуется форсировать coitus repetitus, пускай даже и при помощи соответствующих стимулирующих лекарственных средств (отсюда ясно, какой серьёзной ошибкой было бы назначение в таких случаях седативных препаратов). Если при помощи coitus repetitus удастся наладить, по крайней мере, относительную задержку эякуляции, а благодаря целенаправленной медикаментозной терапии и скрытой или вербальной суггестии устранить ускоренное срабатывание рефлекса, то страх ожидания становится беспочвенным.

Для пациентов с eiaculatio praesox главное - избавиться от спермы и сбросить напряжение. Одним словом, речь идёт о свободе неудовольствия, то есть о негативном удовольствии от такого освобождения. Под этим подразумевается, что пациент придаёт большое значение восстановлению душевного состояния. Таким образом, пациент с eiaculatio praesox ориентирован на состояние, а не на объект, причём объект чего-то такого, как любовь, даже не рассматривается. А что такое объект любви? Личность партнёра, ибо любить - значит говорить ему Ты (то есть видеть в нём Личность) и при этом говорить ему Да. В соответствии с этим сексуальность пациента с eiaculatio praesox - это сексуальность, которая «не принимает во внимание личность» партнёра.

При eiaculatio praesox игнорируется личность, или объект страсти, если воспользоваться психоаналитической терминологией. Тогда как *мастурбация* не видит цели страсти: мастурбация означает, по выражению Молля (A. Moll), отказ от контракции. Мастурбирующего интересует только детумесценция. В этом случае сексуальность лишается всякой интенциональности. Любовь представляет собой интенциональность в чистом виде. Здесь же речь идёт об отказе от какого бы то ни было отношения одной личности к другой, от отношения Я к Ты. Так с антропологической точки зрения можно понять «похмелье» post masturbationem.

Выше было сказано, что в случае больного с eiaculatio praesox вопрос заключается в свободе неудовольствия, в негативном удовольствии. Соответственно этому при нарушении потенции речь идёт о позитивном удовольствии. Однако, как мы и сказали, именно потому, что пациент озабочен удовольствием, оно от него ускользает. Одним словом, основной принцип пациентов с нарушением потенции - принцип удовольствия. Однако, он сам себя крушит, сам у себя встаёт на пути. *Наслаждение относится к тем вещам, которые всегда должны быть следствием и никогда не могут быть целью*; к подобным вещам относится и сон, о котором Дюбуа (Dubois) сказал, что он подобен голубке, которая улетает именно тогда, когда за ней гонятся. *Наслаждение - результат, который не любит, чтобы за ними «гонялись»*. Как-то Кьеркегор сказал, что двери, ведущие к счастью, открываются наружу и захлопываются перед каждым, кто пытается до счастья добраться. Мы можем сказать: охота за счастьем способна его только спугнуть, борьба за удовольствие - гонит его прочь. В особенности это касается сексуальных невротиков, которые гонятся за счастьем и охотятся за удовольствием. *Борьба за наслаждение - характерная черта типичной сексуально-невротической реакции*. Здесь мы имеем дело с форсированным намерением получить сексуальное наслаждение и добиться оргазма.

При сексуальных неврозах к форсированной интенции присоединяется форсированная рефлексия, и обе они играют патогенную роль - как избыток внимания, так и излишек намерения. Пациент наблюдает за самим собой, не уделяя внимания партнерше, он, вообще, не дарит ей ни грамма внимания, он не дарит ей самого себя, - и всё это наносит ущерб потенции и оргазму. Речь здесь идёт о гиперрефлексии, как мы её называем.

И вот конкретный случай. *Фройляйн С. обратилась к нам по поводу своей фригидности. В детстве пациентка была изнасилована своим собственным отцом. Интуитивно мы повели себя так, как будто никакой психосексуальной травмы никогда не было. Мы просто спросили пациентку, предполагала ли она, что инцест нанесёт ей вред, и пациентка подтвердила наше предположение, к тому же она была под влиянием популярной книжки, содержание которой представляло собой вульгарную интерпретацию психоанализа. «Это должно отомстить», — таково было убеждение пациентки. Одним*

словом, налицо оказался библиогенный страх ожидания. Тиски страха ожидания сжимали пациентку всякий раз, когда у них с партнёром доходило до интимной близости. Она была «на страже», её внимание раздваивалось между партнёром и самой собою. Всё это должно было помешать оргазму, ибо в какой мере сексуальному акту уделяется внимание, в той мере человек становится неспособным отдаваться чувствам, другими словами, внимание фокусируется не на объекте любви, а на самом половом акте. В случае нашей пациентки библиогенный страх ожидания способствовал не только форсированию рефлексии, но и более того - он способствовал форсированию намерения получить сексуальное наслаждение, форсированию стремления к оргазму, ибо пациентка хотела, наконец, хоть однажды утвердиться в своей женственности и доказать её. Иногда говорят о библиотерапевтическом воздействии, в нашем же случае попытка аутобиблиотерапии привела к неврозу. В процессе терапии на прицел были взяты, соответственно, форсированная интенция и форсированная рефлексия. В этом смысле, воспользовавшись процитированным сравнением Дюбуа, мы пояснили пациентке, что то, что верно для сна в одиночку, не теряет своей актуальности и для сна вдвоём. «Именно сон, - сказали мы ей, - и есть счастье любви, к которому Вы так судорожно и решительно стремились, счастье любви похоже на птичку, которая вспархивает в ту минуту, едва вы пытаетесь схватить её руками. Не думайте об оргазме, и чем меньше вы будете о нём беспокоиться, тем скорее и раньше он сам собой наладится». *Abstinendo obtinere* [*Abstinendo obtinere* (лат.) - отрекаясь, получить.] гласит девиз одного монашеского ордена, и, как бы кощунственно это ни звучало, нельзя было устоять перед соблазном порекомендовать нашей пациентке следовать этим мудрым словам даже там, где речь идёт о скромном счастье земной любви. Потому я сказал пациентке, что в настоящее время у меня нет времени серьёзно заняться лечением и назначил ей встречу через два месяца. До того момента ей не следовало беспокоиться о своей способности или неспособности пережить оргазм, так как об этом пойдёт речь потом, в рамках лечения; она лишь должна во время интимной близости сосредоточить всё своё внимание на партнёре. Дальнейший ход дела подтвердил мою правоту. Всё произошло, как я и ожидал. Пациентка пришла снова спустя не два месяца, а два дня, причём уже выздоровевшей. Простого переключения внимания с себя самой, со своей собственной способности или неспособности к оргазму (то есть дерефлексия) и полной, ничем не скованной самоотдачи партнёру оказалось достаточно, чтобы впервые пережить оргазм.

В дополнение к вышесказанному случаю хочу привести два «мужских» примера.

Один из наших пациентов, обратившийся к нам с жалобами на нарушение потенции, сообщил следующую подробность анамнеза. Он был в Париже и отправился вместе с товарищами по учёбе в ночной ресторан. И когда они, как зачарованные смотрели на сцену, где выступали обнажённые танцовщицы, он с горечью обнаружил, что у него это зрелище не вызвало эрекции. Согласно нашему предположению, выяснилось, что пациент не смотрел на сцену, а был озабочен только своей эрекцией.

Доктор Герман Н., 24 лет, женился три недели назад и оказался импотентом. До брака у него не было никаких сексуальных контактов с женой. Импровизированные сексуальные акты всегда удавались. Самый первый интимный контакт вообще не удался. «Я наблюдал тогда только за собой, как будет с эрекцией - нормально или нет. Потом возбуждение совсем прошло, потому что я наблюдал за собой».

Патогенез реактивных сексуальных неврозов не в последнюю очередь заключается в том, что сексуальность превращается всего лишь в средство достижения цели. Это проливает свет не только на необходимые терапевтические меры, но и на возможности профилактики. Главный вывод из всего сказанного: чрезвычайно опасно превращать интимную жизнь в учебник по сексуальным техникам.

Сексуальный невротик денатурирует сексуальность, сводя её к средству получения удовольствия. Тогда как в действительности сексуальность является средством выражения, причём средством выражения именно любовного стремления. И в той мере, в какой невротик вырывает интимную жизнь из целостности любовного бытия, в той мере, в какой он разлагает интимную жизнь на составляющие и изолирует её от всего остального, - именно в такой мере теряет он ту непосредственность, ту непринужденность, - всё то, что является условием и

предпосылкой нормального отправления сексуальной функции, всё то, к чему стремится сексуальный невротик.

*Человеческая сексуальность* - это всегда *больше, чем просто сексуальность*, потому что она является выражением любовного стремления. А если не является, то не может быть и полного сексуального удовлетворения. Маслоу заметил однажды: «Люди, которые не могут любить, никогда не узнают того сексуального трепета, который знаком тем, кто любить умеет». Даже если не было бы других причин, мы должны были бы выступить *в интересах величайшего из возможных удовольствий* за то, что человеческий потенциал, присущий сексуальности, исчерпывает себя, чтобы воплотиться в возможность, в любовь, в самое интимное и глубоко личное отношение между людьми.

Сопоставление 20 000 ответов на 101 вопрос, заданный американским журналом «Психология сегодня» («Psychology Today»), показывает, насколько прав был Маслоу. Из этих ответов следует, что среди факторов, способствующих достижению максимального уровня потенции и оргазма, самым важным является «романтичность» (которая сводится к влюблённости, предшествующей любви).

Сексуальность, само собой разумеется, - не изначально человеческое свойство. Она представляет собой нечто общее для человека и других живых существ. Скорее, можно сказать, что человеческая сексуальность становится более или менее человеческой, более или менее очеловеченной. Действительно, сексуальное развитие и созревание проходит ряд последовательных этапов, из которых выкристаллизовываются три стадии.

Как известно, Фрейд ввёл различие между объектом страсти и целью страсти. На ступени неполного созревания человеческая сексуальность преследует только цель страсти, то есть освобождение от напряжения и возбуждения, независимо от способа, которым это освобождение достигается. Мастурбация - один из таких способов. Если целью страсти становятся интимные отношения и при этом в них вовлекается объект страсти, то это означает достижение ступени полового созревания. Соответственно этому мы считаем, что человек, который использует другого человека только с целью освободиться от возбуждения и напряжения, на самом деле превращает интимные отношения в акт мастурбации. Наши пациенты обычно говорят об «сканировании при женщине». И, по нашему мнению, зрелость достигается только тогда, когда один человек рассматривает другого не как средство достижения цели, не как объект, но как субъекта этих отношений. На зрелой ступени отношения осуществляются в человеческой плоскости, из соположенности рождается совместность, в рамках которой один партнёр постигает другого в его человечности. Если один постигает другого не только в его человечности, но в его единственности и неповторимости, то тогда совместность превращается в любовь.

Тот, кто не поднялся на ступень зрелой человеческой сексуальности, а застрял на стадии незрелости, тот оказывается не в состоянии увидеть в партнёре единственного и неповторимого субъекта, одним словом, - личность. Но не только в направленности на личность партнёра можно рассматривать профилактику сексуальных неврозов. Возможная «персонификация» сексуальности очень желательна, она может идти и в направлении собственной личности. Нормальное сексуальное развитие и созревание человека происходит за счёт усиленной *интеграции* сексуальности в общую структуру собственной личности. Отсюда становится понятно, что любая изоляция сексуальности, наоборот, идёт вразрез с общей тенденцией к интеграции и способствует развитию невротических тенденций. Дезинтеграция сексуальности, выбрасывание её из личностных и межличностных транссексуальных отношений означает, одним словом, регресс.

## 5. Ятрогенные неврозы

Ятрогенные неврозы образуют, так сказать, подгруппу реактивных неврозов. Ятрогенными мы называем те (преимущественно невротические) болезненные состояния, при которых впоследствии выясняется, что никто иной как врач создал ситуацию, сыгравшую патогенную роль. Этот патогенез, обусловленный общением с врачом, также, в сущности, базируется на страхе ожидания, по крайней мере, сказанное справедливо для случаев, когда

только страх ожидания фиксирует соответствующий симптом. Выше мы цитировали слова Рузвельта, произнесённые совсем по другому поводу, но которые сохраняют свою актуальность и для данного случая: «Мы ничего не должны так бояться, как самого страха». И мы вряд ли можем чего-то так бояться, как врачей, которые достигли небывалого мастерства в разведении ятрогенных неврозов посредством необдуманных или бездумных высказываний в адрес пациентов, в результате чего мы с полным правом можем говорить о *ятрогениях*.

Обратившись теперь к проблеме профилактики ятрогенных неврозов, можно сказать, что она должна начинаться ещё в момент сбора анамнеза. Прежде всего нужно дать пациенту возможность выговориться и испытать благотворное действие, каким обладает эта возможность сама по себе: она позволяет пациенту объективировать симптом и одновременно, самому дистанцироваться от симптома.

Не менее основательно, чем к сбору анамнеза, нужно подходить и к определению состояния пациента: обследование должно быть демонстративно обстоятельным, его точность необходимо показать пациенту заранее. Мы ни в коем случае не должны недооценивать жалобы пациента и представлять их как результат нервозности, надуманности и внушения. Нечаянно может возникнуть впечатление, как будто резкие выражения обусловлены недовольством по поводу утомительного обследования, давшего отрицательный результат, подобное недовольство врач выплёскивает на больного, которого считает «отработанным», и вешает на него ярлык истерика. Однако любой пациент идентифицирует истерию с симуляцией и воспринимает данное заключение как личное оскорбление. При жалобах, для которых нет никаких органических причин, что доказано обследованием, мы стараемся разъяснить пациенту следующее: «Вы ничего себе не придумали, то, что вы ощущаете, вы ощущаете на самом деле, и я даже не хотел бы вас ни от чего отговаривать. К счастью, у вас нет никакого органического заболевания. Состояние, в котором вы находитесь, неприятно, но безопасно, и это лучше, чем если бы было наоборот». Если, недооценив жалобы пациента, мы вызываем с его стороны реакцию протеста, то вышеописанным способом нам удаётся отвлечь его внимание от субъективного симптома. Как часто возможное исцеление зависит от устранения самого симптома гораздо меньше, чем от переключения внимания, фиксация которого (в том числе и ятрогенная), вообще говоря, является патогенной.

Нужно не только позволить пациенту выговориться, нужно говорить самому и предоставлять такую возможность пациенту. И ещё нужно говорить понятным языком, переводя на доступный пациенту язык специальные термины и выражения. Я знаю случай одной пациентки, которая торжественно клялась, что сама точно знает, чем она больна - она страдает *corpulmo* [*Corpulmo (лат.)* - ожирение.], так она прочитала на одном заключении, - но не заметила всего лишь приписку «о. В.» (то есть - «без диагноза»).

И наконец, нужно не только говорить, но и при известных обстоятельствах молчать. Правда, искусство психотерапии в шутку называют искусством болтовни, но и психотерапевт, и врач общей практики должны уметь держать язык за зубами. Ни в коем случае нельзя действовать по принципу: «Где бессилён диагност, там поставим мы невроз». Наряду с требованием не ставить диагноз «невроз» *per exclusionem* [*Per exclusionem (лат.)* - методом исключения.], есть и ещё одно: нельзя ставить диагноз *ex juvantibus* [*Ex juvantibus (лат.)* - на основании того, что помогает.]. Среди множества подобных случаев я знаю пример одной пациентки, которая жаловалась на боли, при этом её жалобы явно носили печать истерии. Инъекция физиологического раствора поваренной соли (в этом случае я бы назвал его «психологическим раствором поваренной соли») дала предполагаемый эффект. Несмотря на это было назначено рентгеновское исследование, и оно показало наличие раковых метастаз.

Никогда не следует ставить диагноз *a tout prix* [*A tout prix (франц.)* - любой ценой.], ибо именно такие вынужденные диагнозы очень часто оказывают невротизирующее действие. Здесь достаточно сослаться на соответствующее замечание Крауса (Karl Kraus), который говорил: «Одно из самых распространённых заболеваний - это диагноз».

Но и молчание, при известных обстоятельствах, может оказаться таким же вредным, как и излишняя болтовня. Скажем, когда врач всё делает в полной тайне, с благими намерениями, обходя молчанием негативное заключение. Больной тогда не знает точно, что с ним и

склоняется к тому, чтобы вообразить себе самое худшее. Поэтому рекомендуется даже негативные результаты обследования сообщать пациенту честно.

И психиатры в деле формирования ятрогений - не исключение, а, скорее, находятся на первом месте. Задумаемся, однако, над тем, что среди ятрогенных фобий есть и психотофобия, и что она распространяется тем шире, чем реже её признают. При всём при том существуют характеры, склонные к неврозу навязчивостей и реагирующие на свои болезненные переживания как раз психотофобией, поэтому лечащий врач не должен давать ей пищи, напротив, он должен принять все необходимые меры, направленные против психотофобии. И одной из таких мер является предупреждение пациента о том, что именно при неврозе навязчивых состояний существует известный иммунитет против психотических заболеваний.

*Гертруда Х., 25 лет. Студентка мединститута и супруга врача. Сопутствующий ятрогенный псевдоневроз с признаками агарофобии, впоследствии психото- и криминофобии. Тяжелейший страх перед открытым пространством и тремор. Потеря веса — 15 кг за последние полгода. GU + 31 %. Рассказывает, что после того, как она посетила психиатра, появились все остальные фобии: «Дамоклов меч начинающегося сумасшествия повис над моей жизнью. Я пыталась примириться с этим, то есть с шизофренией. Я лишь случайно спросила мужа: "Что происходит с шизофрениками, должны ли они подолгу жить в сумасшедшем доме?" Он ответил, что только в тех случаях, когда они общественно опасны. И у меня внутри появился смертельный страх перед самой собой, страх, что я стану общественно опасной. Я стала бояться даже смотреть на какой-нибудь нож или молоток из явственного опасения, что могу вдруг из-за помешательства превратиться в убийцу. Я уже видела себя на всю жизнь заточенной в камеру, разлученной со своими малютками, которые, возможно, уже носят и в себе этот ужасный конец».*

Со времён Хауга мы знаем, что усиленное самонаблюдение в конце концов может приводить к таким ненормальным явлениям, как, например, деперсонализация, которые ещё больше усиливает психотофобию. Склонность к гипертрофированному самонаблюдению сама по себе необязательно бывает патологичной, скорее всего она, например, в пубертате, предопределена физиологически, но бывает и обусловленной профессионально, к примеру, у изучающих психологию и психиатрию. Сбивающие с толку разговоры о расщеплении сознания, о шизофрении [Термин «помешательство с расщеплением» обязан своим возникновением старой ассоциативной психологии, под влиянием которой Евгений Блейлер увидел при шизофрении самостоятельность, то есть расщепление ассоциативных комплексов. То, что это психическое заболевание сопровождается действительным расщеплением личности, или, что именно в этом и состоит его суть, никоим образом не доказано.], о расщеплении личности и т. п. заставляют смотреть на это, как на «привидения» в смысле одноимённой пьесы Ибсена. Так, однажды студентка факультета психологии спросила меня, не может ли быть такого, что у её брата, на самом деле заболевшего шизофренией, причиной заболевания стала черепно-мозговая травма, полученная ещё в детстве: во время потасовки один школьник ударил брата по голове чертёжной доской, возможно, он, тем самым и расщепил личность брата.

То же самое касается терапии: никакой терапии «a tout prix. Никакой терапии ut aliquid fiori videatur [Ut aliquid fiori videatur - (лат.) чтобы больному казалось, что для него что-то делают.]. В этом смысле ненужное физикальное или локальное лечение вносит свой вклад в то, чтобы только сильнее зафиксировать невротические симптомы. Мне известна история одной пациентки из Швейцарии, которая физически была совершенно здорова, однако целый год лечилась у психоаналитика, ибо он пугал девушку тем, что Ид, её бессознательное, иначе будет ей мстить и однажды нападёт на её сознание, захватит его врасплох и победит. Зачем ей, вообще, было подвергаться анализу? Просто потому что её очень богатая подруга как-то сказала, что ходит на анализ и ей от этого становится хорошо, поэтому и наша девушка должна была поступить точно так же.

*Ганс Х., 35 лет. Два года назад сразу после заболевания, протекавшего с высокой температурой, впервые испытал затруднения при ходьбе. Дважды находился на лечении в неврологическом стационаре, где в первый раз было высказано подозрение на рассеянный*

склероз, однако во второй раз, на фоне благоприятного терапевтического эффекта высокочастотного облучения, было высказано предположение о функциональных нарушениях. Специалист-невропатолог, у которого пациент также тогда пенился, назначил инъекции гормонов. Но без эффекта. Тем временем пациент стал лечиться у некоего знахаря. Пациент жаловался на затруднения при ходьбе, которые напоминали тяжёлый случай мышечной дистрофии Эрбшера: он мог передвигаться, вообще, только при помощи двух костылей. При этом все результаты объективного неврологического обследования были отрицательными. Пациент был продемонстрирован у меня на лекции, при этом ему пообещали, что сделают инъекцию «белка», который, как могли подтвердить слушатели, уже оказывал своё замечательное действие в других случаях. После этого пациенту медленно ввели 5 куб. см пентотала натрия (ослабленная дозировка) и спросили о его субъективных ощущениях. Он сказал, что чувствует пустоту в голове. Мы воспользовались этим, чтобы разъяснить ему: пустота в голове происходит от того, что сейчас вся «нервная сила» из головного мозга перешла в ноги и скоро он почувствует, как «жизненная сила сконцентрировалась» в ногах. Разве он этого ещё не заметил? «Да, но пока только в верхней части». Спустя несколько минут, в течение которых я занимался соответствующей, но косвенной, «скрытой» суггестией, пациент, наконец, сообщил, что «нервная сила» достигла дистальных отделов нижних конечностей. Его поставили на ноги и попросили постоять и прямо здесь, в лекционном зале, пройтись, гарантируя, что у него это получится безо всяких сложностей. И оно получилось: после некоторого колебания и суггестивного подбадривания, он пошёл без костылей совсем нормально, не пользуясь никакой опорой и, лучась радостью, бросился в объятия сопровождавшей его жены. Пациент попрощался с нами и поблагодарил за «чудесное исцеление» коллегу, который сделал ему инъекцию.

Несколько слов в заключение по поводу терапии ятрогенных неврозов: она строится на том, чтобы разъяснить пациенту, как подчёркивалось выше, то, какую роль в возникновении заболевания играет страх ожидания и какое значение имеет усиленное самонаблюдение, способное нарушить работу всех автоматически регулируемых функций. Если просто обращать внимание на что-то, при этом усиленно наблюдая за собой, то уже одно это может сделать осознанными неосознаваемые (подпороговые) в норме ощущения.

В конце концов, любые разъяснения в этом направлении оказывают психотерапевтическое воздействие, если мы при этом используем возможность сказать пациенту, насколько по-человечески понятен сам по себе патогенный механизм страха ожидания, лежащий в основе его ятрогенно-невротических жалоб, что этот механизм представляет собой нечто сугубо человеческое и не может считаться чем-то болезненным. В таком случае пациент перестаёт чувствовать себя заклеимённым, и все ятрогенные страхи оказываются лишёнными какой-либо почвы.

## **6. Психогенные неврозы**

Психогенез истинных неврозов никоим образом не означает, что соответствующие неврозы, как это довольно часто полагают, обусловлены психической травмой или психологическим конфликтом. Всё это вряд ли когда-либо бывает конечной и подлинной причиной подобных заболеваний. То, насколько велик вред, наносимый человеку душевными травмами и тягостными переживаниями и насколько они выбивают человека из колеи, целиком зависит от самого человека, от структуры его характера, а не от переживаний как таковых.

Ещё основатель индивидуальной психологии Альфред Адлер имел обыкновение говорить: «Опыт творит человека», - подразумевая, тем самым, что этот опыт зависит от самого человека, от того, позволяет ли он обстоятельствам влиять на себя и в какой мере.

Далеко не каждый конфликт обязательно бывает патогенным и приводит к психическому заболеванию. Вообще нужно ещё доказать, что вскрытый конфликт является патогенным, ибо только тогда можно считать соответствующее заболевание психогенным.

*В нашем отделении имел место случай, который где-либо в другом месте (при*

проведении наркоанализа) потребовал бы многих месяцев обследования и лечения, и в итоге был бы сделан вывод о наличии психогенного заболевания вследствие конфликта между супругами. Ещё было бы непременно высказано утверждение, что конфликт этот неустрашим. В действительности речь шла, как у нас было вскоре установлено, не о психогенном, а просто о функциональном заболевании, а именно о том, что мы у себя называем псевдоневрозом. После нескольких инъекций дигидроэрготамина пациентка почувствовала себя абсолютно нормально, так что она, в конце концов, после полного выздоровления сумела преодолеть и свой семейный конфликт во всех его аспектах. Этот конфликт неоспоримо имел место, но он не был патогенным, и поэтому заболевание нашей пациентки нельзя считать психогенным. Если бы все семейные конфликты были патогенными сами по себе, то примерно 90 процентов состоящих в браке давно бы уже превратилось в невротиков.

Против патогенности большинства конфликтов свидетельствует и их распространённость. Относительно психических травм Клоос утверждает, что, «проявив некоторую находчивость и искусство толкования, их можно обнаружить в жизни каждого человека». Я считаю, что здесь даже не нужно особой находчивости. Чтобы проверить это утверждение для самого себя, я провёл соответствующее исследование, поручив своей сотруднице проанализировать из картотеки нашего психотерапевтического амбулаторного отделения десять историй болезни на предмет того, какие конфликты, проблемы и психические травмы там зафиксированы в анамнезе. Получилось 20 конфликтов и т. п., затем они были разделены на категории, а затем был выбран также случайный ряд из 10 больных нашего неврологического стационара, у которых не было никаких жалоб, заслуживающих названия психологических. Эти случаи подверглись такому же изучению, то есть у этих соматических больных были обнаружены те же самые проблемы и т. п. Причём численный результат равнялся 51. Эти люди, не страдающие неврозами, пережили даже больше психических травм и т. п., но оказались способны, если воспользоваться выражением Шпеера (Speer), их «переработать». Учитывая всё это, не приходится удивляться, что каждое соматическое заболевание обязательно имеет своим следствием кучу проблем. Подобные и не менее тяжёлые переживания в одной группе стали причиной душевных расстройств, а в другой - нет. Таким образом, эти расстройства обусловлены не переживаниями, не окружающей обстановкой, а каждым отдельным человеком и его отношением к тому, что приходится пережить.

Нет никакого смысла заниматься профилактикой неврозов, надеясь предохранить людей от этого душевного заболевания, избавив их от всех конфликтов и устранив с их пути все трудности. Напротив, было бы уместно и целесообразно людей заранее, так сказать, душевно закалить. Особенно было бы неправильно переоценивать душевную нагрузку, обусловленную проблемами в их патогенном значении, ибо из практики давно известен тот факт, что ситуации крайней нужды и кризиса сопровождаются уменьшением количества невротических заболеваний, и в жизни многих людей достаточно часто бывает так, что нагрузка в виде серьёзных требований действует на душу оздоравливающе. Я обычно сравниваю это с тем фактом, что ветхое здание может держаться и опираться на то, чем оно забито. И наоборот, бывает так, что ситуации резкого избавления от напряжения, скажем, освобождения от длительного и тягостного психологического давления представляют опасность с точки зрения психогигиены. Вспомним, например, о ситуации освобождения из плена. Очень многие люди пережили подлинный душевный кризис сразу после освобождения, тогда как во время плена, вынужденно испытывая внешнее и внутреннее давление, они были в состоянии проявлять свои лучшие качества и выдерживать тяжелейшие физические и моральные нагрузки. Однако, как только давление ослабевает, особенно если это происходит внезапно, неожиданное исчезновение давления подвергает человека опасности. Это в какой-то степени напоминает кессонную болезнь, опасное для жизни заболевание, которое развивается вследствие резкого снижения внешнего давления, например, в случае, если водолаз слишком быстро поднялся с глубины.

Мы сами, и позже другие исследователи [«Момент исчезновения нагрузки после предшествующей перегрузки является благоприятным для возникновения и манифестации вегетативных нарушений и не только их, причём при известных обстоятельствах, даже более

богатым на такие события, чем период действия самой нагрузки». Пфланц (M. Pflanz) и фон Юкскуль (T. von Uexkul) «Не только так называемые нагрузки, но и их прямая противоположность, то есть внезапное разрешение психологически тягостных и физически напряженных ситуаций, может привести к нарушениям, которые проявляются в соматическом. Иногда исчезновение нагрузки бывает не менее значимым, чем избыточная нагрузка. Антипатогенное действие оказывает наличие цели, которая держит силы и желания человека в напряжении. Антипатогенное действие оказывает постановка цели, формулировка задачи. Энергетического подхода недостаточно. Понятие бессмысленности лучше объясняет эти взаимосвязи».] Шульте (W. Schulte) смогли показать, что, по крайней мере, внезапное исчезновение нагрузки может быть не менее патогенным, чем сама нагрузка, то есть стресс.

Наследственная отягощённость в большей степени имеет отношение к этиологии невротических заболеваний, чем психологическая нагрузка, и представители школы Кречмеров не устают утверждать, что все комплексы проявляют свою патогенность на соответствующей конституциональной почве. С полным правом Эрнст Кречмер указывает на то, что именно конституция играет решающую роль в том, станет ли некоторый комплекс патогенным или нет, и что нередко сама конституция «создаёт собственные конфликты», причём не в последнюю очередь, как сумел показать Вольфганг Кречмер, в результате «потенцирующего влияния конституциональных взаимодействий внутри семьи». По мнению других авторов, неврозы развиваются на основе психопатической личности. Одним словом, оказывается, что даже подлинные, так называемые психогенные, неврозы не являются всецело психогенными.

Всё это должно бы удерживать нас от слишком буквального признания психогенеза даже этой категории (не психосоматических, функциональных или реактивных) невротических в узком смысле слова, то есть психогенных, заболеваний. Эту оговорку позиции по поводу этиологии не следует принимать как оскорбление или повод для возмущения, поскольку мы из неё не собираемся делать выводов о каких-то фатальных последствиях. Скорее, мы считаем, что всегда возможна своего рода психологическая ортопедия. Ибо даже там, где мы сами склонны перед лицом «психогенного» заболевания, и в этом смысле перед лицом невроза констатировать психопатически-конституциональную основу, мы никогда не говорим, что там не остаётся места для нашего психотерапевтического вмешательства.

И даже более того. Именно тогда, когда мы констатируем наличие судьбоносного ядра психопатической конституции, например, при ананкастической психопатии как таковой, как определяющей судьбу, именно тогда мы корригируем ошибочный настрой на эту судьбу и уже тем добиваемся терапевтического успеха, что сводим заболевание до неизбежного минимума. Однако в отношении неврозов навязчивых состояний мы знаем, в какой степени тщетная борьба пациента против симптома делает этот симптом ещё более мучительным, если не она-то и фиксирует этот симптом вообще.

Психопатически-конституциональная основа неврозов может быть компенсирована педагогическими и терапевтическими средствами. Поскольку сами неврозы, вероятно, являются ничем иным, как «проявлением декомпенсации» - декомпенсации «конституциональной недостаточности» (Эрнст Кречмер). При известных обстоятельствах речь может идти о том, чтобы средствами логотерапии сформировать у больного ту прочную духовную опору, в которой обычный здоровый человек нуждается в меньшей степени, а психологически неустойчивый - в большей, как раз ввиду необходимости компенсации этой неустойчивости. Один раз в жизни каждый психопат оказывается на распутье, когда он должен принять решение между предрасположенностью, с одной стороны, и её реализацией в собственно психопатию, с другой. До принятия этого решения его, собственно говоря, ещё нельзя назвать психопатом. То, что ещё только будет его психопатией, из чего она может (но не обязательно) развиться, хорошо было бы назвать «психолабильностью» в противоположность психопатии.

После такой оговорки по поводу этиологии, по поводу *reservatio mentalis* в отношении психогенеза психогенных неврозов в данном узком смысле слова обратимся к случаям из клинической практики.

*Мария... страдает ситуационно обусловленными тиками. Всякий раз, когда ей, как киноактрисе, приходится фотографироваться, она произвольно начинает качать*

головой. Она совершает эти движения, несмотря ни на что, сопротивляется этому и всё-таки двигается. Фактически её тики представляют собой - в смысле «символической репрезентации» (Е. Штраус) - жест несогласия. Но кому она его адресует? Наркоанализ не дал никакого результата, но на следующий день во время приёма пациентка неожиданно вспомнила (безо всякого наркоанализа) о том, что впервые тик появился, когда во время фотографирования присутствовал коллега, с которым она в предшествующую ночь изменила своему супругу. В конце концов, ей пришло в голову, что в самый первый раз тик, должно быть, появился, когда во время фотографирования напротив неё стояла мать; при последующем расспросе пациентка вспомнила: «Отец сказал: "Мария, иди ко мне на колени". Мать сказала: "Оставайся сидеть". Отец сказал: "Встань и поцелуй меня!" Мать сказала: "Нет, оставайся сидеть". С разных сторон "оставайся сидеть" и "подойди сюда" - я слышу это всю свою жизнь, так было всегда. Уже ребёнком я так делала, в школе и дома, или топала ногой». Можно предположить, что не будь пациентка киноактрисой, а манекенщицей, которая должна демонстрировать нейлоновые чулки, у неё был бы тик в виде топания ногой. В совокупности анализ дал следующее: фотограф, рядом с которым стояла мать, заместил мать в смысле образа матери, тогда как актёр, который во время фотографирования стоял рядом с пациенткой, в этом противопоставлении матери или образу матери занял место отца, то есть принял образ отца. В непринуждённом разговоре пациентка подтвердила, что коллега напомнил ей отца. То, что фотограф репрезентирует мать или, по крайней мере, ту инстанцию, которая запрещает сесть на колени к отцу или будущему заместителю его образа, позволяет понять, почему реакцией именно на его функцию стал тик и почему впервые это случилось как раз в тот момент, когда рядом с пациенткой оказался образ отца, замкнув таким образом полярное силовое поле между образами отца и матери. Данное стечение обстоятельств оказалось патогенным, поскольку совпало с реальным конфликтным материалом из детства. На вопрос о супруге пациентка ответила, что он её безмерно тиранизирует.

Иго, которое тик был призван сбросить, - это ещё и брак. Однако, даже в этом случае страх ожидания сыграл свою роль, ибо, как добавляет пациентка, после того первого случая она не только с каждым разом всё сильнее ожидала возвращения тика, но и боялась его. Терапия была направлена на то, чтобы вместо освобождения от скрытой злости, обиды и т. п. в виде тиков, сделать возможной разрядку при помощи терапевтической комбинации, состоящей из чего-то, похожего на просматривание диафильма и логотерапии, или, как это предложил Бетц (Betz), назвав «логотерапией в символах». В этом смысле пациентке было рекомендовано в рамках релаксационных упражнений заместить свой неосознанный протест осознанным решением, которое нужно было сформулировать и принять его, на основе её личной ответственности и ответственности перед ребёнком, который для неё «превыше всего». Само собой разумеется, релаксационные упражнения использовались и в том смысле, что они играют не последнюю роль при лечении тиков.

Мы использовали также классическое толкование снов на основании того метода свободных ассоциаций, который ввёл в науку Фрейд. Правда, при помощи этого метода мы поднимали до уровня осознания и ответственности не только неосознанные инстинкты, но и неосознанную духовность. В снах, этих подлинных произведениях бессознательного, появляются как элементы инстинктивного бессознательного, так и элементы духовного бессознательного. И если мы для того, чтобы их понять, используем тот же самый метод, при помощи которого Фрейд прослеживал только инстинктивное бессознательное, то мы сможем на этом пути прийти совсем к другой цели - к открытию духовного бессознательного - и сказать о психоанализе: мы шли вместе, но бились врозь. В отношении эмпирического состава духовного бессознательного мы руководствуемся большим достижением психоанализа - целесообразностью, но требуем этой целесообразности не только со стороны анализируемого, но и со стороны аналитика. Мы требуем не только безусловной честности (в том, что касается продуцируемых идей) от исследуемого объекта, но и той безусловной непредвзятости от исследующего субъекта, которая не позволит ему закрыть глаза при виде содержаний, обусловленных неосознанной духовностью.

Психоанализ прекрасно разглядел, что может дать конфликт отдельных стремлений в человеке. Освящённое психоанализом учение об объяснимости так называемых оговорок, описок и других ошибок показало, как могут проявляться конфликты стремлений в рамках так называемой «Психопатологии повседневности». По этому поводу хочется привести несколько казуистических примеров.

1. Коллега, говоря о психиатрических больницах, о которых однажды зашла речь в связи с эвтаназией, сказал: «Там пациентов убивают по-человечески - убирают в заведение...».

2. Один коллега, выступая за предупреждение беременности, многократно оговаривается и использует вместо этого слово, означающее предупреждение судьбы.

3. Коллега, настаивая на необходимости народной инициативы, которая была бы направлена против аборт, оговаривается и произносит: «Если даже это не подвигнет депутатов государственного совета к изменению позиции, мы организуем народные роды».

Случай с Марией... был истолкован психоаналитически, поскольку удалось выявить причину тиков. В следующих примерах можно в толковании соединить причины и следствия, поэтому к ним мы подошли с точки зрения индивидуальной психологии.

*Лео Х. утверждает, что является гомосексуалистом, но в действительности бисексуален. Причины: в 17-летнем возрасте его совратил солдат-гомосексуалист. С 17 лет юноша был влюблён в девочку и испытывал в её присутствии половое возбуждение, вёл себя в сексуальном отношении нормально, хотя имеет место *ejaculatio praecox*. Впоследствии наблюдаются гомосексуальные реакции и фантазии, например, случайные поллюции. Финал: как только пациента спросили прямо, испытывает ли он страх перед браком или принуждают ли его к браку, он ответил: «Да, я должен жениться на одной, которая нравится матери и годится для хозяйства, и не могу жениться на той, которая нравится мне».*

*Роза С., три года назад пациентка потеряла сознание (АД в тот момент было 110) и испытала сильное сердцебиение. Жалуется на головные боли, парестезии и ощущение, как будто сердце останавливается. Как видно, складывается кардиоваскулярная и ангионевротическая или вазовегетативная картина, в которой к вегетативному компоненту присоединяется эндокринный: уже два года, как у пациентки начался климакс. Оба компонента дают функциональную сторону невроза страха, которым пациентка страдает, и реактивная сторона которого проявляется в страхе ожидания, свойственном пациентке по поводу того, что она «может снова потерять сознание», то есть в коллапсофобии, которой пациентка реагировала на первичный страх, сконцентрировавшийся вокруг коллапса, как вокруг «центра конденсации». Вследствие этого сформировался вторичный страх, представляющий собой, скорее, не собственно страх, а боязнь. В ответ на возникновение фобии муж пациентки, с которым у неё прежде были конфликты, изменил свой образ жизни и стал «самым честным мужчиной»; и в этом заключается третья, психогенная сторона данного случая, то есть сторона, связанная с «вторичным мотивом болезни» (Фрейд), являющимся вторичным постольку, поскольку он лишь фиксирует первичное заболевание, тогда как «приспособление» (Адлер) в некотором первичном смысле было патогенным [Наряду с уже отмеченным, можно найти указание на вероятно приспособительный характер страха перед улицей в Библии, а именно в «Притчах» (22,13): «Ленивец говорит: "лев на улице! посреди площади убьют меня!" При библейских условиях жизни Ленивец боится, оправдывая страх перед открытым пространством, само собой разумеется, не коллапса, инфаркта и инсульта, а львов, тигров и гиен.]. Представим себе область феноменологии психогенных неврозов, ограниченной эллипсом, тогда страх и навязчивость представляют собой как бы два фокуса этого эллипса. И являются, так сказать, двумя клиническими протофеноменами. И это неслучайно, ибо страху и навязчивости соответствуют две базовых возможности человеческого бытия - «страх» и «долг» (чувство долга играет в психологии неврозов навязчивых состояний очень большую роль). Но онтологические условия проявления этих двух возможностей, тех самых, из которых возникают страх и долг, суть свобода человека и его ответственность. Только то существо, которое свободно, может испытывать страх. Как сказал Кьеркегор: «Страх - это головокружение от свободы». И только то существо, которое несёт ответственность, может испытывать чувство долга. Отсюда следует, что существо, облагодетельствованное в своём*

бытии свободой и ответственностью, приговорено жить в страхе и обязанностях [«Ответственность в бытии» - это сущность человеческой экзистенции» (В. Франкл «Философия и психотерапия. Об основах экзистенциального анализа», Schweiz. med. Wschr. 69, 707, 1939). И здесь логотерапию снова упрекают и обвиняют в том, что она утверждает и подчёркивает то же самое, что и индивидуальная психология, то есть ответственность человека, но это означает только двойную путаницу. Во-первых, ответственность пациента-невротика за свой симптом (в смысле приспособления по Альфреду Адлеру), и, во-вторых, ответственность в бытии человека как такового, не больного и не за симптом, а за своё бытие в целом. Конечно, последнее предполагает также и ответственность больного человека, но не за свою болезнь, а за своё отношение к этой болезни.]. Само собой разумеется, страх и долг играют определенную роль и при психозах. Ну, например, если в случаях эндогенной депрессии, в настоящее время в противоположность прежнему чувству страха преобладает чувство долга, то можно сказать: долг принадлежит к роду, который не делает то, что должен, а страх принадлежит к роду, который не знает, что должен.

## 7. Ноогенные неврозы

Много уже сказано об одновременной соматопсихической терапии, или, о двунаправленной терапии на основании соматопсихической двумерной этиологии. В заключение мы хотели бы показать, как нужно проследивать человеческое бытие, и в том числе бытие больного человека, не только в этих двух измерениях - психическом и соматическом, но ещё и в третьем измерении - в духовном, ибо наряду с соматическим и психическим существует духовное, представляющее собой отдельное измерение. И не просто измерение, а собственное измерение человеческого бытия, которое психологизм не хочет принимать в расчёт (тогда как спиритуализм совершает ошибку, представляя дело так, как будто духовное измерение является единственным измерением человеческого бытия). В этом измерении тоже могут корениться неврозы, поскольку неврозом может заболеть и человек, находящийся в напряжении конфликта с совестью или под давлением духовных проблем, и человек, переживающий экзистенциальный кризис.

Существуют экзистенциальные кризисы созревания, которые по своим проявлениям укладываются в клиническую картину неврозов, не являясь неврозами в узком смысле слова, то есть в смысле психогенного заболевания. Без дальнейших пояснений очевидно, что человек, ощущающий на себе давление духовной проблемы или ощущающий напряжение вследствие конфликта с совестью, заболевает, давая на первом плане вегетативную симптоматику, как и невротик в обычном смысле слова. Очень важно быть готовым к таким событиям и указать на опасность их неправильной интерпретации, тем более в наше время, когда всё больше пациентов обращается к психиатрам не по поводу психических симптомов, а с сугубо человеческими проблемами.

Если, вопреки широко распространённому мнению, частота невротических заболеваний, по крайней мере в последние десятилетия, не увеличилась, то нужно отметить рост «потребности в лечении психологическим сочувствием и пониманием». И мы не ошибёмся, если предположим, что за этой «психотерапевтической потребностью» стоит метафизическая потребность, то есть потребность человека дать себе отчёт в смысле своего личного бытия.

Раньше люди шли к священнику. Но мы живём в светский век и не должны удивляться, если забота о душе тоже становится светским делом. Уже в прошлом столетии Кьеркегор отважился утверждать: «Священник больше не является попечителем душ - им становится врач».

Нельзя сказать, чтобы мы придерживались взгляда Зигмунда Фрейда, что «этот отход от религии совершается с роковой неумолимостью процесса взросления», но то, что фон Гебзаттель (W. von Gebattel) назвал «эмиграцией западноевропейского населения от духовника к невропатологу», является фактом, который не может игнорировать духовник, и потребностью, от которой не может отмахнуться невропатолог, ибо таково вынужденное положение дел, которое требует, чтобы он взял на себя заботу о врачевании души.

От таких требований меньше всего может уклониться религиозно настроенный врач. Именно он удерживается от фарисейского злорадства, когда пациент идёт к нему, а не к священнику. Было бы фарисейством, если бы он при виде страданий неверующего злорадствовал и думал про себя: «Будь он верующим, то нашёл бы утешение у священника». Если тонет не умеющий плавать, мы же не говорим себе: «Надо было ему научиться плавать». Мы бросаемся на помощь, даже не будучи инструкторами по плаванию. Врач, который оказывает врачебную помощь при душевных страданиях, находится в затруднительном положении. Ибо, «хочет он того или нет, но обязанность давать рекомендации в жизненных заботах за пределами заболевания сегодня возложена на врача, а не на священника» и «нельзя изменить того, что люди сегодня в своих насущных проблемах видят опытного советчика, по большей части, не в духовнике, а во враче» (Вайтбрехт (H. Weitbrecht)). «Пациенты ставят перед нами задачу взять на себя в области психотерапии обязанности духовника» (Балли (G. Bally)), и «наш век» «заставляет врача всё в большем объёме выполнять обязанности, которые раньше были уделом священников и философов» (Ясперс (K. Jaspers)). Мэдер (A. Maeder) пишет, что «это изменение обусловлено самой ситуацией», Шульте же утверждает, что «слишком часто психотерапия готова вылиться в заботу о душе».

Ввиду «миграции западноевропейского населения от священника к невропатологу» возникает угроза врачебных ошибок при дифференциальной диагностике между собственно болезненным, как невроз, и просто человеческим, как экзистенциальный кризис. Врач может ошибочно диагностировать психическое заболевание там, где имеет место нечто существенно иное, а именно, духовные проблемы, чтобы не сказать - там, где речь идёт не о психогенезе, а о ноогенезе.

Не исключено также, что психотерапия, не уделяющая внимания специфически человеческой проблематике, проецирующая её из человеческого пространства на субчеловеческую плоскость, окажется беспомощной не только в отношении экзистенциальной фрустрации, но и в отношении её вытеснения и, тем самым, внесёт свой вклад в возникновение ноогенного невроза. Подобные размышления, кажется, не мучили Вандерера (Z. Wanderer) из Центра поведенческой терапии в Калифорнии, когда он в одном из случаев «экзистенциальной депрессии применил распространённый в поведенческой терапии метод «thought-stopping» [Thought-stopping (англ.) - остановка мысли].

То, что не только поведенческая терапия, но и психоанализ в процессе лечения проходят мимо специфически человеческой проблематики, и то, что подобное не может быть полезно не только для пациента, но и для терапевта, естественным образом следует из данного протокола: *«С лета 1973 года я работал психологом-ассистентом у двух психиатров в Сан-Диего. Во время супервизорской сессии я часто не соглашался с психоаналитической теорией, которой мои работодатели старались меня обучить. Поскольку они общались в авторитарном стиле, я не решался высказывать своего мнения. Я боялся потерять работу. Поэтому я в значительной мере подавлял свои собственные взгляды. После нескольких месяцев такого самоугнетения я начал ощущать тревогу во время супервизорских сессий. Я обратился за терапевтической помощью кое к кому из своих друзей. Однако мы смогли добиться только того, что проблема тревожности стала ещё острее, поскольку мы подходили к ней всё-таки с психоаналитических позиций. Мы пытались вскрыть травмы раннего детства, которые стали причиной переноса тревоги на моих супервизоров. Мы исследовали мои отношения с отцом и т. п., но ничего не нашли. Таким образом, я всё больше впадал в гиперрефлексию, а моё состояние становилось всё тягостнее. Тревожность во время супервизорских сессий достигла у меня такого уровня, что я вынужден был, чтобы как-то объяснить своё поведение, сказать о ней психиатрам. Они рекомендовали мне посетить психоаналитически ориентированного психотерапевта и пройти персональную терапию, чтобы понять скрытый смысл этой тревоги. Поскольку я не мог позволить себе обращение за профессиональной помощью, то мы вместе с друзьями удвоили усилия, направленные на выявление глубоко скрытого смысла моей тревоги. И мне стало ещё хуже. У меня часто бывали приступы сильной тревоги. Моё выздоровление началось 8 января 1974 года на занятиях у доктора Франкла по курсу «Человек в поисках смысла». Я услышал, как Франки говорит о трудностях, с которыми*

*приходится сталкиваться, когда кто-то пытается психоаналитическими средствами найти истинный ответ. В ходе тех четырехчасовых занятий я начал понимать, каким образом терапия, которую я проходил, только усугубляла мои проблемы: это был уже почти ятрогенный невроз. Я начал понимать, что именно необходимость сдерживать себя во время супервизорских сессий стала причиной моей тревоги. Несогласие с психиатрами и боязнь высказать это несогласие привели к такой реакции. Я быстро закончил терапию и, сделав это, почувствовал себя лучше. Реальные изменения произошли на следующей супервизорской сессии. Во время этой сессии я стал открыто высказывать своё мнение и несогласие с психиатрами, если оно действительно появлялось. Я больше не боялся потерять работу, потому что спокойствие духа стало значить для меня гораздо больше, чем работа. Когда я отважился высказать во время сессии свои мысли, то сразу же почувствовал, как тревога стала ослабевать. За прошедшие две недели тревога уменьшилась почти на 90 процентов».*

Поскольку ноогенные неврозы как таковые, именно как ноогенные, являются (о чём уже говорилось) неврозами, возникающими «из духовного», то понятно, что они требуют и психотерапии «на основании духовного». Такой и видит себя логотерапия.

## **8. Коллективные неврозы**

В письме Блюеру (H. Bluher) Фрейд в 1923 году говорит об «этом расклеившемся по швам времени». Но и сегодня много говорят о болезни времени, о болезни духа времени, о патологии духа времени. Может ли болезнь века быть тождественна тому, чем занимаются все виды психотерапии, - неврозам? Может ли время быть больно нервозностью? Действительно, есть книга Вайнке (F. Weinke), которая называется «Состояние нервозности - хроническая болезнь нашего времени». Эта книга появилась в Вене в 53 году, но не в 1953, а в 1853. Мы видим, что со временем невроз не утратил своей современности.

Иоханнес Гиршманн доказал, что количество неврозов не увеличилось и в том, что касается их частоты, они уже несколько десятилетий держатся на одном уровне, а количество неврозов страха даже уменьшилось. Изменилась лишь клиническая картина неврозов, только симптоматология стала другой: страх отступил на второй план.

Но не только невротический страх, а также и страх вообще не стал более распространённым. Фрейхан (Freuhan) указал на то, что прежние времена, например эпохи рабства, религиозных войн, охоты на ведьм, переселения народов или больших эпидемий, - что все эти «добрые старые времена» были не столь свободны от страха, как наше время. Да, в прежние века, предположительно, было много больше страха и много больше причин для страха, чем в нашем веке. Оказывается, наша эпоха как «век тревожности» ничего особенного из себя не представляет.

Даже нельзя вести речь о том, что частота невротических заболеваний сегодня возросла. Возросло, скорее, нечто совсем другое: потребность в психотерапии, то есть потребность масс обращаться со своими духовными нуждами к психиатрам.

Как известно, процент эндогенных психозов остаётся удивительно постоянным. Что подвержено колебаниям, так это исключительно только количество госпитализаций в психиатрические больницы. Но у этого есть свои причины. Если, например, в Венской психиатрической больнице в Штейнхофе в 1931 году было максимальное (за более, чем 40 лет) количество госпитализаций - 5000, а в 1942 максимум составил примерно 2000 госпитализаций, то данное положение очень легко объяснить: в тридцатые годы, во время мирового экономического кризиса, родственники старались по вполне понятным экономическим причинам возможно дольше держать пациентов в больнице, да и сами пациенты были рады иметь крышу над головой и что-то тёплое в желудке. Иной была обстановка в начале сороковых: тоже вполне понятный и обоснованный страх перед эвтаназией заставлял больных стремиться к скорейшей выписке или, при возможности, родственники старались вообще не помещать пациентов в лечебные учреждения закрытого типа.

Изменилась не только клиническая картина неврозов, и не только их симптоматология

стала другой. Подобное наблюдаем мы и в случае психозов. Оказалось, что люди, больные эндогенной депрессией, сегодня гораздо реже чувствуют себя виноватыми; на первый план выходят проблемы работы и работоспособности. Именно это становится темой эндогенных депрессий в наши дни, по-видимому, потому, что таковы заботы среднестатистического человека.

Если задуматься над этиологией болезни времени, то говорят, что темп современной жизни делает человека больным. Социолог Хендрик де Ман (H. de Man) поясняет: «Темп нельзя безнаказанно увеличивать сверх некоторого известного предела». Но то, что человек не вынесет увеличения темпа технического прогресса, что он не справится с этим техническим прогрессом, - далеко не новое, но всё-таки ложное пророчество. Когда в прошлом веке появились первые железные дороги, крупные специалисты в области медицины считали невозможным, чтобы человек, не заболев, выдержал скорость езды по железной дороге. И ещё несколько лет назад высказывались сомнения насчёт того, не вредно ли для здоровья летать в сверхзвуковых самолетах. Мы видим, то есть мы теперь видим, насколько прав был Достоевский, когда определил человека как существо, которое ко всему способно привыкнуть. Современный темп жизни никоим образом нельзя рассматривать как причину болезни времени и вообще как причину болезни. Я бы даже отважился утверждать: ускоренный темп современной жизни, вероятнее всего, представляет собой попытку самоисцеления, хотя, возможно, и неудачную. На самом деле, можно без труда понять бешеный темп жизни, если рассматривать его как попытку самооглушения. Человек бежит от своей внутренней опустошённости и тоски, и в этом бегстве он бросается в суматоху и суету жизни. Жане описал у невротичных людей, которых он называл психастениками, некое *sentiment de vide* [*Sentiment de vide (франц.)* — чувство пустоты.], то есть ощущение бессодержательности и опустошённости. И вот это чувство пустоты существует и в некотором переносном смысле, как я полагаю, в виде чувства экзистенциальной пустоты, чувства бесцельности и бессодержательности наличного бытия. Современный человек многократно переживает то, что наиболее точно можно охарактеризовать, перефразировав слова из «Эгмонта» Гёте: едва он знает, куда пришёл, не говоря уже о том, куда идёт. К этому можно было бы добавить: чем меньше он знает о цели своего пути, тем больше он спешит, чтобы скорее оставить этот путь позади.

Ощущение экзистенциального вакуума, чувство бесцельности и бессодержательности бытия мы называем экзистенциальной фрустрацией, нереализованностью воли к смыслу. Эту волю к смыслу мы противопоставили стремлению к власти, как его в форме честолюбия представляет (и нельзя сказать, чтобы неправильно) индивидуальная психология Адлера. Мы противопоставили эту волю к смыслу ещё и стремлению к наслаждению, во всемогуществе которого в виде принципа удовольствия убеждён психоанализ Фрейда. И мы видим: именно там и тогда, когда воля к смыслу остаётся нереализованной, стремление к наслаждению используется для того, чтобы, по крайней мере, заглушить осознание человеком своей экзистенциальной нереализованности. Другими словами, стремление к наслаждению выступает на первый план, если человек оказывается неспособен реализовать своё стремление к смыслу. Только в случае экзистенциального вакуума начинает буйствовать либидо. Разочарование человека в борьбе за смысл своего бытия, то есть экзистенциальное разочарование, компенсируется за счёт его замещения сексуальной оглушённостью.

Экзистенциальный вакуум может манифестировать себя, а может существовать в скрытой форме. Мы живём во время растущей автоматизации, и это способствует увеличению свободного времени. Но свободное время бывает не только «от чего-то», но и «для чего-то». Человек с экзистенциальной фрустрацией однако не знает, чем бы это время заполнить, как не знает, чем можно было бы заполнить экзистенциальный вакуум [Сравните результат исследований одного гамбургского общественного института: 58 процентов опрошенных юношей и девушек в своё свободное время «не знают, чем себя занять», причём в это число не входят спортивные болельщики, которые наверняка составляют ещё 30 процентов. Остальные предпочитают коллективные мероприятия. Результаты ещё одного обследования свидетельствуют о том, что 43,6 процента от всех посетителей кинотеатров в мире идут в кино только потому, что «не знают, куда девать свободное время»]. Шопенгауэр полагал, что человечество раскачивается, как маятник, между необходимостью и скукой. И вот сегодня

скука доставляет нам, в том числе и невропатологам, больше хлопот, чем нужда. Скука стала причиной первого порядка в том, что касается психических заболеваний.

Если мы зададимся вопросом об основных клинических формах, в которых предстаёт перед нами экзистенциальный вакуум, то среди прочего нужно будет указать так называемые воскресные неврозы, то есть депрессию, которая развивается, как только будничная суэта прекращается и человек вдруг, ввиду незнания конкретного смысла собственного наличного бытия, осознаёт вероятную бессмысленность своей жизни.

Но не только свободный вечер, но и «вечер жизни» ставит человека перед вопросом, как ему заполнить своё время. Старение населения сталкивает нас лицом к лицу с людьми, выброшенными, зачастую внезапно, из сферы профессиональной деятельности, и их экзистенциальным вакуумом. И наконец, наряду со стариками есть ещё и молодёжь, у которой нам нередко приходится наблюдать фрустрацию воли к смыслу; ибо «в странах с высоким уровнем жизни многие молодые люди совершают преступления от скуки, которая становится всё более острой проблемой нашего времени (Миддендорф (W. Middendorf)).

Однако экзистенциальный вакуум не обязательно проявляется открыто: он может существовать латентно, в скрытом, замаскированном виде, и мы знаем множество различных масок, за которыми прячется экзистенциальный вакуум. Вспомним хотя бы о болезни менеджеров, которые из чрезмерного усердия с головой бросаются в производственную деятельность, при этом стремление к власти, не говоря уже о его примитивнейшем и банальнейшем проявлении - стремлении к деньгам, - вытесняет стремление к смыслу.

Экзистенциальная фрустрация вообще и, в особенности, так называемые воскресные неврозы могут привести к самоубийству, как это показал Плюгге (H. Plugge), который на материале пятидесяти попыток самоубийства продемонстрировал, что они, в конечном счёте, не сводимы ни к болезни или материальным трудностям, ни к профессиональным или каким-либо другим конфликтам, а удивительным образом объясняются только одним - скукой.

Таким образом, безусловно, прав был Карл Беднарик (Bednarik), когда однажды написал: «Из проблемы материальной бедности масс вырастает проблема материального благосостояния, проблема свободного времени». В особой связи с проблемой неврозов, однако, Пол Полак уже в 1947 году указал на то, что не стоит предаваться иллюзиям, как будто бы с решением социальных вопросов невротические заболевания исчезнут сами по себе. Верно, скорее, обратное: только тогда, когда будут решены социальные вопросы, экзистенциальные проблемы займут своё место в сознании человека. Таким образом, «решение социальных вопросов высвободит собственно духовную проблематику, активизирует её: только тогда человек станет свободным, чтобы по-настоящему взяться за самого себя и только тогда по-настоящему познает проблематичность самого себя, проблематику своего наличного бытия».

Мы определили невроз *sensu strictiori* [*Sensu strictiori* (лат.) - в узком смысле слова.] как психогенное заболевание. Наряду с этим неврозом в узком смысле слова мы знаем и неврозы в широком смысле слова, например, соматогенные, ноогенные и социогенные (псевдо-) неврозы. И всё же нам приходится иметь дело с неврозами в клиническом смысле. Хотя бывают и неврозы в метаклиническом или в практическом смысле. К последним относятся коллективные неврозы. Это квазиневрозы, неврозы в переносном смысле слова. Мы уже видели, что об увеличении количества клинических неврозов речь идти не может. Это значит, что количество клинических неврозов не увеличивается настолько, чтобы они стали коллективными. Следовательно, мы имеем право говорить о коллективных неврозах только в параклиническом смысле. Согласно нашему опыту коллективные неврозы современности различаются по четырём симптомами.

1. Установка на временность бытия. Современный человек привык жить одним днём.

2. Фаталистическая установка по отношению к жизни. Если человек с установкой на временность бытия говорит себе, что нет необходимости что-то делать и брать свою судьбу в собственные руки, то фаталистически настроенный человек говорит себе: этого нельзя сделать. Современный человек одержим суевериями в различные роковые силы. По крайней мере, по данным института Гэллапа, только 45 процентов австрийских женщин не «верят в астрологическую связь между своей жизнью и положением звёзд».

3. Коллективистское мышление. Человек в силу двух указанных установок по

отношению к бытию, то есть установок на его временность и предопределённость, не старается понять ситуацию. Поэтому, вследствие двух других симптомов патологии духа времени, оказывается, что такой человек едва ли может понять личность и рассматривать себя самого и других как личности. Современный человек хотел бы раствориться в массе; в действительности он подчиняется ей, отказываясь от себя как от свободного и ответственного существа.

4. Фанатизм. Если коллективистски настроенный индивидуум игнорирует свою собственную личность, то фанатик игнорирует личности других, взгляды других. Он не допускает их существования, для него справедливо только его собственное мнение.

Теперь попробуем себя спросить, насколько распространены эти симптомы коллективного невроза. Я поручил своему сотруднику провести исследование в отношении людей, не являющихся невротиками в клиническом смысле слова. Этим людям был предложен ряд тестовых вопросов. Вопрос по поводу первого симптома, то есть установки на временность бытия, звучал так: «Считаете ли Вы, что не стоит как-то действовать и брать судьбу в собственные руки, если всё равно взорвётся атомная бомба, и всё окажется бессмысленным?» Вопрос по поводу второго симптома относительно фаталистической установки был сформулирован так: «Верите ли Вы, что человек, по сути, всего лишь мячик в руках внешних и внутренних сил?» Вопрос относительно коллективистского мышления был сформулирован следующим образом: «Считаете ли Вы, что главное - не выделяться?» И наконец, провокационный вопрос по поводу фанатизма: «Полагаете ли Вы, что человек, который руководствуется благими намерениями, может использовать любые средства, являющиеся, на его взгляд, пригодными?» По нашему мнению, ничто не является для фанатика столь характерным, как уверенность, что для него всё может служить средством достижения цели. Он убеждён, что цель оправдывает средства. Но, как известно, существует немало средств, способных осквернить самую святую цель. [Если это средство становится самоцелью, то мы имеем дело не с фанатизмом, а с терроризмом.]

При помощи этого теста мои сотрудники установили, что из всех испытуемых только у одного-единственного человека не было ни одного из четырёх симптомов коллективного невроза, тогда как почти у половины обследованных имелось хотя бы три симптома из четырёх возможных. Этот результат свидетельствует о том, что люди, не являющиеся невротиками в клиническом смысле, могут быть носителями коллективного невроза. Контрольной проверкой можно считать результаты психиатрических обследований, которым были подвергнуты обвиняемые в ходе процесса над военными преступниками, которые были здоровы в клиническом отношении.

Теперь мы знаем, что не только душевный, но и духовный конфликт, скажем, конфликт с совестью, может привести к неврозу. Мы называем такой невроз ноогенным. Отсюда понятно, что человек, в принципе, способный к конфликту с совестью, неуязвим для фанатизма, как и для коллективного невроза. И наоборот: тот, кто страдает коллективным неврозом, например, является политическим фанатиком, в той мере, в какой он ещё способен услышать голос своей совести и страдать от этого, - именно в той мере он оказывается в состоянии преодолеть в себе коллективный невроз.

Несколько лет назад я говорил об этом на конгрессе врачей, где среди прочих были и коллеги, жившие при тоталитарном режиме. После доклада они подошли ко мне и сказали: «Мы хорошо знаем то, о чём Вы говорили. У нас это называется болезнью функционеров: так или иначе, но многие партийные деятели со временем теряют нервные силы под растущим гнѐтом, давящим на их совесть, и тогда они выздоравливают от своего политического фанатизма». Одним словом, если сосуществование коллективного невроза и клинического здоровья возможно, то соотношение между коллективным неврозом и ноогенным - обратно пропорционально.

Все четыре симптома коллективного невроза - установка на временность бытия, фаталистическое отношение к жизни, коллективистское мышление и фанатизм - можно свести к избеганию ответственности и страху перед свободой. Но именно свобода и ответственность составляют духовность человека. Однако современный человек духовно пресыщен, и это духовное пресыщение являет собой сущность современного нигилизма.

## Логотерапия и экзистенциальный анализ

### **а) Логотерапия как специфическая терапия при ноогенных неврозах**

Ноогенные неврозы требуют терапии, которая направлена в место их укоренения, то есть терапии духовного (которую мы назвали логотерапией) или духовной терапии, поскольку она нацелена на личностную духовную экзистенцию (я назвал её экзистенциальным анализом).

*Конкретный пример из практики пояснит сказанное. Пациентка обратилась к нам по поводу нервозности, плаксивости, заикания, потливости, дрожи, мигания и потери веса (7 кг за 4 месяца). В основе её проблем лежал конфликт совести между браком и верой: должна ли она пожертвовать одним ради другого? Она придавала очень большое значение религиозному воспитанию детей, тогда как муж, закоренелый атеист, был против этого. Сам по себе конфликт имеет человеческий, а не болезненный характер, но следствие конфликта, невроз, - это уже болезнь. Однако эту болезнь нельзя вылечить, не принимая во внимание вопросы смысла и ценностей. Сама пациентка утверждала, что её жизнь была бы намного легче, в её душе царили бы покой и мир (peace of mind!), если бы она сумела как-то приноровиться к своему мужу и к своему общественному окружению в целом. Проблема звучала так: нужно ли и можно ли приспособиваться к этому человеку, к этому обществу любой ценой. Не жертвует ли она «собой», думала она, приспособившись к взглядам своего мужа. Поскольку пациентка не сделала такого замечания, то психотерапевтическое (в данном конкретном случае логотерапевтическое) лечение невроза (откровенно ноогенного, возникшего вследствие духовного конфликта и поэтому требовавшего лечения духовного) пациентки никоим образом не должно быть направлено на поддержку либо одной, либо другой тенденции: будь то приспособление к мужу, или самоутверждение с отстаиванием собственного мировоззрения. Дело в том, что логотерапия подводит человека к осознанию им собственной ответственности и поэтому она не может дать ему конкретных ответов, привить конкретные ценности: она должна ограничиться тем, чтобы помочь пациенту самостоятельно найти ценности, реализации которых он жаждет, и смысл, к воплощению которого стремится. При этом ни в коем случае не должно иметь места навязывание пациенту системы ценностей и мировоззрения терапевта. Нужно дать пациентке ясно понять: её отказ от своих религиозных убеждений или от претворения их в жизнь означает принесение себя в жертву. И это даёт нам, с точки зрения терапии, полное право разъяснить ей, что её невротическое заболевание есть не что иное, как результат угрозы или уже имеющего место факта духовного насилия над собой. Сначала можно, чтобы смягчить аффективный отклик со стороны организма, воспользоваться медикаментозными средствами, уменьшающими психофизиологическое действие духовного конфликта, однако затем необходимо провести каузальную терапию. Входе терапии мы пациентке отсоветовали принаравливать к мужу в принципиальном отношении, в отношении её мировоззренческих принципов, и рекомендовали только в тактическом отношении стараться не провоцировать мужа в связи с её религиозными убеждениями, а напротив, сделать всё возможное, чтобы он мог лучше понять её убеждения.*

Врач должен приложить все силы к тому, чтобы не навязывать пациенту никакого мировоззрения, в том числе и своего собственного. Логотерапевт вынужден остерегаться этого ещё и потому, что пациент в этом случае возложит ответственность на него, а логотерапия, по сути своей, является процессом воспитания ответственности. Именно на основании этого чувства ответственности больной должен самостоятельно идти к конкретному смыслу своего личного бытия. Экзистенциальным анализом я называю любые психотерапевтические методы лечения, которые могут помочь больному найти момент смысла в своём бытии, отыскать его ценность. Конечно, такой экзистенциальный анализ предполагает образ человека, в рамках которого нечто, вроде смысла, ценности и духа вообще, может существовать, занимая там то место, которое ему в действительности принадлежит. Одним словом, предпосылкой экзистенциального анализа является образ

человека как некоего духовного, свободного и ответственного существа -ответственного за реализацию ценностей и осуществление смысла, то есть образ человека, ориентированного на смысл.

Логотерапия, разумеется, не рассчитана на то, чтобы заменить собой психотерапию в узком смысле, как она существовала до сих пор. Логотерапия могла бы её собой лишь дополнить, именно до-пол-нить психотерапевтическое представление о человеке до образа «целостного» человека (в целостности которого, как мы уже говорили, существенное место занимает духовное). Очень хорошо сказал однажды о логотерапии Рихард Кремер: до сих пор дух считался противником души, теперь же дух стал нашим соратником в борьбе за здоровье души, потому теперь мы выступаем против болезни тремя колоннами: соматотерапия, психотерапия и логотерапия.

Если мы называем психотерапию, которая не только не игнорирует духовное, но непосредственно исходит из духовного, логотерапией, то *логос предполагает духовное и тогда смысл не мыслится только как религиозный смысл.*

Психоанализ познакомил нас со стремлением к наслаждению, которое мы можем понять как принцип удовольствия, а индивидуальная психология заставила нас поверить в стремление к власти в виде честолюбия. Однако ещё глубже коренится в человеке то, что мы называем *стремлением, или волей к смыслу* — его борьба за максимальное наполнение своего бытия смыслом.

Индивидуальная психология исходит из чувства неполноценности. Но современный человек страдает не столько от чувства, что он менее значим, чем кто-то другой, сколько от чувства, что его бытие не имеет смысла. Сегодня это чувство *бессмысленности* намного опережает чувство неполноценности в этиологии невротических заболеваний. Мы полагаем, что нереализованность притязаний человека в отношении осуществления смысла его бытия может быть не менее патогенна, чем сексуальная фрустрация. При этом мы всё время должны видеть возможность того, что даже в тех случаях, когда на первом плане находится сексуальная фрустрация, на заднем плане стоит экзистенциальная фрустрация: тщетные стремления человека к максимально осмысленному бытию, которое сделало бы его жизнь достойной жизни. Только в экзистенциальном вакууме буйно разрастается сексуальное либидо.

Агарофобия может быть не только проявлением гипертиреоза и симпатикотонии или коллапсофобии при гипокортикозе с артериальной гипотонией, как в описанных выше случаях. Я могу привести пример того, как страх пациентки был экзистенциальным страхом: «Бесконечность, - говорила она, - меня подавляет; я теряюсь в ней, в ней такая беспредельность, что я как будто растворяюсь». Кто при этом не вспомнит, как Паскаль говорил о своём переживании бесконечного пространства или выражение Шелера: «Бесконечная пустота пространства и времени - это пустота человеческого сердца». Поскольку самое страшное для страха - это ничто, «бесконечная пустота пространства» занимает здесь место этого ничто, эта пустота макрокосма кажется всего лишь проекцией внутренней пустоты, экзистенциальной опустошённости - пустоты микрокосма. По сути - это отражение бессодержательности личного бытия. Если же бытие бессодержательно или субъект такого бытия «беспредметен», то есть нет такого предмета, который мог его экзистенциально наполнить, то этот субъект становится своим собственным объектом - объектом самоотражения и самолюбования. Со времен Хауга мы знаем: усиленного самонаблюдения достаточно для того, чтобы получить явления деперсонализации. *К тому же первоначальный страх накладывается на эту деперсонализацию как на очевидную основу, и возникает то, от чего наша пациентка страдает больше всего - страх перед психотическим заболеванием (тревожным признаком которого она считает деперсонализацию), то есть психотофобия. В данном конкретном случае этому способствует то, что пациентка неоднократно сталкивалась с ятрогенными факторами, которые ещё сильнее окутывали её, как коконом, психотофобическим страхом ожидания. В конечном счёте, страх однажды оказаться в психиатрической больнице становился всё сильнее. Терапия должна была соответствовать структурной многомерности этого случая. Во-первых, нужно было учесть функциональный аспект: страх, точнее готовность к страху, обусловлен вегетативными или эндокринными*

особенностями пациентки. В соответствии с этим пациентка получила инъекции дигидроэрготамина. Данный вегетативный компонент страха не имеет под собой основания, но имеет причину; основания возникают сами собой — это мнимые основания. Во-вторых, реактивный, ятрогенный аспект: указанные мнимые основания являются следствием необдуманных высказываний врачей, которые её консультировали, высказываний, исходя из которых, она сделала вывод, что её психотофобия обоснована, и страх является предвестником психоза. На этом «основании» у пациентки возникает «страх перед страхом». В ходе психотерапии, направленной на этот вторичный, потенцируемый и потенцирующий страх, пациентке было указано на те мнимые основания, которые способствовали формированию у неё страха перед страхом, на фактическую необоснованность психотофобии, на полное право пациентки игнорировать свои опасения и действовать, независимо от них. В-третьих, экзистенциальный аспект: действовать независимо от симптома может только тот, кто делает это ради чего-то. С позиции терапии необходимо было подвести пациентку к конкретным возможностям осмысления её собственного бытия (в смысле экзистенциального анализа).

Абсолютно понятно, что логотерапия апеллирует к воле и смыслу, поэтому она заслуживает названия апеллятивной психотерапии. Но она апеллирует не только к этому стремлению к смыслу: там, где смысл неосознан или даже вытеснен, логотерапия должна способствовать его осознанию, его выводу на уровень сознания. Однако в случаях ноогенного невроза, когда фрустрировано именно это стремление к смыслу, то есть невроза, обусловленного экзистенциальной фрустрацией, логотерапия всё же должна попытаться озвучить конкретные возможности личного смыслонаполнения - возможности, реализация которых потребовала бы личностных особенностей пациента и использовала бы такие ценности, чтобы их воплощение могло бы наполнить собой оказавшееся фрустрированным стремление к смыслу и, таким образом, удовлетворить потребность человека найти смысл своего бытия. Здесь любая логотерапия выливается в экзистенциальный анализ так же, как и любой экзистенциальный анализ завершается логотерапией. Если Дарвин выдвинул тезис о борьбе за существование, а Кропоткин, кроме того, увидел ещё и взаимопомощь, то экзистенциальный анализ работает с борьбой за смысл существования и осознаёт себя как средство в поисках этого смысла.

Нередко врач дезертирует, столкнувшись с задачей оказания медицинской помощи при решении душевных проблем. Он уклоняется либо в соматическое, либо в психическое. Первое имеет место, когда врач пытается буквально отделаться от пациента, накормив его транквилизаторами. Так или иначе, он заботится о том, чтобы «благожелательно отсечь все так называемые душевные муки и угрызания совести» (Фридрих Ницше).

Если соматологизм игнорирует духовное, то психологизм проецирует ноэтическое на психическое. К этому ноэтическому относится и стремление к смыслу. Врач уклоняется в психическое в том случае, если к пациенту, который испытывает отчаяние из-за сомнений в смысле своего существования, он подходит не с рациональными контраргументами, направленными против самоубийства, а занимается лишь выяснением эмоциональных причин отчаяния, стремясь их «вскрыть». Как будто истинность мировоззрения зависит от здоровья того, кто «смотрит на мир». [Изначально, естественно, не задано, что всё, что не «нормально», обязательно ложно. Можно также утверждать и то, что Шопенгауэр смотрел на мир сквозь серые очки, и то, что он видел этот мир довольно верно, тогда как прочие, нормальные, люди пользуются розовыми очками, или, другими словами, не меланхолия Шопенгауэра лжет, а воля к жизни держит здоровых людей в плену иллюзий относительно абсолютной ценности жизни.] В действительности истина существует несмотря на болезнь, как невротическую, так и психическую.  $2 \times 2 = 4$ , даже если это утверждает параноик. При этом проблемы и конфликты сами по себе не являются заболеваниями. Даже неразрешимые конфликты остаются всего лишь неразрешимыми конфликтами и не являются болезнетворными. Мы не придерживаемся мнения, что здоровый человек не знает неразрешимых конфликтов. Как истина существует, несмотря на болезнь, так и страдание существует, несмотря на здоровье. Психологизм забывает о первом, патологизм не обращает внимания на второе.

Патологизм не делает различия между просто человеческим и действительно

болезненным. А отчаяние не являет собою нечто болезненное. Один из моих пациентов, институтский профессор, страдал периодическими приступами эндогенной депрессии и был крайне озабочен смыслом своего бытия. Он испытывал тоску по этому поводу не только в депрессивную фазу, но и в светлые промежутки.

Таково, например, отчаяние человека перед лицом видимой бессмысленности своего существования, сомнения в смысле которого, лежащие, в конце концов, в основании любого отчаяния, сами по себе не имеют ничего патологического. Такое отчаяние является нормальным человеческим чувством, и его никак нельзя считать болезненным. Утверждать, что человек, сомневающийся в смысле своего существования, болен, было бы данью патологизму. Поэтому мы требуем чёткого различия между *humanem* [*Humanem (лат.)* - человеческим.] и *morbidem* [*Morbidem (лат.)* - болезненным.].

И даже не каждое самоубийство является патологическим. никоим образом не следует считать, что самоубийство есть результат болезненного психического развития. Мы вовсе не хотим сказать, что самоубийство может разрешить какую-либо проблему или какой-либо конфликт. Можно показать, что одному самоубийце не хватает мужества, а другому - смирения, но если один не становится героем, а второй - святым, то ни одного из них нельзя считать ни дураком, ни паяцем. Они страдают не от психического заболевания, а от духовных тягот - от конфликта со своей совестью. Совесть самоубийцы тоже может заблуждаться, и эти заблуждения глубоко человечески.

Наиболее опасен патологизм там, где путают не человеческое с болезненным, а наиболее общечеловеческое, где заботу о наибольшей осмысленности человеческого бытия выдают за излишки человеческого, считают слабостью или комплексом. Поиски человеком смысла своего бытия, стремление к смыслу - столь мало являются признаками болезни, что мы даже мобилизуем их (когда требуется психотерапия из духовного) как целительное средство.

Мы не имеем права забывать, что не только стремление к смыслу представляет собой самый человеческий феномен, какой только может быть, но и его фрустрация не несёт в себе ничего болезненного. Не обязательно болен тот, кому собственное существование кажется бессмысленным, и, скорее, на основании этого он никогда не заболеет. Экзистенциальная фрустрация не является ни нездоровой, ни болезнетворной. Другими словами, она сама по себе не является чем-то патологическим или чем-то безусловно патогенным, ибо даже если она патогенна, то патогенна только факультативно. Если же эта фрустрация фактически становится патогенной (патогенный = приводящий к заболеванию), то есть приводит на самом деле к невротическому заболеванию, мы называем такие невроты ноогенными (ноогенный = возникающий из духовного) невротами.

Спросим себя: «Когда экзистенциальная фрустрация становится патогенной?» Здесь требуется заранее сказать о соматопсихическом аффекте: он может присоединиться к экзистенциальной фрустрации. И тогда при возникновении ноогенного невроза соматопсихический аффект может оказаться запертым в экзистенциальной фрустрации. Собственно говоря, ничто другое, с точки зрения логотерапии, и невозможно; ибо именно с этой точки зрения болезнь с самого начала отражается на психофизиологическом организме, а не на духовной личности, так как духовная личность не может заболеть. Хотя вполне может заболеть человек. Если же подобное случается, то психофизиологический организм обязательно оказывается вовлечённым в болезнь: психофизиологический аффект обязательно присутствует, если речь, вообще, идёт о неврозе. В этом смысле мы осознанно говорим только о ноогенных неврозах, но не о ноэтических: ноогенные невроты представляют собой заболевания, проистекающие «из духа» и ни в коей мере не являются болезнью «внутри духа». «Ноозов» не существует. Что-либо ноэтическое может существовать само по себе и как таковое не быть чем-то патологическим или невротическим. Невроз - это не ноэтическое, не духовное заболевание и это не заболевание человека в плане только его духовности, скорее, это всегда заболевание человека в его единстве и целостности. Из всего сказанного следует, что термин «ноогенные невроты» приходится предпочесть термину «экзистенциальные невроты»: экзистенциальной может быть фрустрация, но она не является невротом и не бывает патологичной.

Добравшись до этой точки своих размышлений, мы видим, наряду с уже обсуждавшейся

опасностью патологизма, ещё одну опасность - опасность неологизма. Впасть в заблуждения, связанные с ноологизмом, значит утверждать, что любой невроз является ноогенным. И наоборот, в случае заблуждений, обусловленных патологизмом, утверждать, что любая экзистенциальная фрустрация является патогенной. Однако, как далеко не всякая экзистенциальная фрустрация представляет собой нечто невротическое, так далеко не всякий невроз обусловлен экзистенциальной фрустрацией. Приль (H. Prill) из Университетской гинекологической клиники в Вюрцбурге сообщает, что он смог установить экзистенциальный патогенез в 21 проценте случаев органоневроза. А моя сотрудница Ева Нибауер (Niebauer), руководитель психотерапевтического отделения в неврологической поликлинике в Вене, смогла квалифицировать в качестве ноогенных только 14 процентов от всех диагностированных неврозов. Аналогичный процент получили Вольхард (R. Volhard) и Ланген (D. Langen) - 12 процентов, не более и не менее. Это значит, что не каждый невроз является ноогенным, не каждый невроз возникает вследствие ценностных проблем или конфликта с совестью.

Если психологизм ошибочно диагностирует любой, в том числе и ноогенный, невроз, как психогенный, то ноологизм считает любой, в том числе и психогенный, невроз (а также и соматогенный псевдоневроз) ноогенным. Для явного ноологизма характерны утверждения, подобные тому, что невроз - это всегда преувеличение относительной ценности, или что проблема Бога - это центральная проблема конфликта в любом анализе. Если один автор утверждает, что невроз «всегда» (!) представляет собой преувеличение относительной ценности, то он возводит в абсолют не только себя самого и нечто, по его мнению, относительное, но и прежде всего проявляет свой явный ноологизм, ибо и невроз можно далеко не всегда свести к абсолютизации относительной ценности, и абсолютизация какой бы то ни было ценности далеко не всегда приводит к неврозу. Давайте не будем стараться быть святее самого Папы. Даже францисканский патер Вандервельдт (J. Vander Veldt) из Американского католического университета в Вашингтоне подтверждает нашу точку зрения, чётко поясняя, что в основании далеко не каждого невроза лежит конфликт, не говоря уже о нравственном или религиозном конфликте. И если другой автор, вопреки предостережению Вандервельдта, не нравственный, а религиозный конфликт считает не просто одним из оснований невроза, но единственным основанием, и тем самым, «идолизирует» (если использовать его любимое выражение) этот конфликт, утверждая, что проблема Бога в «любом» (!) анализе является центральной конфликтной проблемой, то он оставляет без внимания напоминание Вайтбрехта: *«Не наше дело в позе пастора судить о долге и вине, не говоря уже о том, что нам не пристало рассматривать болезнь как форму сопротивления Божественному порядку. Желание видеть насквозь должно отвергаться как недостойное врача».*

Наряду со Сциллой психологизма нас подстерегает Харибда ноологизма. Если психологист проецирует духовное из пространства человеческого, которое только благодаря духовному измерению, и может конституироваться, в плоскость психического, то ноологист интерпретирует телесное односторонне и исключительно в смысле проявлений духовного. Фактически телесное заболевание не занимает столь значимого места в биографии и не является столь полным выражением сути духа, как это широкомасштабно утверждает психосоматическая медицина. Психосоматическая медицина учит: человек становится больным только тогда, когда он сам позволяет себе заболеть, однако можно показать, что при определённых обстоятельствах человек заболевает и тогда, когда радуется. И если слова Ювенала *mens sana in corpore sano* понимать столь превратно, как будто здоровье духа обязательно обусловлено здоровьем тела, то я, как психиатр, могу засвидетельствовать, что бывает и *mens insana in corpore sano*, настаивая как невропатолог на том, что встречается и *mens sana in corpore insano*, скажем, в парализованном теле. Конечно, в каждой болезни есть свой «смысл», но действительный смысл болезни заключается не в том, чем именно болеть, а в том - как болеть. И этот смысл каждый раз должен быть придан болезни, что происходит только тогда, когда страдающий человек, *homo patientis*, в настоящей, непосредственной роковой болезни осуществляет возможный смысл фатально неизбежного страдания. Высветить возможность такого смысла, возможность обретения этого смысла и есть задача врача в плане врачевания души.

Заболевания, пусковой механизм которых находится в психическом, но не обусловленные психическим и не являющиеся психогенными, мы называем психосоматическими. В отличие от психосоматической медицины мы не считаем, что речь идёт обязательно о специфическом комплексе, конфликте, проблеме или травме, которые являются патогенными. Скорее, нетрудно доказать, что комплексы, конфликты, проблемы и травмы, которым без особых на то оснований приписывается столь специфичная патогенность, на практике можно найти повсеместно. И поскольку они всегда выявляются в анамнезе, вовсе не они обуславливают заболевание. Они всплывают в анамнезах так часто и многогранно, потому что в соответствующих случаях речь идёт о людях, которыми всегда владеют страх и беспокойство, чья тревожность уже представляет собой действие невротического заболевания.

Сказанное справедливо и в области (не патогенеза в общем, но) ноогенеза (в частности). В отношении ноогенных неврозов верно то же самое: экзистенциальная фрустрация, которая, как правило, лежит в их основе, настолько распространена, что сама по себе и как таковая не может быть патогенной - при неврозах должен быть зафиксирован соматопсихический аффект и вовлечён психофизиологический организм.

Теперь этиология невротических заболеваний выглядит следующим образом:

#### I. Личностная реакция

1. «вредная» пассивность: бегство от страха - реакция по типу невроза страха;

2. «вредная» активность:

а) борьба против навязчивости - реакция по типу невроза навязчивых состояний;

б) борьба за удовольствие - реакция по типу сексуального невроза.

Соответственно этому терапевтическая коррекция сводится:

1. к правильной пассивности: игнорирование невроза;

2. к правильной активности.

II. Организменный резонанс, при котором, собственно, *sit venia verbo* [*Sit venia verbo* (лат.) - с позволения сказать.], речь идёт о реакции психофизиологического организма на реакцию духовной личности.

Организменные резонаторы определяются:

1. соответствующей диспозицией,

2. соответствующей конституцией.

В том, что касается диспозиции, то мы уже знаем о роли, которую играют не только чрезмерные нагрузки, но и слишком быстрое избавление от нагрузок. Человек, в том числе и с точки зрения обычной медицины, заболевает тогда и только тогда, когда он перегружен или недогружен; одним словом, если у него нет дела, адекватного его силам. Если же у него есть такое дело, то оно оказывает «антипатогенное» действие, способствуя поддержанию здоровья. На это и направлена терапевтическая коррекция соответствующего запроса, запроса со стороны «чего-то», ради которого стоит действовать (см. выше).

В отношении конституции мы уже видели, какую роль играют следующие моменты:

а) психопатия (в особенности её ананкастическая форма),

б) невропатия, при этом мы останавливались в основном на клинической картине симпатикотонии или ваготонии,

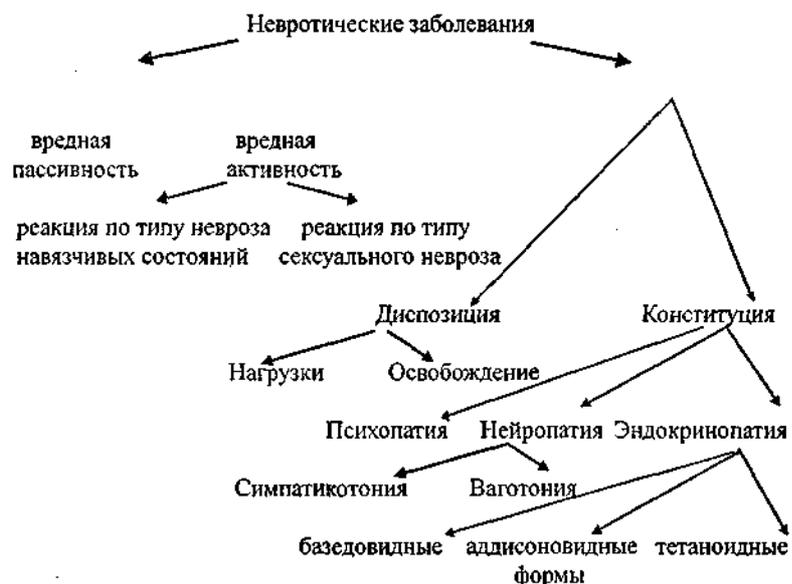
в) эндокринопатия, в рамках которой мы говорили о

— базедовидных (гипертиреоидных),

— аддисоновидных (гипокортикоидных) и

— тетаноидных формах.

Нельзя упускать из виду ни один из факторов, вносящих свой вклад в этиологию невротических заболеваний, и ни один из них не следует переоценивать: мы не должны впадать ни в соматологизм, ни в психологизм, ни в ноологизм (рис. 12).



(невротические заболевания, вредная пассивность, вредная активность, реакция по типу невроза навязчивых состояний, реакция по типу сексуального невроза, диспозиция, конституция, нагрузки, освобождение, психопатия, нейропатия, эндокринопатия, симпатикотония, ваготония, базедовидные, аддисоновидные, тетаноидные, формы)

Рис. 12

### **б) Логотерапия как неспецифическая терапия**

Из сказанного выше следует, что при ноогенных неврозах логотерапия представляет собой специфический вид терапии: ноогенные неврозы как неврозы, проистекающие из духовного, требуют логотерапии как терапии, ориентированной на духовное. При ноогенных неврозах логотерапия показана, поскольку эти неврозы являются узкой областью показаний именно для логотерапии. В рамках этой области логотерапия, действительно, заменяет собой психотерапию. Но есть и более широкая область показаний для логотерапии, которую представляют неврозы в узком смысле слова, то есть не ноогенные, а психогенные неврозы. И в этой области логотерапии является не заменой психотерапии, а лишь её дополнением.

Правда, логотерапия может дополнять собой не только психотерапию: она служит хорошим дополнением и к соматотерапии, или, лучше сказать, симультанной соматопсихической терапии, в процессе которой усилия направлены не только на соматическое, но и на психическое, чтобы «снять невроз с этих двух петель». Однако нам всё чаще приходится видеть, как между вегетативными и эндокринными функциональными нарушениями, с одной стороны, и патогенными типами реакций на эти функциональные нарушения, с другой, образуется *circulus vitiosus*, когда на вегетативную готовность к страху замыкается реактивный страх ожидания, из-за которого пациент ещё сильнее погружается в невроз страха. Для замкнувшегося таким образом невротического круга нужны соответствующие терапевтические ножницы, бранши которых будут приложены и к соматическому, и к психическому. Например, в случаях, в основе которых лежит гипотиреоз, наряду с психотерапией реактивного страха ожидания проводится целенаправленная терапия готовности к страху, осуществляемая при помощи инъекций дигидроэрготамина. Оказывается, что именно в таких случаях подобным образом ориентированная терапия только тогда полностью осуществима, другими словами невроз только тогда полностью преодолим, когда удаётся настроить и направить пациента на конкретный смысл его личного бытия, который можно выявить при помощи экзистенциального анализа.

*Невротический круг имеет свойство превращаться в экзистенциальный вакуум, и только в том случае можно провести эффективную терапию, если позаботиться о заполнении экзистенциального вакуума логотерапевтическими средствами. Логотерапия представляет собой ноэтическое дополнение соматопсихической терапии.*

Никоим образом не следует думать, будто бы логотерапия игнорирует биологическое, физиологическое; она хотела бы лишь одного - чтобы за физиологическим и психологическим

не забывали и о ноологическом. Если строится дом, и в завершение строительства к работе приступает кровельщик, никто ведь не упрекнёт его в том, что не он занимался строительством подвала.

В случаях, о которых шла речь выше, едва ли можно сказать, что экзистенциальный вакуум, в который может разрастись невротический круг, является патогенным. Однако заполнение этого вакуума оказывает антипатогенное действие. Так обстоит дело в собственно сомато-психогенных случаях, которые никоим образом не проистекают из духовного, но поддаются терапии, направленной на духовное, как себя понимает логотерапия. Именно в отношении этих случаев справедливы слова Парацельса о том, что своим происхождением болезнь обязана природе, а исцелением - духу. Невроз может не быть ноогенным, но, несмотря на это, полезным будет применение логотерапии в сочетании с симультанной соматопсихической терапией. В таких случаях логотерапия выступает в роли неспецифической терапии.

Необычайно точным мне представляется высказывание Эдит Вайскопф-Джельсон из университета штата Джорджия: «Хотя традиционная психотерапия настаивает на том, что терапевтическая практика должна базироваться на сведениях об этиологии, вполне может быть, что одни факторы вызывают невроты в раннем детстве и что совершенно другие факторы бывают причиной невротозов в зрелом возрасте... Помогать пациентам, разрабатывая эффективные и социально приемлемые меры защиты от тревоги, например, суппортивную систему этических ценностей, кажется более реалистичной, хотя, возможно, и менее амбициозной задачей терапии, чем "докапываться до корней" какого-либо расстройства».

*Проиллюстрируем сказанное следующим примером из практики. Элеонора В., 30 лет. Она пришла с тяжелой психото- и криминофобией, гомицидо- и суицидофобией. Психотофобия основывалась на гипнагогических галлюцинациях: по-видимому, пациентка оказалась эйдестиком. На основании этого можно предположить, что она - тяжёлый ананкастик, и её ананказм представляет собой психопатическую сторону конституциональной основы невроза, тогда как невротическая сторона проявляется в форме симпатикотонии (в законности которой мы не сомневаемся) или проявляется в форме гипертиреоза, сочетающегося с симпатикотонией: щитовидная железа увеличена, экзофтальм, тремор, тахикардия (частота пульса 140 ударов в минуту), потеря веса (5 кг), основной обмен +72 %. К этим конституциональным особенностям добавляется диспозиционный момент: вегетативные расстройства вследствие проведённой два года назад струмэктомии и, наконец, кондициональный фактор — вегетативная неуравновешенность. Однажды пациентка против своего обыкновения выпила крепкий кофе, после чего у неё был вегетативный приступ страха, в ответ на который у неё сформировался реактивный страх ожидания («после первого приступа страха у меня была только одна мысль — о том, что этот страх может возникнуть снова»). Впоследствии страх ожидания сконденсировался, как мы уже говорили, вокруг ананкастических навязчивых мыслей. Налицо соответствующая конституция, диспозиция и условия жизни, то есть сомато- и психогенез. Кроме того, однако, речь идёт и о ноогенезе, ибо пациентка живёт в экзистенциальном вакууме: «Кругом духовная пустота: я подвешена в воздухе; всё кажется мне бессмысленным; лучше всего мне бывало тогда, когда приходилось о ком-нибудь заботиться; но теперь я одна. Мне хотелось бы снова обрести смысл жизни!» Повод, по которому пациентка обратилась к нам, не был связан с её экзистенциальной фрустрацией, но эффект терапии появился лишь тогда, когда нашёлся способ заполнить её экзистенциальный вакуум и устранить все невротические наслоения.*

При наличии столь широкого спектра возможных показаний для экзистенциально-аналитической логотерапии и сочетания её с другими методами становится понятной решительность, с которой Арнольд (M. Arnold) заявляет: «Любая терапия, какой бы ограниченной она ни была, должна быть в некотором роде логотерапией».

## **в) Парадоксальная интенция и дерефлексия**

### **I. Парадоксальная интенция**

## 1. Терапевтический метод

В своём предисловии к одной из книг по логотерапии Оллпорт (Allport) называет логотерапию направлением, сложившимся в Соединенных Штатах под названием «экзистенциальной психиатрии». Роберт Лесли (R. Leslie), однако, утверждает, что логотерапия занимает «исключительно привилегированное положение», поскольку она в противоположность другим экзистенциальным направлениям психиатрии оказалась в состоянии произвести в своих недрах настоящий и действенный метод. Речь идёт о парадоксальной интенции, как она описана в моей работе «О медикаментозной поддержке психотерапии при неврозах», опубликованной в 1939 году. В дальнейшем мы хотели бы изложить парадоксальную интенцию, пользуясь не методом индукции, то есть идя от терапии неврозов, а методом дедукции, то есть исходя из теории неврозов.

С этой целью мы снова вернёмся к неврозу страха. Постоянно приходится наблюдать, как страх у пациентов, страдающих неврозом страха, способствует формированию страха перед страхом. Именно страх перед страхом мотивируется коллапсофобией (инфарктофобией) или инсультофобией, в зависимости от того, чего пациент боится - того, что с ним на улице произойдёт сердечный приступ или что его хватит удар. И вот вследствие страха перед страхом, пациент начинает бегство от страха. Он в страхе бежит от того, рядом с чем, парадоксальным образом, и остаётся; при этом мы имеем дело с первым из описанных типов реакций - с реакцией агарофобии. Иначе обстоит дело при неврозе навязчивых состояний: пациент боится навязчивой идеи. И этот страх усиливается ввиду тех опасений, от которых он и страдает, - от опасений, что он может потерять контроль над собой, что это предвестники или даже признаки психического заболевания (психотофобия), что он сам может что-то натворить (криминофобия), сделать что-то с собой (суицидофобия) или с другими (гомицидофобия). Если страдающий неврозом страха пускается в бегство от страха, то страдающий неврозом навязчивых состояний вступает в борьбу со своими навязчивыми идеями. Реакция пациента в данном случае заключается в том, что он борется против навязчивых идей, бросается на них в атаку, идёт на приступ, - в отличие от страдающего неврозом страха, старающегося избегать приступов страха. Речь идёт об особом типе невротических реакций на психопатический ананказм, причём такая реакция способствует превращению ананкастической психопатии в реактивный невроз навязчивых состояний.

И совсем по-другому обстоит дело при сексуальном неврозе, где борьба за удовольствие - характерный признак сексуально невротической реакции. Страдающий сексуальным неврозом стремится к удовольствию и именно поэтому терпит фиаско. Он ведёт охоту за наслаждением, но наслаждение - побочный эффект, за которым нельзя «гоняться», ибо оно всегда должно быть следствием и не может быть объектом намерений. Охотясь за счастьем, можно только спугнуть его, борясь за наслаждение, можно его просто не заметить. К форсированной интенции добиться сексуального наслаждения присоединяется форсированная рефлексия в процессе сексуального акта. Однако излишек внимания оказывает не менее патогенное действие, чем излишек целеустремлённости.

Из примера со страхом ожидания становится ясно, что страх воплощает в реальность то, чего он боится. И точно так же, как страх делает реальностью то, чего он боится, усиленное желание делает невозможным то, на что оно направлено. Этим и пользуется логотерапия, пытаясь подвести пациента к парадоксальному желанию или осуществлению именно того, чего он так боится.

При невротическом страхе перед страхом, свойственном неврозу страха, и при невротическом страхе перед навязчивостью, свойственном неврозу навязчивых состояний, мы имеем дело со страхом перед чем-то ненормальным, тогда как форсированное стремление к мужской потенции или женскому оргазму, с которыми мы встречаемся в случаях сексуального невроза, представляет собой не страх перед чем-то ненормальным, а преувеличенное желание чего-то нормального. Но что было бы, если бы мы связали желание с чем-то ненормальным и, таким образом, «расстроили бы планы невроза»? Что было бы, если бы мы побудили и подвели пациента с фобией к попытке пожелать того, чего он боится (и это хотя бы на мгновение удалось)? Если я, как человек с нарушенной потенцией, подчёркнуто «хочу» совершить коитус, то есть усиленно на него нацелен, и, тем самым, делаю этот коитус

невозможным, что будет, если я, как страдающий агарофобией, также «подчёркнуто» захочу потерять сознание? Если нашим пациентам удаётся сформировать у себя парадоксальное намерение в отношении того, чего они боятся, то подобное психотерапевтическое мероприятие оказывает на пациентов с фобиями удивительно благотворное влияние. В тот самый момент, как пациент научается «заменять» страх парадоксальным намерением, он лишает свой страх движущей силы.



Рис. 13

Сказанное станет яснее на конкретном примере. Для этого мы ещё раз рассмотрим случай одного молодого коллеги, страдавшего сильной гидрофобией. Изначально у него наблюдалась значительная вегетативная лабильность. Однажды он протянул руку своему начальнику и заметил, что стал сильно потеть. На следующий раз в аналогичной ситуации он уже ожидал усиленного потоотделения, и страх ожидания значительно усилил выделение пота страха через поры. Мы порекомендовали своему «гидрофобному» коллеге при соответствующих обстоятельствах, когда его охватит ужас в ожидании усиленного потоотделения, предпринять именно то, с чем он когда-то столкнулся — начать «усиленно потеть». «До сих пор из меня выделялся всего лишь литр пота, - сказал он себе (как впоследствии потом рассказывал нам), — теперь же из меня должно выделиться десять литров!» И каков результат? После четырех лет страдания фобией он смог совершенно избавиться от неё в течение одной недели при помощи рекомендованного нами способа, и для этого оказалось достаточно всего лишь одного сеанса!

Такие результаты терапевтического воздействия свидетельствуют не в последнюю очередь о том, что так называемая краткосрочная терапия бывает не только быстрой, но и успешной, причём хотя она не претендует на то, чтобы быть глубинной психологией подсознательного, но её нельзя и считать поверхностной психологией. Впрочем, противоположностью глубинной психологии является не поверхностная психология, в, скорее, вершинная [См.: В. Франкл Zentralblatt fur Psychotherapie 10, 33, 1938: «Где та терапевтически ориентированная психология, которая включала бы в себя рассмотрение этих "более высоких" слоев человеческого существования и в этом смысле, в противоположность термину "глубинная психология" (или психология бессознательного), заслуживала бы названия вершинная психология (или психология надсознательного)?»]. Что касается данного утверждения, то речь идёт о симптоматической терапии, и мы сошлёмся здесь на Шульцга: «Много раз высказывалась мысль, что устранение симптома в подобных случаях обязательно будет иметь своим следствием формирование замещающего симптома или другие внутренние нарушения, но сие обобщающее утверждение является абсолютно необоснованным».

Пациент должен объективировать невроз и себя от него дистанцировать. Пациент должен научиться смотреть страху в лицо и даже смеяться в это лицо. Для подобной иронии необходимо определённое мужество. Врач не имеет права стесняться подсказать пациенту, даже проиграть перед ним то, что пациент должен сказать самому себе. Ничто не позволяет пациенту так успешно дистанцироваться от себя самого, как юмор. Юмор заслуживает того, чтобы его назвали экзистенциальной, как заботу (М. Хайдеггер) и любовь (Л. Бинсвангер).

## 2. Примеры из клинической практики

Как же выглядит применение парадоксальной интенции на практике?

Однажды к нам обратился молодой хирург. Каждый раз, когда заведующий входил в операционную, молодой человек боялся, что начнёт дрожать во время операции. Впоследствии этого опасения оказалось достаточно, чтобы, действительно, заставить молодого врача дрожать. В конце концов, хирург мог подавить свою треморофобию и

спровоцированный ею тремор только тем, что перед каждой операцией напивался. Этот случай послужил началом терапевтической цепной реакции. Спустя несколько недель после того, как я рассказал об истории данного больного и использованном мною методе лечения на одной из своих клинических лекций, мне пришло письмо от одной слушательницы, студентки медицинского факультета, сообщавшей о следующем факте. Она страдала треморофобией, дававшей о себе знать всякий раз, когда профессор по анатомии входил в секционную - и тогда, действительно, эта юная коллега начинала дрожать. Услышав в моей лекции о случае с хирургом, она попыталась самостоятельно провести с самой собой точно такую же терапию. И вот теперь каждый раз, когда профессор приходил в секционную, чтобы поприсутствовать на занятиях, девушка говорила себе: «Да-да, теперь, наконец-то, мне есть, перед кем дрожать, и он должен увидеть, как хорошо я умею это делать!» Благодаря этому, как она мне написала, ей удалось избавиться и от треморофобии, и от самого тремора.

Ещё один случай. Мария Б. страдала от приступов сердцебиения; их сопровождал страх и «ощущение потери сознания». После первых приступов сердцебиения и страха появлялся страх, что они могут повториться в любой обстановке, от чего у пациентки тоже начиналось сердцебиение. Особенно боялась она того, что упадёт на улице или что с нею «случится удар». Доктор посоветовал пациентке, чтобы она говорила себе: «Сердце должно биться ещё сильнее. Я обязательно постараюсь свалиться на улице». Причём, согласно рекомендации, она должна была с целью тренировки намеренно искать неприятные для себя ситуации и ни в коем случае не избегать их. Спустя две недели после приёма пациентка сообщила: «Я чувствую себя совсем хорошо, и у меня почти нет сердцебиений. Состояние страха совершенно исчезло». Через 17 дней после выписки, она сказала врачу, что если у неё вдруг начинает сильно стучать сердце, она говорит себе: "Сердце должно биться ещё сильнее", — и сердцебиение прекращается».

Ниже описывается применение парадоксальной интенции в случае невроза навязчивых состояний.

Геда Р., 52 года; ещё её мать страдала тяжёлым неврозом навязчивых состояний. 14 лет назад первые симптомы навязчивостей стали заметны и у самой пациентки: до этого она просто была очень педантична. Теперь при чтении она по десять раз начинала фразу сначала или застревала на каком-нибудь слове. Она чувствовала настоящую потребность содержать все шкафы и ящики в абсолютном порядке и контролировать всё в своём окружении, при этом она очень боялась, что у неё может развиться душевное расстройство. Пациентка была вынуждена, чтобы быть уверенной в том, что все ящики закрыты, захлопывать их в определённом ритме. Многократно она ранила пальцы, ломала ключи и портила дверные замки, постоянно проверяя, заперты ли двери. Она никогда не позволяла супругу заглядывать в её ящики. Пациентку поместили в стационар и лечащий врач решил проиграть с ней метод парадоксальной интенции. Однажды после обеда пациентка привела два своих ящика в полный беспорядок и страшно этим гордилась. Нужно заметить, что только после этого терапевтического эффекта в разговоре с доктором выяснилось, что брат пациентки, когда той было 5 лет, сломал её любимую куклу, после чего пациентка стала старательно прятать все свои игрушки. Когда пациентке было 16 лет, сестра втайне от неё надевала её платья, вследствие чего пациентка их тоже стала запирает в шкафу. Пациентку обучали методу парадоксальной интенции и соответствующим образом тренировали её: главной целью было несовершенство — всё должно быть в максимально возможном беспорядке. Пациентка должна открывать ящики с желанием всё перепутать. Через два дня после начала лечения пациентка уже не испытывала потребности считать и ничего не старалась контролировать. На четвёртый день лечения она забыла запереть ящики. На шестой день лечения она перестала что-либо повторять. Спустя две недели после начала лечения пациентка смогла, как она возбужденно сообщила, нормально пользоваться своей авторучкой, чего была не в состоянии делать несколько лет, так как это должно было осуществляться по особой «системе». «Я горжусь собой», -заявила она. Через день пациентку выписали, при этом она сказала руководству отделения буквально следующее: «У меня больше нет страха. Всё идёт совершенно нормально. Я еду домой, как и другие

люди» В течение 14 лет пациентка страдала неврозом навязчивостей, а улучшение наступило за 16 дней. И это улучшение оказалось стойким.

Ещё один пример. Карл П., музыкант 44-х лет. С самого детства пациент был очень педантичен. В возрасте 16 лет он болел скарлатиной и лежал в инфекционной больнице; другие пациенты, лежавшие вместе с юношей в одной палате, тайком покупали себе еду и прятали в палате деньги. С тех пор пациент страдает от навязчивой идеи, что каждая банкнота может быть источником инфекции. Он боится бактерий и инфекционных заболеваний, кожных и венерических болезней. У него есть своя собственная церемония: придя с работы домой он n-ное количество раз протирает ручку и замок двери и моет руки. Друзья, которые приходят его навестить, уже знают это и делают то же самое, поскольку иначе хозяин дома теряет покой. Он не заходит в магазины, где ему могут сдать сдачу. Свою зарплату пациент всегда получает только новенькими банкнотами, причём исключительно 10-шиллинговыми - тогда при оплате ему не нужно брать сдачу банкнотами. Монеты, которые ему дают, пациент складывает в отдельный кошелек и дома многократно моет или кипятит. Он постоянно носит с собой флакон с водой и мыло. После ухода гостей обязательно тщательно моет всю квартиру. Когда сын приходит из школы, пациент тщательно чистит щёткой его одежду, моет портфель и обложки тетрадей. Не менее тщательно моет он и свою машину. Только когда всё вымыто, пациент чувствует себя спокойно. У него много специальной одежды для защиты от бактерий. Надев одну из этих одежек, пациент чувствует себя хорошо защищенным и может даже брать грязные банкноты. На работе он всегда ходит в таком белом защитном халате. Однако во время концертов ему положено быть в чёрном костюме. Тогда он чувствует себя очень тревожно и неуверенно. Каждый день он ложится спать в 2-3.30 ночи, потому что должен по плану много сделать, всё рассчитав заранее, и успокаивается, только засыпая прямо за работой. Когда он был ребёнком, матери постоянно казалось, что он недостаточно чист и она всё время заставляла его мыться. В подростковом возрасте пациент услышал об одной гостинице, где якобы кто-то заразился лепрой через бананы. С тех пор он никогда не ест бананов, ибо убеждён, что их всегда собирают прокажённые, и потому бананы являются особо опасным источником инфекции. В 1953 году пациент обратился в поликлинику и лечился там, поместный психотерапевт после пятого сеанса потерял терпение и сказал, что ничем больше помочь не может. В плане терапии методом парадоксальной интенции ему порекомендовали захотеть того, чего он боится, и сказать себе: «Сейчас я иду только за тем, чтобы подхватить как можно больше инфекционных болезней». Таким образом, он должен был повсюду брать банкноты, раскладывать их дома где попало, многократно хвататься за ручку двери и «копаться в куче бактерий». Уже на третьем сеансе пациент рассказал лечащему врачу: «Это похоже на чудо. С 28 лет я страдал страхом перед бактериями, а теперь я совсем изменился. Когда я в субботу ушёл от Вас, то начал прямо с того, как вы сказали. Я просто сел в свою машину и ничего в ней больше не мыл. Два кошелька, которые всегда держал в машине для ключей и запасных денег, я выбросил, а бумажник просто сунул в карман. Гараж я убирать не стал и дверную ручку не протёр, как делал обычно. Дома я не стал мыть руки, костюм сына я больше не чищу и не мою его портфель, при этом позволяю ему делать всё, что он хочет. Кроме того, я принёс жене и сыну бананов и даже сам съел один, при том что раньше я даже не заходил в магазины, где продаются бананы». На четвертом сеансе пациент сообщил, что всё, чего он добился, сохраняется и к тому же несколько дней назад он решил, что лучше внезапно умереть, чем снова быть вынужденным выполнять известные навязчивые действия. Шестой сеанс: «Я хожу повсюду в одном и том же костюме, у меня теперь больше нет разных халатов, потому что я ими не пользуюсь. Вы даже не представляете, как много я уже могу делать. И самое удивительное, что моя семья больше ничего не должна делать. Если я могу войти в квартиру, не почистив свой костюм, то это же, естественно, могут сделать и жена и сын». В ходе беседы на седьмом сеансе выясняется, что уже в раннем детстве у пациента временами возникал страх перед возможностью заболеть. Соседка, которая присматривала за ним, когда он болел, имела привычку рассказывать ему сотни страшных историй про больницы. Восьмой сеанс: дальнейшее существенное улучшение. Пациент

даже решился посадить к себе в машину знакомого, больше не моет машину и даже помогает при выдаче зарплаты. Иногда, правда, совершает навязчивые действия чисто механически, не осознавая их. Если жена обращает его внимание на те или иные действия, ему легко удаётся их прекратить. Десятый сеанс (спустя три месяца после начала лечения): улучшение стойко держится. Пациент ведёт «вполне нормальную жизнь». Одиннадцатый сеанс (еще через три недели): Как и прежде навязчивые идеи приходят ему в голову, но он без труда их останавливает. Спустя восемь месяцев: «Я ещё не на 100 процентов доволен: то там, то здесь ловлю себя на старом, но по сравнению с прежним, я чувствую себя очень хорошо - 80 процентов уже ушло!»

Анна Х., педантична с юности. С пяти лет настаивала на том, чтобы у неё всегда был свой собственный носовой платок. Всё казалось ей недостаточно чистым. Она занималась до пяти часов утра, чтобы аккуратно сделать все школьные задания. *Delire de toucher* [*Delire de toucher* (фр.) - мания прикосновения.] высшей степени. Болезнь становилась всё серьёзнее. Дважды пациентка лежала в клинике неврозов. Когда врач поликлиники направили её к нам, она вынуждена была встать в четыре часа утра, чтобы иметь возможность к 12 часам дня добраться — это обусловлено навязчивой идеей повторения и контроля. В нашем отделении доктора ежедневно проводят с пациентами беседы, и в ходе такой беседы пациентке было рекомендовано захотеть, чтобы всё вокруг стало возможно более грязным. Ей посоветовали «с головой нырнуть в грязь», и она, которая в течение 60 лет страдала тяжелейшим неврозом навязчивых состояний, уже на восьмой день лечения мылась не более получаса *pro die*. На десятый день она мылась над общей раковиной в самой большой палате, причём времени для этого ей потребовалось не больше, чем другим пациентам. На пятнадцатый день пациентка отправилась на два часа домой и дома помылась всего лишь один-единственный раз. Через три недели от начала лечения состоялась её второй «выход» из больницы, за время которого пациентка тоже помылась всего лишь один раз. На тридцатый день пациентка была выписана практически здоровой, перед этим она добровольно навела порядок в больничной палате. Спустя полгода её пригласили для беседы, и она сообщила, что целыми днями работает, а на умывание и переодевание тратит не более одного часа в день.

Ещё один пример навязчивого мытья. Фрау Х. страдала тяжёлым неврозом навязчивости на основе ананкастической психопатии. Первые симптомы навязчивости появились ещё в раннем детстве. Она давно страдала от чувства загрязнённости и прикасалась только к самому необходимому. Она всё время боялась запачкаться, испытывая постоянную потребность в мытье, и мылась почти непрерывно. Всё должно было находиться в абсолютном порядке. Она всё время проводила дома, поэтому её мать и сестра, собственно, страдали от болезни пациентки не меньше, чем она сама. «Меня ничто не радует», — говорила пациентка. Её жизнь стала бессмысленной и бессодержательной. Лечащий врач посоветовал ей игнорировать ощущение нечистоты и даже более того: иронизировать над ним, стараясь стать как можно грязнее. Её тоже постепенно стали приучать к беспорядку. Когда пациентка поступила в отделение, для того чтобы умыться и одеться ей требовалось шесть часов, тогда как уже на третий день лечения ей хватало для совершения своего туалета по десять минут утром и вечером. На пятый день лечения это время удалось сократить до пяти минут. Вскоре пациентка перестала особенно выделяться, она смогла ходить в кино, провела четыре часа дома и за это время умылась один-единственный раз. К моменту выписки женщина чувствовала себя совсем хорошо, а после выписки ей стало ещё лучше. Например, теперь она спокойно ездит в трамвае, не надевая при этом перчаток, как делала раньше.

Само собой разумеется, ананкастическая психопатия требует постоянной психотерапевтической поддержки, если не регулярного стационарного лечения. При этом даже простая перемена места вырывает пациента из привычной обстановки, которая препятствует извлечению пациента от ставших автоматическими ритуальными церемоний, обусловленных неврозом навязчивых состояний.

Эмилия Б., 65 лет. Пациентка страдает неврозом навязчивого мытья в тяжёлой степени, причём чуть ли не с четырехлетнего возраста. Если у неё не было возможности

вымыть руки, она их облизывала. Впоследствии она стала бояться больных людей, в особенности с кожными проявлениями. 25 лет назад она видела больного волчанкой и испугалась, что может к нему прикоснуться. Она тогда никак не могла остановиться, чистя своё платье. Зонтик и перчатки вообще выбросила. Она избегает людей и никогда нигде не садится, так как до неё там мог сидеть больной волчанкой. Она не притрагивается к дверным ручкам. Супруг тоже обязан соблюдать определённые церемонии, когда входит в комнату: сначала он должен почистить пиджак, затем пригладить мокрыми руками волосы, почистить обувь, вымыть руки, открыть и закрыть дверь, потом ещё раз вымыть руки и т. д. «Если он держит сумку для покупок, которая стоит на кухне в специальном месте, он должен, наоборот, выйти из кухни, чтобы я была уверена, что он, действительно, никуда не заходил и т. д.» Пациентка уже давно не может работать и проводит время, главным образом, в постели: «Это мой спасительный остров». Но даже там она постоянно обтирается платками, которые муж: никогда не может простирать так, чтобы её это удовлетворяло. «Она часами трёт платье и тело. До 300 раз в день и более протирает над кроватью; использованные для этого тряпки подолгу стирает. Например, муж приносит ей утром завтрак на специально вымытом подносе. До этого она должна очистить в кровати место, чтобы поставить завтрак, на это у неё уходит целый час, поскольку она бесчисленное количество раз протирает это место». На простыне не должно быть ни малейшей складочки. Пациентка испытывает полное отчаяние и говорит: «Жизнь для меня стала адом». Вспомнив аналогичный случай, когда мы прибегли к лейкоцитомии и добились исцеления, мы приняли пациентку с целью определения соответствующих показаний. Для одевания и раздевания в момент приёма ей требовалось около шести часов. После девяти дней стационарного лечения она могла даже штопать носки других пациентов. После одиннадцати дней она мыла инструментальный стол, выносила ночные горшки, промывала шприцы, выносила корзины с окровавленными и гнойными повязками. Спустя тринадцать дней она получила первый отпуск и даже смогла обойтись дома без мытья. Торжествуя пациентка сообщила, что она грязными руками съела булочку. Через два месяца пациентка чувствовала себя совершенно здоровой. При этом на одевание и раздевание ей теперь требуется всего полчаса, она ходит в магазины, делает покупки, шьёт на машинке, к которой раньше не могла даже прикоснуться. Она варит кофе, вытирает пыль - делает всё, чего раньше не делала. Приходя домой, она, не снимая платья, садится в комнате, ничего не почистив и не протерев. Она подшучивает над своим неврозом». Из-за хронической экземы пациентке пришлось лечь в другую больницу, где её поместили в палату для больных с рожистыми воспалениями, что не нанесло нашей пациентке ни малейшего вреда. Однако у неё неоднократно случались рецидивы. И ей снова бывала нужна врачебная помощь и суппортивная психотерапия. Но заболевание стало более терпимым, и у нас не было необходимости прибегать к лейкоцитомии.

В случаях криминофобии парадоксальная интенция показана в неменьшей степени.

Пациентке 23 года, с 17 лет страдает навязчивой идеей, что может мимоходом, не осознавая этого, кого-нибудь убить. Она должна многократно возвращаться, чтобы убедиться в том, не лежит ли где-нибудь на дороге мёртвая женщина. Пациентке было рекомендовано сказать себе: «Вчера я убила 30 человек, сегодня - уже 20, и мне надо поспешить, чтобы успеть выполнить свою сегодняшнюю норму». Спустя шесть дней: «Я должна сказать, что благодаря парадоксальной интенции мне уже не нужно оглядываться. С навязчивой мыслью, что я кого-то убила, я совсем справилась!» Доктор: «Как Вы поступаете теперь?» Пациентка: «Совершенно просто: если эта мысль вдруг появляется, я говорю себе, что должна продолжать в том же духе, раз уж я успела столько угробить. И тогда эта мысль уходит».

Аналогичный случай. Карл Г. боится того, что с ним может случиться удар, что он заболит раком, бросится под поезд, вышвырнет в окно собственного ребёнка и т. д. и т. п. Ввиду этой криминофобной мотивации он велел поставить решётки на все окна в квартире. Этому пациента лечили методом парадоксальной интенции: «Вчера я убил одного, позавчера - двоих, значит, сегодня надо погубить троих, а этот будет первым». Спустя три месяца: «Мне это помогает очень хорошо. У меня больше нет никаких

*навязчивых мыслей. Я не могу себе даже представить, что такие мысли у меня когда-то были».*

Особо нужно сказать об одной подгруппе криминофобных опасений - о навязчивой идее богохульства. С ними мы терапевтически справляемся лучше всего, если пытаемся пациента «зацепить» его собственным неврозом, то есть обращаем внимание пациента на то, что своими непрерывными опасениями по поводу богохульства он как раз и предаётся этому богохульству, ибо считает Бога чрезвычайно плохим диагностом, неспособным отличить богохульство от навязчивой идеи, и это иначе как кощунственным не назовёшь. В действительности, мы должны убедить такого пациента в том, что Бог не соотносит богохульные навязчивые идеи с личностью пациента. Ананкастическая психопатия - субстрат невроза навязчивости - на самом деле не может быть приписана его, пациента, (духовной) личности и, скорее, соотносится с его (душевым) характером. В этом отношении пациент не является ни свободным, ни ответственным, то есть он свободен и ответствен только в той мере, в какой это касается его *установки* по отношению к самой навязчивой идее: если он постоянно борется против своих богохульных мыслей, то он, тем самым, только усиливает их «власть» и собственные мучения. *Прекратить* борьбу против симптома, исключив *мотив* этой борьбы, - вот в чём цель данного метода.

Доктор Герц (G. Gerz), главный врач Центральной больницы штата Коннектикут в США, располагает обширной казуистикой по данному вопросу. Благодаря своему многолетнему клиническому опыту доктор Герц увидел в парадоксальной интенции специфичный и действенный метод лечения фобий, страхов и навязчивостей. В случаях тяжёлого невроза навязчивых состояний при помощи этого метода удаётся добиться, по крайней мере, существенного облегчения участи пациента. В острых случаях этот метод обеспечивает исключительно быстрый эффект. Герц кратко рассказал о двух следующих случаях из своей практики.

*А., 45 лет, замужем, мать 16-летнего сына, больна уже в течение 24(!) лет. В этот период времени она страдала тяжелейшим фобическим синдромом, включавшим в себя клаустрофобию, агарофобию, страх высоты, страх перед лифтами, боязнь переходить через мосты и многое другое. По поводу всех этих проблем она целых 24 года лечилась у психиатров, неоднократно проходила классический долгосрочный анализ. Не один раз лежала в больницах, где среди прочих процедур много раз использовалась электросудорожная терапия, в конце концов ей предложили лейкотомию. Последние четыре года она была вынуждена провести в психиатрической больнице. Не только электросудорожная терапия, но и другие интенсивные методы лечения, включавшие в себя применение барбитуратов, фенотиазина, ингибиторов моноаминоксидазы и препараты амфетамина не оказали никакого действия. Она не могла нигде находиться, кроме небольшого пространства рядом со своей кроватью. Несмотря на все транквилизаторы, которые она получала, женщина постоянно находилась в состоянии крайнего возбуждения. Не принёс успеха и полугодовой курс интенсивного психоаналитического лечения, проведённый опытным аналитиком. Доктор Герц применил в лечении этой пациентки метод парадоксальной интенции. Все медикаменты были отменены и постепенно удалось устранить один симптом за другим, убрать поочерёдно все фобии, идя одним-единственным путём. Прежде всего пациентке было рекомендовано захотеть потерять сознание и стать такой тревожной, как только можно. Потребовалось всего несколько недель, чтобы пациентка смогла делать всё то, что раньше было для неё недоступным: выйти из отделения, поехать в лифте и т. п., - всё это с твёрдым намерением обессилеть и потерять сознание. Например, в лифте она сказала: «Господин доктор, посмотрите, я изо всех сил стараюсь потерять сознание и испугаться - но тщетно: я больше просто не могу этого сделать». Тогда она начала впервые за долгие годы прогуливаться вокруг больницы с намерением как следует испугаться, но оказалась не в состоянии сделать это по-настоящему. Спустя пять месяцев пациентка впервые за 24 года не испытывала никакого страха, когда на все выходные пришла домой. Однако, переход моста вызвал у неё беспокойство. Ввиду этого, когда женщина вернулась в больницу, доктор Герц в тот же самый вечер посадил её в свою машину, чтобы доехать до моста. «Попытайтесь испугаться как можно сильнее!» - сказал*

врач пациентке. «Не получится: у меня нет страха, господин доктор, ничего не получится» — такова была её реакция. Вскоре после этого больную выписали. С тех пор прошло четыре с половиной года, в течение которых она, наконец, вела нормальную и счастливую жизнь в кругу своей семьи. Несколько раз в год бывшая пациентка навещает доктора Герца, но только затем, чтобы выразить ему свою благодарность.

А вот случай с пациентом, страдавшим неврозом навязчивости.

Мистер М., 56-летний адвокат, он женат, у него есть сын 18 лет, студент колледжа. 17 лет назад им «внезапно, как гром среди ясного неба, овладела ужасная навязчивая идея», что он занизил свой подоходный налог на 300 долларов и, тем самым, обманул государство, хотя свою налоговую декларацию он заполнял в здравом уме и с чистой совестью. «Я не мог отделаться от этой мысли, как ни старался», — сказал несчастный доктору Герцу. Он уже видел себя преследуемым прокуратурой, заключённым под стражу, видел газеты, полные статей о нём, и считал свою профессиональную репутацию безнадежно погибшей. Пациент отправился в санаторий, где сначала его лечили психотерапевтически, а потом он получил 25 процедур ЭСТ, но безуспешно. Между тем его состояние ухудшилось настолько, что он был вынужден закрыть свою адвокатскую контору. Бессонными ночами больной боролся против навязчивых идей, которых день ото дня становилось всё больше. «Едва мне стоило избавиться от одной, как тут же появлялась другая», — рассказывал он доктору Герцу. Особенно его мучила навязчивая мысль о том, что его различные страховые договоры могут оказаться просроченными, а он этого не заметит. Бедный адвокат должен был проверять и перепроверять себя снова и снова, а потом опять запирать бумаги в специальный стальной сейф, прошнуровав каждый договор п-ное количество раз. Наконец, он заключил у Ллойдов в Лондоне специально для него разработанную страховку, предназначенную для того, чтобы защитить его от последствий каких-либо нечаянных и непредвиденных ошибок, которые он может совершить в рамках своей адвокатской деятельности. Однако вскоре с адвокатской деятельностью было покончено, ибо навязчивые повторения стали столь тягостными, что пациент вынужден был лечь в психиатрическую клинику в Мидлтауне. И здесь доктор Герц стал лечить его методом парадоксальной интенции. В течение четырёх месяцев больной проходил курс логотерапии при частоте сеансов три раза в неделю. Ему было предложено использовать следующие формулировки парадоксальных намерений: «Плевал я на всё. Чёрт поberi этот перфекционизм. Мне всё равно: ну и пусть сажают в тюрьму. Чем раньше, тем лучше! Да чтобы я боялся последствий какой-то ошибки, которая может ко мне обратиться? Нужно меня арестовать — да хоть трижды на день! По крайней мере, я получу свои денежки, и надо сказать, не плохие денежки, которые я заплатил этим господам в Лондоне...» И у него в виде парадоксальной интенции появилось желание, чтобы было как можно больше ошибок, он захотел наделать столько ошибок, чтобы запутать всю свою работу, показав своим секретаршам, что он «величайший совершатель ошибок во всём мире». Доктор Герц не сомневался в том, что пациент был уже в состоянии не только высказать парадоксальное намерение, но и сформулировать его с юмором, к чему и сам Герц должен был, разумеется, приложить определённые усилия. Он приветствовал пациента у себя в кабинете словами: «Как, ради всего святого! Вы ещё бегаετε на свободе? Я думал, Вы уже давным-давно сидите за решёткой; я даже газеты специально просмотрел: не сообщают ли они о скандале, который вы учинили». На эти слова пациент обычно реагировал громким смехом, и всё в большей степени усваивал подобное ироничное отношение, позволявшее ему подсмеиваться над собой и своим неврозом. Например, однажды он сказал: «Мне безразлично: они могут сажать меня в тюрьму. Страховое общество обанкротится по высшему разряду». И вот прошёл год с тех пор, как лечение закончилось. «Эта парадоксальная интенция мне была в самый раз. Она подействовала, как чудо, должен я вам сказать! За четыре месяца ей удалось сделать из меня совершенно другого человека. Конечно, время от времени какой-нибудь из прежних страхов приходит мне в голову; но я готов к встрече с ними. Я теперь знаю, что нужно делать!» И, смеясь, он добавляет: «А главное — нет ничего лучше, как однажды, по-настоящему, оказаться в тюрьме...»

Возможность проведения относительно краткосрочной логотерапии явствует уже из

отчётов о статистических результатах применения принципов логотерапии на амбулаторном психотерапевтическом приёме: в 75,7 процента случаев полное исцеление или существенное улучшение, причём такое, что в дальнейшем лечении не было необходимости, наблюдалось в среднем после восьми сеансов. Герц указывает: «Необходимое количество сеансов зависит в значительной мере от того, сколько времени пациент болеет. В острых случаях, когда болезнь насчитывает всего несколько недель или месяц, по моему опыту, для полного исцеления бывает достаточно от четырех до двенадцати сеансов». [Айзенк (Eysenck) основывается на 5 статистических отчётах, где описано всего 760 случаев невротозов, лечение которых осуществлялось психоаналитическими методами, и на 19 отчётах, содержащих описание 7293 невротозов, при лечении которых применялись электрические методы. В психоаналитических исследованиях говорится об излечении, существенном улучшении или просто улучшении в 44 процентах случаев; при применении электрических методов - в 64 процентах. Аппель (Appel) и его сотрудники опираются на 12 отчётов, где описан всего 4131 случай невротозов, лечение которых проводилось различными методами в течение хотя бы 3 месяцев. Успех был достигнут в среднем в 67 процентах случаев.] Густав Лебцельтерн (Lebzelttern) со всей решительностью отрицает утверждение Гоффа, Штроцка (H. Strotzka), Беккера (A. Becker) и Визенхюттера (E. Wiesenhutter), что парадоксальная интенция «технически полностью» соответствует старому методу убеждения или метод убеждения, по мнению Дюбуа, «под видом логотерапии обрёл новую жизнь, воскреснув из небытия». Герц и Твиди смогли доказать, что парадоксальная интенция не может быть сведена, в частности, к одному лишь суггестивному эффекту. Бенедикт наблюдал, что «большинство пациентов вначале настроены в отношении этого метода чрезвычайно скептически и абсолютно не верят в возможность успеха. Один пациент даже сказал как-то: "Это же такая чушь, и что, я от неё могу поправиться?" Нередко больные уходят с ещё большим страхом, когда от них требуют, чтобы они настроились на парадоксальное намерение и выполняли соответствующие упражнения. Они думают: "Это ни за что не поможет!" А потом эти же пациенты приходят к врачу и говорят: "Я не могу поверить, но оно подействовало!"» Как пишет Бенедикт в своей диссертации о парадоксальной интенции, уровень внушаемости пациентов, в работе с которыми этот логотерапевтический метод был применён исключительно успешно, оказывается, согласно тестам на внушаемость, ниже среднего. «Несмотря на это, мы слишком хорошо понимаем, что тот психиатр, который потратил годы на получение психоаналитического образования, лишь в исключительно редком случае сможет преодолеть своё предубеждение по отношению к методу Франкла и на собственном опыте убедиться в эффективности логотерапевтического метода. Но академический дух заставляет нас непредвзято проверять, какими терапевтическими возможностями обладает этот метод».

Лечение при помощи метода парадоксальной интенции возможно даже тогда, когда использующий этот метод врач в своих теоретических убеждениях не придерживается логотерапевтической ориентации. В венской неврологической поликлинике есть доктор, настроенный чисто психоаналитически, но и он считает логотерапевтический метод единственно возможным при краткосрочной терапии. Один из членов Венского психоаналитического общества попытался объяснить успех, который достигается при использовании метода парадоксальной интенции, с точки зрения психодинамики. Американский психоаналитик Эдит Вайскопф-Джелльсон высказалась в одной из своих работ о логотерапии следующим образом: «Терапевты, ориентированные на психоанализ, могли бы утверждать, что при помощи такого метода, как логотерапия, нельзя добиться действительного улучшения, так как сама патология укоренённая в "глубоких" слоях, оказывается незатронутой и терапевт, скорее, занимается укреплением защитных механизмов. Подобные выводы, однако, небезопасны. Получается, что они отвлекают наше внимание от широких психотерапевтических возможностей этого метода только лишь потому, что эти возможности не вписываются в нашу собственную теорию невротозов. Мы ни в коем случае не должны забывать о том, что в случае защитных механизмов, "глубинных слоев" и "дальнейшего существования невротоза" в этих глубинных слоях речь идёт о чисто теоретических построениях, а никак не об эмпирических наблюдениях». «Каждый раз, - добавляет доктор Герц, - фобии, которые можно интерпретировать как результат вытеснения агрессии, удаётся устранить, если побудить пациента (как раз методом парадоксальной

интенции) делать то, от чего страх обычно его и удерживает, другими словами, изжить эту агрессию, по крайней мере, символически».

Голлоуэй (G. Golloway) из психиатрической клиники в Ипсиланти (штат Мичиган, США) однажды сказал: «Парадоксальная интенция направлена на работу с защитными механизмами, а не на разрешение лежащего в их основе конфликта. Это прекрасный психотерапевтический метод и заслуживающая уважения стратегия. Ничуть не умаляет достоинства хирургии то, что она удаляет, а не лечит повреждённый жёлчный пузырь. Пациенту от этого только лучше. Точно так же различные объяснения того, почему парадоксальная интенция оказывается эффективной, ни в коем случае не отрицают успехов, достигаемых при помощи этого метода».

Прогрессивные психоаналитики не только в Америке, но и в Европе не боятся использовать логотерапевтические методы лечения. И добиваются при их применении немалых успехов. Естественно, не может быть никаких возражений против того, что они интерпретируют этот успех иначе, чем это сделали бы логотерапевты, то есть чисто психодинамически. Так, например Харингтон (J. Harrington) пишет: «Парадоксальная интенция Франкла представляет собой попытку вывести на уровень сознания описанную Фенихелем (Fenichel) инстинктивную антифобическую установку, формирующую защитные механизмы. В рамках психоаналитической модели парадоксальная интенция может быть истолкована как симптоматическое лечение, в процессе которого мобилизуется защитный механизм, который требует меньших затрат психической энергии, чем сам фобический или obsессивный симптом. Если парадоксальная интенция применяется успешно, то Ид бывает удовлетворено, Суперэго соединяется с Эго, а само Эго обретает силу и становится более свободным. Следствием лечения является устранение страха и продуцирования симптомов».

## II. Деревлексия

### 1. Страх ожидания и навязчивое самонаблюдение

*Чистая рефлексия - опаснейшее психическое заболевание*  
Шеллинг

При неврозе страха мы всегда можем наблюдать, как к столь часто встречающемуся страху ожидания присоединяется навязчивое самонаблюдение; оно-то и является самым коварным в этом заколдованном круге. Человек, охваченный тревожным ожиданием бессонной ночи, понятно, хочет уснуть, но именно это хотение не даёт ему успокоиться и не позволяет уснуть, ибо ничто не является столь важной предпосылкой засыпания, как расслабление. Но его-то как раз и нет: напротив, с напряжённым вниманием человек, страдающий расстройством сна, наблюдает за собой, за тем, не придёт ли желанный сон. Он не только с тревогой ожидает бессонницы, но и за засыпанием наблюдает так напряжённо, что делает его невозможным; страстное желание уснуть гонит сон прочь.

При неврозах навязчивых состояний, говорили мы, происходит совсем другое. Если встаёт вопрос о гиперактуальности совести в связи с принятием какого-то решения в децизивной области, то в когнитивной области возникает гиперрефлексия, то есть навязчивое самонаблюдение. Ибо невротика с неврозом навязчивости отличает как раз педантичность и дотошность, то есть сверхсовестливость и сверхсознательность. Он стремится к принятию абсолютно правильных решений и получению абсолютно точных знаний. Но в этом судорожном стремлении к совершенству, в этом своём децизивном и когнитивном абсолютизме, от которого он страдает, он ещё и терпит фиаско. Он узнаёт, словами Фауста, что совершенства в мире нет.

При сексуальных неврозах, как мы видели, складывается совсем другая картина. К форсированному намерению добиться сексуального наслаждения присоединяется форсированная рефлексия в процессе сексуального акта, и оба этих момента - избыток намерения и избыток внимания, - оказываются патогенными, потому что совершенно аналогично тому, как и в ситуации засыпания, в ситуации полового акта избыток намерения, равно как и избыток внимания, вызывает нарушение естественного процесса. Однако, в

основе и того и другого лежит страх ожидания, то самое тревожное ожидание сбоя, которое, с одной стороны, вызывает усиленное желание нормального осуществления функции, а с другой стороны, приводит к усиленному наблюдению за функцией, нарушение которой ожидается. Мы ведь знаем, что всякое намерение и всякое наблюдение способны нарушать нормальный ход процесса, и вполне понятно, почему в психотерапии нередко приходится заниматься именно тем, чтобы отвлечь внимание пациента от того симптома, на котором его внимание оказывается сосредоточенным, а вовсе не тем, чтобы ликвидировать сам симптом. Можно спокойно напомнить пациентам историю о сороконожке, которая погибла, потому что тщетно пыталась, наблюдая за самой собой, *осознанно* передвигать каждую их «тысячи своих ножек». Эта сороконожка теперь уже не знала, с какой ножки начать движение и в каком порядке их нужно переставлять [Абсолютно верно это и в отношении психической деятельности, причём не только в тех случаях, когда человек «о чём-то думает», то есть хочет что-то сделать осознанно, но и в отношении самого мышления. Разве Гете не воскликнул однажды в шутку: «Как ты до этого додумался? ... Я никогда о думанье не думал».]

Потому как рефлексия нарушает осуществление любого акта, который в норме осуществляется неосознанно и автоматически, сам по себе.

Понятно, что так же, как против страха ожидания мы должны были выбрать в качестве терапевтического метод парадоксальной интенции, навязчивое самонаблюдение для своей коррекции требует метода дерефлексии. *Если парадоксальная интенция позволяет пациенту иронизировать над своим неврозом, то с помощью дерефлексии он получает возможность игнорировать симптом.*

Дерефлексия в своём крайнем варианте предполагает игнорирование самого себя. В «Дневнике сельского священника» Жоржа Бернаноса есть замечательные слова: «Некоторые думают, что легче себя ненавидеть, однако благодать заключается в том, чтобы себя забыть». Мы можем перефразировать это выражение и сказать, что многие невротики должны всегда помнить: нужно не *презирать* себя (сверхсовестливость) и не следить за собой (сверхсознательность), -намного важнее всего этого - *забыть себя*. При этом наши пациенты не должны следовать примеру Канта, который, уволив одного вороватого слугу, не смог пережить связанных с этим страданий и, чтобы справиться с ними, повесил на стене комнаты доску с надписью: «Этого слугу нужно забыть». Это удалось ему не лучше, чем тому человеку, которому было обещано, что он сможет превратить медь в золото, если только во время соответствующих алхимических процедур в течение десяти минут не будет думать о хамелеоне. Впоследствии алхимик уже был не в состоянии думать о чём-либо другом, кроме этого редкого животного, о котором прежде никогда и не вспоминал.

Нам это не годится: я могу что-то игнорировать, то есть применить дерефлексию, только в том случае, если я действую независимо от этого «что-то», когда я существую ради чего-то другого. И здесь психотерапия резко превращается в логотерапию, в экзистенциальный анализ, сущность которых, в известном смысле, заключается как раз в том, чтобы направить, сориентировать человека на (выявляемый обычно только аналитически) конкретный смысл его личного бытия.

Человек приходит в этот мир не для того, чтобы наблюдать за самим собой и не для того, чтобы заниматься самолюбованием; человек приходит в мир, чтобы отдать себя, чтобы отречься от себя, чтобы, познавая и любя, пожертвовать собой. Но всякое познание и всякая любовь сводятся к одному и тому же, что доказывает существование в древнееврейском языке одного слова, обозначающего и то и другое.

Задача духа не в том, чтобы наблюдать себя, и не в том, чтобы любоваться собой. Сущность человека характеризуется направленностью и настроением на что-то или на кого-то, на дело или на человека, на идею или на личность. Только в той мере, в какой человек воодушевлён кем-то или чем-то, только в той мере, в какой он со-существует, он и является человеком.

Этот факт, этот основной закон человеческого бытия мы должны плодотворно использовать в терапевтических целях. И вот человек, страдающий неврозом страха. Он может вырваться из заколдованного круга своих мыслей, вращающихся, в конечном счёте, исключительно вокруг страха, тогда и только тогда, когда он не просто научится отвлекаться от своего симптома, но и сумеет всецело отдать себя какому-либо делу. Чем большее место

будет занимать в сознании больного дело, которое сможет наполнить его жизнь смыслом и придать ей ценность, тем больше его собственная личность будет отступать на задний план и тем менее значимыми станут его личные потребности. Зачастую намного важнее приложить все силы к тому, чтобы сначала отвлечь внимание больного от симптома, помочь ему внутренне настроиться на какое-то конкретное дело, исполнить которое лично этому человеку настоятельно необходимо, чем исследовать комплексы и конфликты в надежде ликвидировать симптом. Ибо не посредством самонаблюдения или даже самолюбования, не посредством круговорота мыслей вокруг страха можем мы освободиться от страха, а лишь самоотречением, полной самоотдачей и самопожертвованием ради дела, достойного такой преданности. Это тайна всякой самоорганизации, и никто этого не выразил лучше, чем Карл Ясперс, который, говоря о человеке, сказал, что человек «становится человеком лишь тогда, когда отдаёт себя другим». Кроме того, он написал: «Человек - это дело, которое он сделал своим» [Ср.: у Макса Шеллера: «... только тот, кто захочет *потерять* себя в ... каком-то деле..., сможет... обрести истинное своё Я»].

Таким образом, мы установили четыре основных типа установки:

1. Вредная пассивность: бегство невротика, страдающего неврозом страха, от приступов этого страха.

2. Вредная активность: а) борьба невротика, страдающего неврозом навязчивых состояний, против своих навязчивых идей; б) усиленное стремление к сексуальному наслаждению при с) усиленном рефлексировании сексуального акта (второе не менее патогенно, чем третье).

3. Полезная пассивность: игнорирование (деревлексия!) симптома и даже иронизирование (парадоксальная интенция!) над ним.

4. Полезная активность: действовать-помимо-симптома - существовать-ради-чего-то. Оказывается, симптоматика многих неврозов цветет пышным цветом именно в духовном вакууме.

## 2. Клиника гиперрефлексии и метод дерефлексии

*Б. навязчиво наблюдает за актом глотания. Чувствует себя неуверенно, в страхе ожидает, что может захлебнуться или подавиться. Постоянное самонаблюдение и страх ожидания настолько мешают ей нормально есть, что за последнее время она значительно похудела. С целью терапии применён метод дерефлексии, пациентке предложена формула: «Мне не нужно наблюдать за глотанием хотя бы уже потому, что мне не нужно глотать, ибо не я глотаю, а оно само глотаётся».*

*Аналогичный случай: Ирмгард, 21 год. Несколько лет назад пациентка проглотила фасоловое волокно; вскоре после этого знакомые пригласили её к обеду, она из-за чего-то разволновалась и почувствовала удушье. Когда дело дошло до обеда, девушке стало дурно, а nasledующий день к ней пришёл страх ожидания перед обязательным повторением тошноты и позывов к рвоте. Из-за этого страха ожидания пациентка начала следить за рефлексорно протекающим актом глотания и усиленно пыталась осознать его, «глотать осознанно», как она пояснила. Терапевтическая дерефлексия при дополнительном использовании аутогенной тренировки (И. Шульц). Пациентка снова обрела доверие к бессознательному протеканию акта глотания. На следующий раз девушка сообщила, что снова в состоянии есть безо всяких затруднений.*

*Август, 21 года. Пациент учился в привилегированной школе, всегда был первым учеником в классе, исключительно честолубив. Хотел быть совершенным во всём. После экзамена на аттестат зрелости стал бухгалтером, однако вскоре заметил, что у него неразборчивый почерк. Начальник всё чаще стал укорять молодого человека за то, что написанное им трудно прочесть. Попытался улучшить почерк. Всё своё свободное время посвящал тому, чтобы «научиться красиво писать». Пробовал перенимать очертания букв из почерков своих приятелей. В конце концов, уже не знал, какие буквы нужно использовать, и как же писать на самом деле. При письме часто останавливался: «Эту или ту букву нужно использовать?» Со временем потерял способность писать, если за ним кто-нибудь наблюдает. Страх перед тем, что за ним будут следить. Страх перед*

*страхом. Полностью отказался от своей профессии, поскольку не мог писать, когда на него кто-то смотрит, весь был сосредоточен только на почерке. Парадоксальная интенция: «Вот я сейчас нацарапаю этому что-нибудь, ведь я пишу только для того, чтобы покалякать, ну и пусть себе хоть 30 раз пялится». Углубление парадоксальной интенции посредством формирования шаблонных намерений при помощи аутогенной тренировки. После трёхнедельного пребывания в клинике пациент полностью избавился от описанных проблем и даже смог во время обхода продемонстрировать перед врачами и сестрами, «как нужно писать».*

Мы видим: пациент с неврозом навязчивых состояний хочет всё «делать» сознательно и целенаправленно, чтоб потом всё выглядело «сделанным» и «нужным», а не растянутым и непостоянным. Но со времён Шеллинга мы знаем: «Благороднейшая деятельность человека та, которая сама себя не знает», или как мы можем сказать, деяние, которое о самом себе не знает, которое само себя не осознаёт. Из работ Ницше мы помним, что «всякое совершенное деяние осуществляется без участия сознания и воли».

Мы признаём не только инстинктивное бессознательное, но и духовное бессознательное - это и есть тот пласт, на котором базируется интуиция. Чувство может быть намного более точным, чем когда-либо могло быть самое пронизательное понимание.

Из всего этого становится ясно, насколько необходимо в случаях невроза навязчивых состояний воспитание доверия по отношению к бессознательному, доверия к *неосознанной духовности*, к когнитивному и децизивному превосходству интуитивного и эмоционального в человеке перед рассудочным и сознательным, - одним словом: мы должны научить компульсивного невротика, вернуть ему или помочь найти одно - доверие к своей *не поддающейся рефлексии духовности*.

Нам известен случай, когда пациент имел обыкновение следить за всеми своими словами и мыслями настолько, что стал бояться потерять нить разговора из-за этого пристального наблюдения. В дополнение у него развился страх ожидания, который, на самом деле, привёл к краху карьеры. Однако за несколько сеансов состояние этого пациента настолько улучшилось, что он мог, например, спокойно говорить в присутствии иностранного посла. В основе навязчивого самонаблюдения лежал страх потерять контроль над собой, проявить несдержанность, позволить себе рассердиться, уступить власти своего бессознательного.

В языке заложена глубокая мудрость, и в нём нашла отражение накопленная за многие тысячелетия духовность человечества. Язык в своей мудрости говорит нам, что человек «впадает» в сон, то есть бессознательное, которое сопровождает сон, - это нечто, куда мы должны позволить себе упасть [В нарисованную нами картину взаимосвязи духовности, бессознательного и мудрости вполне вписывается характеристика бессонницы, которую Шарль Пегу (Regu) определил как вотум недоверия человека Богу: «Мне говорят, что есть люди, которые ... не спят. Какой недостаток доверия ко мне - (Говорящим является сам Бог) - Я жалею их... Я сержусь на них... Немножко. Они мне не доверяют». И, наконец, Бог говорит о бессонном человеке, что тот «не хочет доверить управление своей жизнью» Богу. «А сам тем временем спал бы. Глупец».]

### 3. Нарушения сна

Что же можно сделать с медицинской точки зрения, или точнее, что может сделать сам пациент, с тревожным ожиданием того, что предстоящая ночь снова будет бессонной? Страх способен вырасти в так называемый страх перед постелью: человек с нарушениями сна весь день напролёт чувствует себя уставшим, но, едва приближается время ложиться спать, его охватывает страх перед очередной бессонной ночью, он становится беспокойным и возбуждённым, и это возбуждение уже не позволяет ему заснуть. Да, он совершает самую большую ошибку, какую только можно помыслить: он с нетерпением ждёт засыпания. С напряжённым вниманием он следит за тем, что в нём происходит, но чем сильнее напрягает страдалец своё внимание, тем больше теряет он способность расслабиться настолько, чтобы в принципе можно было заснуть. Ибо сон означает не что иное, как полное расслабление. Несчастный сознательно жаждет сна. Но сон - это погружение в бессознательное, и ничто

иное. Всякие мысли о нём, всякое стремление к нему только препятствуют засыпанию.

Всё обстоит именно так, как сказал Дюбуа: сон подобен птичке, севшей на ладонь, пока руку держат спокойно, но мгновенно улетающей, едва её попробуют схватить. Сон можно только спугнуть, стремясь к нему, и чем настойчивее человек жаждет уснуть, тем быстрее сон улетучивается. Сон бежит от того, кто с нетерпением ждёт его и тревожно наблюдает за собой.

Мы можем терапевтическими средствами лишить страх ожидания бессонной ночи «почвы под ногами», если убедим пациента, что организм в любом случае «ухватит» то минимальное количество сна, которое ему безусловно необходимо. Это нужно знать, и на основании этого знания формировать доверие к своему организму.

Конечно, минимум сна у каждого человека свой. Но в данном случае речь идёт не о продолжительности сна, а о так называемом количестве сна, которое является производным от продолжительности сна и его глубины. Есть люди, которым не нужно спать долго - они в этом не нуждаются, потому что спят, хотя и мало по времени, но очень крепко. Однако у одного и того же человека глубина сна меняется в продолжении ночи, к тому же существуют люди с различными типами кривой сна: одни спят глубже всего около полуночи, у других самый глубокий сон наступает под утро. Если такого человека лишить нескольких часов утреннего сна, то он при этом лишится большего количества сна, чем тот, кто глубоко спит около полуночи и кривая сна которого под утро уже идёт на убыль.

Если всё так, как я говорил вначале, то есть напряжённое стремление и напряжённое желание уснуть, как и любое осознанное желание, способно только разогнать сон, то что происходит тогда, когда человек ложится и не стремится уснуть и, вообще ни к чему не стремится или, может быть, стремится к прямо противоположному, по крайней мере, не к тому, чтобы уснуть? Эффект будет состоять в том, что он заснёт. Одним словом, вместо страха перед бессонницей должно быть намерение провести бессонную ночь, то есть сознательный отказ от сна. Достаточно принять твердое решение, сказать себе следующее: «Сегодня ночью я хотел бы совсем не спать, сегодня ночью я хотел бы просто расслабиться и подумать о чём-нибудь, о своём последнем отпуске или о будущем и т. п. Если, как мы видели, желание уснуть делает засыпание невозможным, то желание не спать парадоксальным образом приводит к засыпанию. Ибо в таком случае человек, по крайней мере, перестаёт бояться бессонницы и встаёт на самый верный путь засыпания.

В духовном бессознательном наряду с этическим бессознательным, нравственным знанием, или совестью, существует, так сказать, эстетическое бессознательное - художественная совесть. В художественных произведениях, как и в репродукциях, художник опирается на неосознанную духовность. Интуиции совести, иррациональной по своей сути и потому никогда до конца не поддающейся рационализации, у художника соответствует вдохновение, корни которого тоже уходят в область неосознаваемой духовности. На её основе художник творит, там находятся те источники, из тёмной глубины которых, никогда не освещаемой сознанием до конца, черпает художник своё вдохновение. И всегда оказывается так, что избыток осознанности в таких произведениях «из бессознательного» может только мешать. Зачастую усиленное самонаблюдение, желание осознанно «делать» то, что должно само по себе возникать из неосознаваемых глубин, ставит художника-творца в затруднительное положение. Ненужная рефлексия способна лишь навредить.

Нам известен случай, когда один скрипач всё время пытался играть максимально осознанно, начиная от положения скрипки и кончая мельчайшими элементами техники игры, — он хотел абсолютно всё «делать» осознанно, всё отслеживать. Это могло привести только к полной творческой несостоятельности. И терапия должна была, в первую очередь, исключить эту склонность к гипертрофированной рефлексии и самонаблюдению, она должна быть направлена на дерефлексию. Психотерапевтическое лечение обязано было вернуть этому пациенту *доверие к бессознательному*, показать ему, насколько его бессознательное «музыкальнее», чем сознание. Действительно, ориентированная таким образом терапия в известной мере приводит к освобождению «творческой силы» бессознательного, к тому, что в сущности неосознаваемый процесс творчества освобождается от сдерживающего влияния избыточного осознания.

Навязчивое самонаблюдение может быть и ятрогенным. Мы знаем случай,

произошедший с одним молодым актёром, озорной шарм которого сделал его знаменитым, но сам он чуть было не стал жертвой гиперрефлексии. Выяснилось, что пациент регулярно ездил в Швейцарию, где некая дама-психоаналитик пыталась излечить его при помощи анализа от мальчишества, истолкованного ею как инфантилизм, после чего молодой человек стал играть серьёзные роли. Ни публика, ни критика не восприняли его в этих ролях всерьёз, и карьера юноши оказалась под угрозой.

На примере описанных выше случаев ясно виден существенный момент постановки психотерапевтической цели: сегодня мы ни в коем случае не должны настаивать на том, что психотерапия обязательно стремится к осознанию, осознанию любой ценой, ибо только на какое-то время психотерапевт должен что-то сделать осознаваемым. Он должен сделать осознаваемым бессознательное, в том числе и духовное бессознательное, чтобы, в конце концов, дать ему возможность снова стать неосознанным; он должен неосознаваемую *potentia* превратить в осознаваемый *actus*, однако только затем, чтобы, в конце концов, восстановить неосознаваемый *habitus*. Психотерапевт должен вернуть неосознаваемому действию его естественность. Беспечность в отношении этого Ганс Урс фон Бальтазар (*von Balthasar*) назвал «одним из непростительных недостатков психоанализа». «Только тогда, когда корни растения закрыты почвой, - говорит он, - крона может быть пышной и здоровой. В отношении свободного и духовного существа также справедливо утверждать, что оно должно одну свою часть обязательно предавать забвению».

В психоанализе многократно ставился вопрос о том, чтобы что-то оставить неосознанным или снова сделать неосознаваемым. Мы знаем, что обратное превращение в неосознаваемое, то есть забывание, представляет собой важный защитный механизм. Мы хорошо понимаем глубокую мудрость одного из талмудических преданий: согласно поверью каждого новорождённого, едва только он приходит в мир, ангел шлѐпает по губам, чтобы тот забыл всё, узнанное и увиденное им до своего рождения. Поскольку подобную платоническую «амнезию» мы должны рассматривать как защитный механизм, можно назвать ангела из Талмуда Ангелом-хранителем.

## **г) Врачевание души**

И наконец, пришло время упомянуть об одной из самых широких областей, где показана логотерапия. Если в узкой области показаний логотерапия была специфичной, если в широкой области показаний она была неспецифичной, но всё же ещё терапией, то теперь речь пойдёт уже не о терапии, скорее, здесь, в этой широчайшей области показаний логотерапия превращается в то, что мы называем врачеванием души. И в таком виде она прежде всего никоим образом не является прерогативой врачей какой-то одной специальности. Она нужна хирургу, по крайней мере, так же, как и невропатологу или психиатру; особенно хирургу, которому приходится иметь дело с неоперабельными больными или с такими, которых он не только может прооперировать, но ещё и обязан оперировать, например, в случае ампутаций. С проблематикой заботы о душе приходится сталкиваться и ортопеду, который имеет дело с врожденными, а не приобретѐнными увечьями и вынужден общаться с людьми, имеющими ограниченные физические или умственные возможности. Не чужда эта проблематика и дерматологу, работающему с поражениями кожи, и гинекологу, которому приходится беседовать с бесплодными женщинами, а также терапевту, обязанному лечить неизлечимых больных, или гериатру, к которому обращаются немощные старики. Одним словом, не только врачи определённых специальностей, а абсолютно все врачи должны проявлять заботу о душе пациентов, особенно если к ним приходит пациент, столкнувшийся с необходимостью противостоять заболеванию, оказывающему влияние на судьбу. Невропатологам реже других приходится решать такую задачу; мы даже можем сказать, что то заболевание центральной нервной системы, которое даёт основную массу тяжѐлой неврологической казуистики, множественный склероз, в 63,8 процента случаев вызывает эйфорию у страдающих им пациентов.

Необходимость и возможность врачевания души мы продемонстрируем на хирургическом примере. *Одной из медсестѐр моей клиники предстояла операция, однако в результате пробной лапаротомии выяснилось, что опухоль неоперабельна. Исполненная*

*отчаяния, медсестра позволила мне побеседовать с нею. В разговоре она призналась, что расстроилась не столько из-за своей болезни, сколько из-за утраты трудоспособности: она любит свою работу больше всего на свете, но больше не сможет её выполнять. Что должен был я противопоставить этому отчаянию? Положение этой сестры было, действительно, безвыходным (через неделю она умерла). Я всё же попытался ей разъяснить, что она работает восемь или, Бог знает, сколько часов в день, не веника тут сложность - вскоре её кто-нибудь сможет заменить, но так хочется работать и, несмотря на невозможность это осуществить, не отчаиваться — вот это было бы достижение, в этом нескоро кто-нибудь сможет сравняться с нею. Потом я спросил её, не совершила ли она какой-либо несправедливости в отношении тысяч тех больных, которым она, как медсестра, посвятила свою жизнь: «Не совершили ли Вы в отношении них какой-нибудь несправедливости, не получилось ли так, что вследствие Ваших действий жизнь кого-то из больных или немощных, неспособных работать людей, стала бессмысленной? Если сами Вы, попав в такую же ситуацию, исполнены отчаяния, - сказал я ей, - то не поступаете ли Вы так, как будто смысл человеческой жизни заключён лишь в том, сколько часов может человек работать. Не лишили ли Вы, тем самым, жизненных прав и оснований бытия всех больных и немощных. В действительности, у Вас сейчас есть единственный шанс: если Вы до сих пор по отношению ко всем людям, которые были доверены Вашему попечению, не могли сделать ничего, кроме исполнения своих служебных обязанностей, то теперь у Вас есть возможность сделать для них большее - стать образцом человечности».*

Несколько слов должно быть достаточно, чтобы показать: даже в таких случаях понятного и явно оправданного отчаяния депрессию можно лишить обоснованности. Нужно только знать, что, в конце концов, любое отчаяние основано на одном - на обожествлении, абсолютизации каких-то ценностей (в вышеприведённом примере идолизируется ценность трудоспособности) [Мы рискнули бы утверждать, что любой находящийся в отчаянии человек этим показывает, насколько он склонен нечто обожествлять. Таким образом, он выдаёт свою склонность придавать абсолютную ценность, абсолютизировать нечто, являющееся только условно ценным, имеющим только относительную ценность... Итак, мы видим, что любая идолизация не только выдаёт себя в отчаянии, но и мстит за себя. При всём при том, любая абсолютизация относительных ценностей ведёт к неврозу и любой невроз сводится к абсолютизации каких-то относительных ценностей и к «краху иерархической системы ценностей. Далеко не всякое отчаяние патогенно, как и не каждый невроз является «ноогенным»]. Саму психотерапию в таких случаях (меньше всего мы надеемся, что смогли это показать) нельзя назвать ни безнадежной, ни неблагодарной. Можно было бы спросить, идёт ли здесь речь о врачебной помощи. Мы считаем, что именно о врачебной помощи в лучшем смысле этого слова. И не менее того, ибо как сказал Клэзи (Klaesi) в своей ректорской речи о враче, которому приходится иметь дело с неизлечимым больным: «Его высочайшая миссия начинается там, где кончается возможность излечения больного».

Забота врача о душе пациента предполагает помощь больному в том, чтобы он смог выстоять перед лицом фатально неизбежных страданий. Речь не идёт о восстановлении трудоспособности или способности наслаждаться жизнью (ибо обе эти способности в рассматриваемых случаях оказываются неотвратимо утраченными), речь идёт о формировании способности вынести страдания.

Стойкость в страдании представляет собой не что иное как способность воплотить то, что мы назвали позиционной ценностью. Не только созидание (соответствующее трудоспособности) может придавать смысл бытию (в этом случае мы говорим о реализации созидательной ценности) и не только переживание, противостояние и любовь (соответствующие способности к наслаждению) могут делать жизнь осмысленной (в этом случае мы говорим об эмоциональной ценности), но и страдание. И здесь речь идёт не просто о какой-либо возможности, но о возможности реализовать высочайшую ценность, о возможности осуществить глубочайший смысл. Можно придать своей жизни смысл, совершив деяние или создав произведение. Но можно придать жизни смысл, приняв в себя красоту, добро, истину или одного-единственного человека во всей полноте его существа, в своей неповторимости и единственности воспринять его как единственного и неповторимого, как Ты,

то есть полюбить его. Но и тот человек, который находится в трудном положении, не позволяющем ему реализовать деятельностные ценности, всё-таки может придать своей жизни смысл через переживание, даже этот человек может наполнить свою жизнь смыслом - тем, как он относится к этой своей судьбе, этому своему тяжкому положению, как он принимает неизбежное страдание. Именно в этом ему дана последняя ценность. Ибо в настоящем, подлинном страдании, в недуге, определяющем судьбу, открывается человеку последняя, но величайшая возможность самореализации и осуществления смысла.

Жизнь имеет смысл до самого последнего вздоха, она сохраняет этот смысл до самого последнего вздоха, ибо всегда даёт возможность реализовать ценность именно в том, как человек относится к предназначенному судьбой страданию. И мы постигаем при этом мудрость слов, произнесённых когда-то Гёте: «Нет положения, которое нельзя было бы облагородить или достижением, или терпением». К этому мы должны добавить лишь то, что подлинное терпение, то есть истинное, настоящее страдание, назначенное судьбой и определяющее судьбу, само по себе является достижением, высочайшим достижением, которое может выпасть на долю человека. И там, где человек должен отказаться от реализации созидательных или эмоциональных ценностей, и там он способен что-то «осуществить».

Разумеется, вопрос о реализации позиционной ценности и придании жизни смысла через страдание встаёт только тогда и только там, где страдание, как говорится, является фатальным. Недопустимо, чтобы человек отказывался от оперативного лечения в случае операбельной опухоли, пусть он даже готов терпеть и говорит, что принимает свои страдания мужественно и покорно. Такое принятие страдания бессмысленно, потому что это страдание не является фатальным и неизбежным. Только тот, кому пришлось столкнуться с неоперабельной опухолью, может реализовать позиционную ценность в том, как он примет свою судьбу, и тем самым придать своему страданию смысл.

Давайте попытаемся ответить на вопрос, почему смысл, который открывается человеку в страдании, является самым глубоким из всех возможных. Позиционная ценность, как оказалось, отличается от созидательной и эмоциональной, поскольку смысл страдания превосходит по своей глобальности смысл работы и любви. Почему же это так? Давайте будем исходить из того, что *homo sapiens* делится на *homo faber*, который реализует смысл своего бытия в деятельности, *homo amans* [*Homo amans (лат.)* - человек любящий.], который наполняет свою жизнь смыслом, переживая, любя и надеясь, и *homo patiens*, призвание которого - страдать, и потому он реализует смысл через страдание.

*Homo faber* - тип людей, которых мы называем людьми успеха, они знают только две категории и только в них мыслят: успех и неудача. Между этими двумя крайностями движется их жизнь, согласуясь с этикой успеха. *Homo patiens* - совсем другой тип: успех и неудача больше не являются для этих людей главными категориями, скорее, главными для них становятся исполнение и отчаяние. Эта пара категорий образует перпендикуляр (рис. 14) к линии этики успеха, ибо исполнение и отчаяние принадлежат совсем другому измерению, поэтому *homo patiens* может осуществить себя, несмотря на достигшую максимума неуспешность, на полный крах.



Рис. 14

Таким образом оказывается, что исполнение совместимо с неуспешностью, как и успех совместим с отчаянием. Это становится понятным, если учесть разницу в измерениях, где существуют обе пары категорий. Конечно, мы могли бы спроецировать успех *homo patiens*, которому удалось реализовать себя и обрести смысл в страдании, на линию этики успеха, тогда он должен быть, ввиду различия измерений, отображён точкой, то есть будет выглядеть как «ничто», если кому-то импонирует такой абсурд. Другими словами, в глазах *homo faber*

триумф homo patiens должен быть глупостью и безумием.

Когда судьба требует от человека сначала отказаться от возможности реализовать свои созидательные ценности, а потом - от возможности осуществить смысл жизни в переживаниях, сострадании и любви, тогда у него остаётся лишь возможность предоставить себя этой судьбе, её принять. В этой ситуации нужно попытаться помочь человеку, который должен совершить соответствующий поворот от стоящих на первом плане возможностей, повседневного сознания и среднестатистического бытия - через умение придать своей жизни смысл - к необходимости осуществить смысл своего бытия через страдание.

Я хотел бы это пояснить на конкретном примере. *Один пациент, страдавший опухолью спинного мозга, больше не мог работать по своей профессии (он был рекламным художником). Таким образом, возможность реализовать созидательные ценности отпала; в больнице он много читал, гораздо больше, чем когда-либо прежде. Он реализовал свои эмоциональные ценности, то есть теперь смыслом его жизни стало освоение культурных ценностей. Но, в конце концов, паралич зашёл так далеко, что он уже был не в состоянии держать в руках книгу и терпеть на голове наушники. Теперь и эмоциональные ценности стали для него нереализуемыми, он понимал, что конец уже близок. Но как относился он к своей судьбе? Он попросил дежурного врача не беспокоиться из-за него ночью: об этом была его единственная забота, и тем, что он в свои последние часы думал не о себе, а о другом человеке, - этим тихим героизмом он выполнил свою миссию, которая была гораздо значительнее всех рекламных рисунков, сделанных им раньше, когда он ещё был трудоспособен. В эту ночь он сделал потрясающую рекламу того, на что способен сам человек в таком положении.*

Другой пример позволяет понять, как не только отказ от работы и от связанной с нею возможности наполнения жизни смыслом, но и отказ от любви может заставить человека использовать возможность наполнения жизни смыслом, заложенным в страдании.

К нам обратился один практикующий врач; за год до этого у него умерла горячо любимая жена, и он никак не мог оправиться от своей утраты. Мы спросили глубоко подавленного пациента, размышлял ли он над тем, что произошло бы, если он умер раньше своей жены. «Не могу себе даже вообразить, - отвечал он, - моя жена была бы в отчаянии». Теперь нам осталось только обратить его внимание на это: «Видите, случившееся избавило Вашу жену от страданий. Вы её избавили от этого, конечно, ценой того, что теперь сами должны её оплакивать». В мгновение ока страдание этого человека обрело смысл - смысл жертвы.

Всегда остаётся верным сказанное Полем Дюбуа: «Врач мог бы обойтись без всего этого, но он должен был бы осознать, что тогда ему лучше стать ветеринаром, ибо между ними всего лишь одно различие - в клиентуре».

Для homo patiens требуется medicus humanus, страдающему человеку нужен человеческий лекарь. Не человеческий, а просто образованный врач может, благодаря своим знаниям, ампутировать ногу; но одни лишь только знания не дают возможности предотвратить суицид того, кому ампутировали ногу, или того, кто её ампутировал, до или после ампутации. Нужно особо подчеркнуть, что подобное самоубийство было бы ничем не оправдано, ибо что это может быть за жизнь, если весь её смысл заключается и в том, чтобы ходить и стоять на двух ногах, и ограничивается этим? Хирургическое светило, первый среди хирургов, отрицающий необходимость врачевания души, не должен удивляться, если перед операцией он обнаружит пациента не на операционном столе, а на секционном - после суицида, у «последнего» хирурга, у патологоанатома, который имеет дело с пациентами после всех остальных врачей.

Не случайно основатель общественной больницы в Вене кайзер Иосиф Второй приказал прибить над её воротами доску с надписью «Saluti et solatio aegrorum» [Saluti et solatio aegrorum (лат.) - исцели и утешь страждущего.], которая прославляет не только исцеление, но и утешение больных. В рекомендациях Американской медицинской ассоциации прямо сказано, что последнее обязательно входит в сферу ответственности врача: «Врач должен также утешать душу. Это задача не только психиатров. Это задача любого практикующего врача».

Даже проявляя заботу о душе пациента, врач остаётся врачом; но его отношение к

пациенту становится отношением человека к человеку. И тогда из образованного врача он превращается в человеческого врача. Врачевание души - испытание техники врача на человечность. *Возможно, именно эта техника человечности поможет нам уберечься от бесчеловечности техники* в том виде, как она проявляется в области технически оснащённой медицины и в экспериментах над пленными и заключёнными.

И если логотерапия далеко не во всех сферах показаний является легитимной заменой психотерапии, а скорее, лишь её дополнением, то врачевание души менее всего заменяет собой деятельность священника. Каковы взаимоотношения между медицинскими и церковными аспектами заботы о душе? Мы исходим из стоящих перед врачом и священником целей. Задача врачевания души, как и задача любой психотерапии, - душевное исцеление. В отличие от этого задача церковной заботы о душе, как и любой религии в целом, - спасение души. Действительно, у религии нет психотерапевтической мотивации, однако есть психогигиеническое действие. Религия даёт человеку ни с чем не сравнимую защищённость, укрепляет его дух и, таким образом, вносит бесценный вклад в обретение им душевного равновесия. С другой стороны, мы видим, как психотерапия, сама того не желая, в отдельных случаях даёт пациентам возможность найти дорогу к забытым источникам первоначальной веры, не *per intentionem* [*Per intentionem* (лат.) - намерением.], но *per effectum* [*Per effectum* (лат.) - действием.] (рис. 15).

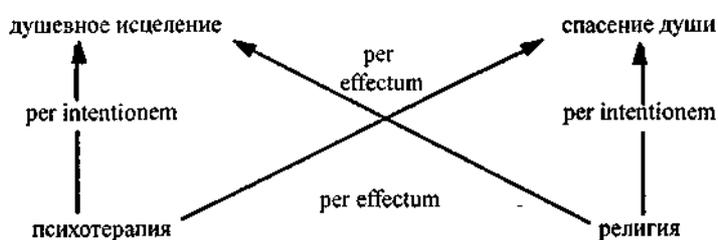


Рис. 15

Как видно, восстановление у пациентов способности веровать не является четвёртой (помимо трёх уже описанных задач по восстановлению способности пациента к труду, к удовольствиям и к страданию) задачей врача, а лишь возможным результатом психотерапии. Мы не считаем ни того, что «аналитик должен быть целителем и спасителем», ни того, что «психоаналитический процесс - это процесс спасения», или даже того, что «психология бессознательного предлагает свои услуги для пробуждения, как правило, отсутствующего у интеллектуалов понимания процесса спасения мира». Психотерапия в столь же малой степени находится на службе у религии, в сколь малой степени религия является средством для достижения психотерапевтических целей. С полным правом Й. Шультц однажды сказал, «конфессионально обусловленная научная терапия столь же маловероятна, как христианский или буддистский невроз навязчивых состояний».

#### д) Экзистенциальный анализ как психотерапевтическая антропология

Шарлотта Бюлер заметила, что большинство пациентов обращается к ней по поводу проблем, связанных с поиском смысла или системой ценностей. Особенно «большой вес может иметь проблема смысла жизни и её ценности». Если стоит вопрос о решении этой проблемы, то речь идёт об уже обсуждавшейся экзистенциальной фрустрации, как мы это называем. Экзистенциальная фрустрация делает человека больным, хотя и не всегда. Она является патогенной, правда, выступает в этой роли лишь косвенно. Если же она всё-таки оказывается патогенной, то приводит к ноогенному неврозу.

Мы не можем считать экзистенциальную фрустрацию обязательно патогенной, а называем её таковой лишь косвенно, но ещё менее мы имеем права считать её патологичной. Не ставшая патогенной, остающаяся скрытой, экзистенциальная фрустрация, однако, требует экзистенциального анализа не меньше, чем ноогенный невроз. И в этом случае экзистенциальный анализ не является неврозотерапией, переставая быть заповедной сферой деятельности врача. Он становится инструментом философов и теологов, педагогов и психологов, ибо им, как и врачу, приходится брать на себя сомнения в смысле бытия. Таким

образом, если логотерапия может быть как специфическим, так и неспецифическим видом терапии и если врачевание души - всё-таки прерогатива врача, то сфера применения экзистенциального анализа не ограничивается чисто врачебными задачами. В этом смысле, на наш взгляд, вполне закономерно создание в рамках Аргентинской ассоциации экзистенциальной логотерапии секции, в которую входят люди других специальностей. Как и прежде психотерапия, в смысле терапии неврозов, остаётся делом врачей; но психогигиена, профилактика невротических заболеваний, включая ноогенные неврозы [Если учесть, что ноогенный невроз не имеет соматических причин, но при известных обстоятельствах имеет соматические следствия, то его лечение должно осуществляться врачом.] не нуждается в обязательном участии врача.

Если фрустрация воли к смыслу, экзистенциальная фрустрация сама по себе и как таковая, как скрытая, и не является болезнью, то это ещё не значит, что она не может быть опасной для жизни. Она может привести к самоубийству - к суициду, не являющемуся невротическим. Из этого следует, что экзистенциальный анализ, хотя и не представляет собой в таких случаях врачебного вмешательства в собственном смысле слова, тем не менее может оказаться мерой, обеспечивающей спасение жизни. Это значит, что всегда в серьёзных случаях так называемых критических ситуаций (плен, концентрационный лагерь и т. п.) нужно апеллировать к воле к жизни, к желанию жить дальше, к переживанию и проживанию сложной ситуации. Как показывает опыт, подобное удаётся только тогда, когда этот призыв может быть адресован также и воле к смыслу, другими словами, если желание выжить репрезентирует необходимость выжить и, как таковое, воспринимается и осознаётся. Одним словом, если дальнейшая жизнь имеет смысл. В отношении этого есть данные, собранные в лагерях военнопленных. Эти данные подтверждают, насколько справедливо и важно сказанное Фридрихом Ницше: «Только тот, кому есть "зачем" жить, вынесет почти любое "как"». В этих словах мне видится девиз психотерапии.

В указанном смысле экзистенциальный анализ представляет собой поиски смысла. Причём смысл, который он ищет, является конкретным, и его конкретность обусловлена как единственностью каждой личности, так и неповторимостью каждой ситуации. Соответствующий смысл - это смысл *ad personam et ad situationem* [*Ad personam et ad situationem (лат.)* - для личности и для ситуации.]. Всегда находится такой смысл, осуществить который может и должен данный конкретный человек.

Экзистенциальный анализ охватывает своим анализом человека во всей его целостности, включающей в себя не только психофизиологически-организменное, но и духовно-личностное. Именно в области духовного экзистенциальный анализ доходит до неосознаваемой глубины [Под неосознаваемым здесь понимается неотрефлексированное; у неосознаваемой духовности нет рефлектирующего самосознания, тогда как имплицитное самопонимание всё-таки присутствует.]. И в этом смысле он заслуживает названия глубинной психологии. При этом мы рассматриваем духовное в человеке как высшее человеческое измерение в противопоставлении к его психофизиологии. И тут нужно добавить, что экзистенциальный анализ является противоположностью так называемой глубинной психологии. Только глубинная психология забывает о том, что её противоположностью является не поверхностная психология, а вершинная психология [См. В. Франкл в *Zentralblatt für Psychotherapie*, 10,33,1938: «Где та заинтересованная в терапии психология, которая включает в свои проекции эти высшие слои человеческой экзистенции и в этом смысле, в противоположность выражению "глубинная психология", заслуживала бы названия "вершинная психология"?»], что, собственно, и является глубинной психологией; ведь «только на высоте человеческого духа человек является человеком».

Экзистенциальный анализ - это, собственно, не анализ экзистенции; ибо анализ экзистенции так же маловероятен, как и синтез экзистенции. Скорее, экзистенциальный анализ представляет собой экспликацию экзистенции. Но нельзя упускать из виду, что экзистенция, личность, тоже себя эксплицирует: она эксплицирует себя, она раскрывает себя, разворачивается в процессе жизни. Как раскатываемый ковёр открывает свой неповторимый рисунок, так по процессу жизни, по её развитию считываем мы существо личности.

*Один пример из практики. Штефан В., 58 лет, приехал из-за границы только из уважения к своим друзьям, которым дал слово не лишать себя жизни прежде, чем съездит в*

Вену и поговорит со мной. Его жена умерла от рака восемь месяцев назад. После этого он пытался свести счёты с жизнью, в течение недели находился в лечебнице и на мой вопрос, почему он не повторил попытку самоубийства, ответил: «Только потому, что мне ещё надо кое-что уладить». Оказалось, что он беспокоится о могиле жены. Я спросил: «А после этого у Вас больше не останется никаких дел?» И он ответил: «Мне всё кажется бессмысленным, ничтожным». Я: «Вопрос в том, как Вы себе это представляете, ничтожным или нет? Разве не может быть, что Ваше ощущение бессмысленности обманывает Вас? Вы имеете полное право думать, что ничто и никто не сможет Вам заменить супругу, но Вы обязаны предоставить себе шанс однажды подумать иначе и время, чтобы успеть это сделать, пережить это». Он: «Я не чувствую больше вкуса к жизни». Я обратил его внимание на то, что требовать от себя этого, значит требовать слишком многого, и что вопрос заключается в том, есть ли у него обязанность продолжать жить, несмотря ни на что. На это он сказал: «Долг?... Это всё слова. Всё бесполезно». Я: «Даже дружба и слово чести, даже необходимость положить надгробную плиту... для умершей, то есть для существа, которое реально больше не существует... даже если говорить не о непосредственной полезности и целесообразности? Если Вы чувствуете себя обязанным ради умершей поставить надгробный камень, то разве Вы не чувствуете себя обязанным жить ради любви к ней?» Действительно, неосознанно, в глубине души он признавал обязательность подобных утилитарных соображений. Оказалось недостаточным потребовать от пациента исполнения данного им слова, как это сделали его друзья. Нужно было потребовать от него исполнения дела, а это уже относится к сфере экзистенциального анализа. Фактически он вёл себя так, как человек, который знает, что у него есть обязанности, и более того — который верит в высший смысл своего бытия, в нечто, вносящее смысл в его существование в любое время, далее после последнего вздоха того, кого он любит, до последнего мгновения его бытия.

Но экзистенциальный анализ предполагает не только экспликацию онтической экзистенции, но и онтологическую экспликацию того, чем эта экзистенция является. В этом смысле экзистенциальный анализ является попыткой психотерапевтической антропологии - антропологии, которая предшествует любой психотерапии, а не только логотерапии. Действительно, любая психотерапия разворачивается в установленных рамках. В основе её всегда лежит какая-нибудь антропологическая концепция, независимо от того, осознаётся ли эта концепция самой психотерапией. Я не берусь утверждать, что, например, психоаналитик в то мгновение, когда он предлагает пациенту лечь на кушетку (чтобы не быть с ним лицом к лицу), что именно в это мгновение психоаналитик уже фиксирует, каким образом человека он владеет.

Не бывает психотерапии без образа человека и без мировоззрения. Сам Шильдер (P. Schilder) констатировал: «Психоанализ - это философия и психология одновременно. У нас всегда есть мировоззрение, только иногда мы не знаем - какое - или не хотим этого знать». Аналогичные разъяснения опубликовали американские психоаналитики Гинсбург (G. Ginsburg) и Герма (J. Henna), Уайлдер (G. Wilder), Маллен (H. Mullen), Эренвальд (J. Ehrenwald), Вольберг (L. Wolberg), Фридеман (M. Friedemaan), Вольф (W. Wolff), Гольдштейн (K. Goldstein), Рэйнз (G. Raines) и Ропер (J. Rohrer), Эрих Фромм (E. Fromm), Джонсон (H. Johnson), Зоннеман (U. Sonnemann) и Рейд (D. Reid).

Если когда-то давно существовала психология без души, то теперь существует психология без духа. Но именно психотерапии приходится особенно остерегаться этого, ибо иначе она лишается своего важнейшего оружия в борьбе за душевное здоровье или излечение пациента. Если игнорировать духовное и поэтому оказаться вынужденным игнорировать также и волю к смыслу, то можно лишиться ценнейшего средства, доступного терапевту. Современный человек духовно пресыщен, и это духовное пресыщение составляет сущность современного нигилизма.

Духовное пресыщение должно бы противиться коллективной психотерапии. Правда, Фрейд однажды сказал, что человечество знало, что у него есть дух, а он, Фрейд, должен был показать этому человечеству, что оно обладает ещё и инстинктами. Я же думаю: в последние десятилетия человечеству достаточно много доказывали, что у него есть инстинкты. Сегодня, кажется, пришло время напомнить человеку о том, что у него есть ещё и дух. И психотерапия,

тем более перед лицом коллективного невроза, первой должна об этом вспомнить.

Задача экзистенциального анализа заключается как раз в том, чтобы сделать осознаваемым неосознанный, имплицитный образ человека, присутствующий в психотерапии, чтобы его эксплицировать, развернуть, развить точно так же, как мы проявляем фотографию, и тогда из «небытия» появляется изображение. Образ человека у психотерапевта может, при известных обстоятельствах, быть таким, что он будет играть на руку неврозу пациента. К примеру, он может сам по себе оказаться нигилистическим.

Современный нигилизм представляет собой редукционизм. Если вчерашний нигилизм проявлялся в разговорах о «ничто», то нигилизм сегодняшний использует оборот «ничто, кроме». В человеке видят только «голую обезьяну», если использовать название известной книги, или представляют его как компьютер. В книге «Виды психотерапии и её нравственные принципы» нам предложено следующее определение: «Человек есть ни что иное, как сложный биохимический механизм, энергия которому поставляется некоторой топливной системой, компьютер, питающийся энергией, которая неслыханно богата возможностями хранения закодированной информации». Как невропатолог, я ручаюсь за то, что вполне законно рассматривать компьютер в качестве модели определённых функций центральной нервной системы. Человек является компьютером, но он представляет собой и нечто бесконечно большее, чем компьютер. Куб, который строится на квадрате, также в какой-то мере представляет собой квадрат, лежащий у него в основании и служащий для него фундаментом. Но куб - это не только квадрат, хотя квадрат остаётся включённым в куб. В этом случае ошибка возникает только тогда, когда мы берёмся утверждать, что куб - это квадрат и ничего больше. Таким образом мы «редуцируем» куб до квадрата, проецируя его из более высокого, третьего, пространственного измерения в более низкое, второе измерение, в плоскость, на которой строим проекцию куба, его план. Так что редукционизм проявляется в виде проекционизма. Человеческое измерение, «пространство» человеческого а priori выносятся за скобки, и человеческие феномены проецируются на «плоскость» субчеловеческого.

В то мгновение, когда это происходит, наука превращается в идеологию. А что касается конкретно наук о человеке, то в это мгновение биология превращается в биологизм, психология - в психологизм, а социология - в социологизм. Как мы видим, опасность заключается вовсе не в специализации исследователей, а в обобщениях, сделанных узкими специалистами. Все мы знаем так называемых *terribles simplificateurs* [*Terribles simplificateurs (франц.)* - ужасные упрощатели.]. Рядом с ними можно поставить и *terribles generalisateurs* [*Terribles generalisateurs (франц.)* - ужасные обобщатели.], как я бы их назвал. *Terribles simplificateurs* всё упрощают; они всё меряют на один аршин. *Terribles generalisateurs* не только пользуются одним аршином, но ещё и безмерно обобщают результаты исследований.

Редукционистское определение ценности гласит, что речь идёт просто о формах реакции и защитных механизмах. На эту интерпретацию я однажды «отреагировал», сказав, что никогда и ни за что не смог бы жить ради форм реакций или умереть во имя своих защитных механизмов. Подумать только, в какой мере подобные гипотезы способны подорвать энтузиазм, обусловленный смыслом и жизненными ценностями. Я знаю пример одной молодой американской супружеской пары, которая как раз вернулась из Африки, где оба супруга служили в Корпусе мира. Вернулись они разочарованными и огорчёнными. Выяснилось, что они в течение многих месяцев должны были принимать участие в собраниях группы, организованной неким психологом. Вначале, по-видимому, был опрос. Психолог: «Почему вы вступили в Корпус мира?» Супруги: «Мы хотели помогать людям, которые живут хуже нас». Он: «Значит, вы должны превосходить их в чём-то». Они: «В какой-то мере». Он: «Это значит, вам нужно доказать своё превосходство. Ваш действительный мотив - неосознанная потребность доказать себе и другим, насколько вы лучше их». Они: «Мы никогда не смотрели с этой точки зрения, но Вы психолог, Вы, конечно, лучше знаете». Потом групповые занятия были продолжены. Члены группы учились видеть только комплекс в том энтузиазме, который привел их в Корпус мира, в своей жертвенной преданности делу, оплаченной невзгодами и лишениями, и интерпретировать это как обычный «пунктик». Самым худшим было то, как уверял нас человек, рассказавший эту историю, что молодые люди, подвергнутые такой индоктринации, научились видеть эти «действительные» мотивы и друг в

друге, ставить их друг другу в упрёк, чтобы не сказать - бросать прямо в лицо. Начались взаимные психоаналитические игры. Мне хочется сказать, что здесь мы имеем типичный пример «гиперинтерпретации». Мотивы с самого начала не воспринимались всерьёз, ничто не считалось истинным, всё интерпретировалось как результат и проявление психодинамики бессознательного. Так называемую психологию подсознательного правильно назвать разоблачительной психологией. И разоблачение это совершенно законно. Но нужно останавливаться там, где «разоблачительная психология» наталкивается в человеке на что-то подлинное, на истинно человеческое, которое не допускает дальнейшего разоблачения. Если же разоблачитель там не остановится, то он кое-что откроет, а именно - свой собственный неосознанный мотив, им самим не осознанную потребность дискредитировать и обесценить человеческое в человеке.

Один из самых выдающихся психоаналитиков является автором двухтомного труда о Гёте, и мне хотелось бы процитировать отрывок из рецензии на эту книгу: «На 1538 страницах книги автор представляет нам гения с признаками маниакально-депрессивных, параноидных и эпилептоидных расстройств, гомосексуальности, инцеста, вуайеризма, эксгибиционизма, фетишизма, импотенции, обсессивного невроза, истерии, мании величия и т. п. Автор, кажется, ограничился почти исключительно динамикой инстинктов, лежащей в основе художественного произведения. Он хочет заставить нас поверить, что произведения Гёте есть не что иное, как результат прегенитальной фиксации. Его борьба не имеет ничего общего с идеалом, красотой, какими-то ценностями, а в действительности представляет собой только попытки преодоления преждевременного семяизвержения» (Хойшер (J. Heuscher) в *Journal of Existenzialism*, 55, 229, 1964).

Вернёмся к редукционизму: давно опровергнутая фактами теория мотивации представляет человека существом, у которого есть потребности и которое поэтому должно эти потребности удовлетворять, в конце концов, с одной только целью - избежать напряжения, то есть сохранить или восстановить внутреннее равновесие. Другими словами, эта устаревшая теория мотивации всё ещё держится на понятии гомеостаза, заимствованном из биологии, но в самой биологии уже не используемом. Давным-давно Берталанфи (L. v. Bertalanffy) доказал, что такие важные биологические феномены, как развитие и размножение, никоим образом нельзя объяснить с точки зрения гомеостаза. Курт Гольдштейн, крупный специалист в области патологии головного мозга, показал, что только повреждённый мозг настроен на то, чтобы любой ценой избежать напряжения. В основе механистической модели лежит модель замкнутой системы, тогда как человек - существо, открытое миру, которому свойственно (не учитывая невротические случаи, но изначально даже и в них) заботиться не о каком-либо состоянии внутри себя, о выравнивании потенциалов или о внутреннем равновесии, скорее, для человека, по крайней мере не невротика, наибольшее значение имеет дело или партнёр, существующие во внешнем мире, причём не в качестве более-менее подходящих средств для удовлетворения собственных потребностей, а именно ради них самих. Другими словами, наиболее важной характеристикой человеческой экзистенции является «самотрансценденция». Под этим я понимаю основополагающий антропологический факт, заключающийся в том, что человек всегда обращен на нечто, находящееся вне его самого, не являющееся им самим, на что-то или кого-то - на некий смысл, который нужно реализовать, или на бытие близкого человека, которому нужно соответствовать. И только в той мере, в какой человек выходит за пределы самого себя, он может самореализоваться - в служении делу или в любви к другому человеку! Другими словами, цельным человек бывает только тогда, когда он посвящает себя какому-либо делу или другому человеку. И самим собой он бывает только тогда, когда забывает самого себя. Как прекрасен ребёнок, если его сфотографировать, когда он не знает, что его фотографируют, когда он всецело поглощён своей игрой!

В какой степени самотрансценденция человеческого существования простирается до биологических глубин, можно продемонстрировать на примере самотрансцендентности человеческого глаза. Способность глаза воспринимать мир обязательно связана с тем, что он не способен воспринимать сам себя. Когда глаз видит сам себя (за исключением зеркала) или какую-то часть себя? Только тогда, когда он болен катарактой. В этом случае он видит туман, то есть помутнение хрусталика. Или когда он болен глаукомой - тогда он видит вокруг источника света радужный ореол. Аналогично и человек реализует себя, когда не думает о

себе, всецело отдаваясь партнёру или «погружаясь» в какое-то дело.

На самом деле, редукционизм - это, собственно, субгуманизм. Дедукция субчеловеческих феноменов преобразует и человеческие феномены, одним словом, дегуманизирует их. Вспомним о совести: типично редукционистская теория рассматривает этот специфически человеческий феномен просто как результат обуславливающего процесса. Собака, которую не пускают в комнату и которая, поджав хвост, забивается под кровать, демонстрирует поведение, без труда квалифицируемое как результат обуславливающего процесса. Это поведение, некоторым образом, продиктовано страхом ожидания, то есть тревожным ожиданием наказания. Совесть не имеет ничего общего с подобными страхами. Пока человеческое поведение определяет страх наказания, надежда на похвалу или желание понравиться «хозяину», о настоящей совести не может быть и речи.

Конрад Лоренц осторожно довольствовался указанием на «нравственноподобное поведение животных». Иначе поступают редукционисты. Для них нет разницы между поведением животного и человека. Специфически человеческие феномены для них не существуют вообще. Причём отрицают они эти феномены, основываясь не на результатах экспериментальных исследований, а только лишь на априорном убеждении. Для редукционистов изначально исключена возможность существования чего-то, что может быть у человека и чего не бывает у животных. Редукционисты даже позволяют себе перефразировать знаменитый тезис сенсуалистов и говорить: «Nihil est in homine, quod non prius fuerit in animalibus» [Nihil est in homine, quod non prius fuerit in animalibus (лат.) - В человеке нет ничего, чего прежде не было бы в животном.].

Не бывает, чтобы природа не совершала скачков. Она совершает количественные скачки и совершает качественные, или, как говорят марксисты, количество переходит в качество. Существует качественное различие между человеком и животным. Но нас, собственно говоря, интересуют не различия между человеком и животным, а признание специфически человеческого как нередуцируемого феномена. Мы ничего не имели бы против, если бы действительно выяснилось, что человек - это всего лишь обезьяна. Нельзя ничего возразить, если у обезьяны обнаруживаются человеческие черты, и я бы не замедлил назвать обезьяну человеком, если бы это действительно было так.

Вопрос о том, является ли человек обезьяной, эмоционально нагружен под влиянием того, что этим было бы дезавуировано библейское сказание о сотворении мира. Мне вспоминается при этом старый анекдот. Один талмудист спрашивает другого: «Почему "Моисей" нужно писать через "л"?». На что второй отвечает: «А что, нужно писать "Моисей" через "л"?» Тогда первый снова спрашивает: «Почему "Моисей" нужно писать не через "л"?» На что второй нетерпеливо и гневно отвечает: «Ну а почему "Моисей" нужно писать через "л"?» - «Так я тебя об этом и спрашиваю», - говорит первый. На вопрос о том, является ли человек обезьяной можно ответить подобным вопросом: «А почему он не является обезьяной?» И ответ будет звучать точно так же: потому что это противоречит библейскому сказанию о творении. И на первый план выходит вся эмоциональная нагрузка этого вопроса.

Если повторить, что же нас действительно и единственно интересует, так это вопрос, *существует ли качественное различие между человеческим и субчеловеческим*, одним словом, существует ли нечто, специфически человеческое. Об этом много рассуждает Конрад Лоренц. Однако, он говорит о некоей фульгурации. По его мнению, всё-таки существует нечто специфически человеческое, при этом на вопрос о качественном различии между человеком и человекообразными получен *эмпирический* ответ.

Я же предпочитаю говорить не о качественном различии, а о разнице в количестве измерений. Преимущество такого подхода заключается в том, что результаты, полученные в разных измерениях и *противоречащие друг другу, несмотря* на такое противоречие, всё же не исключают друг друга, поскольку при наличии разных измерений пространство с большей размерностью *включает* в себя пространство с меньшей размерностью. И онтологической модели Николаи Гартмана, согласно которой более высокие уровни бытия «возвышаются» над более низкими, присуще то же самое достоинство, каким обладает наш пространственно-онтологический подход, позволяющий увидеть *связанность* некоторого феномена с другими феноменами, несмотря на *специфичность* феноменов более высокого порядка. Вернёмся к вопросу о человеке. Несмотря на специфически человеческое в человеке, человек всё же

остаётся животным. Жизнь человека и жизнь животного не противоречат друг другу. Одно не исключает другого: между ними существуют отношения включения.

И наконец, там, где есть разные измерения, могут быть и проекции. Я могу некоторое явление из его собственного измерения спроецировать в более низкое измерение. Так я могу человеческий феномен спроецировать на субчеловеческий уровень. Такое действие вполне законно и научно, ибо наука эвристически отказывается от полнотности некоторого феномена и исходит из умозрительной одномерной реальности. Сомнительным это положение становится только тогда, когда его идеологизируют. Когда утверждают не только то, что в человеке можно выявить врождённые пусковые механизмы, но и то, что человек - это «голая обезьяна» и ничего более. Редукционизм проецирует человеческие феномены на плоскость субчеловеческого не только эвристически, он напрочь отрицает существование человеческого измерения и, что ещё хуже, делает это а priori.

Сказанное касается не только взаимоотношений между человеком и животным, но и того, что возвышается над человеком. И если идёт речь о том, что в области природы никакая телеология не доказуема, то это пустое утверждение следует формулировать с большей осторожностью: в плоскости проекции биологии и/или этологии телеология не может быть доказана. Сделанный из этого вывод, что телеологии, вообще не существует, является не результатом эмпирических исследований, а лишь философским рассуждением, причём априористичным. С полным основанием я могу только сказать: в рамках плоскости проекции, с которой работает Конрад Лоренц, просто не идёт речь и об отображении телеологии. У него на плоскостях сечения телеология ни разу не встретилась. Можно было бы также говорить об отрицательной телеологии (которая отказывается говорить, *что* есть Бог, ограничиваясь высказываниями о том, что *не* есть Бог) И если Конрад Лоренц однажды откажется от того, чтобы изначально оспаривать возможность телеологии и заявлять о своей приверженности этому (завоёвывая себе признание) и признает её принципиальную возможность, пусть даже в некотором измерении, лежащем за пределами его науки. Тогда он заслуживает не только Нобелевской премии в своей области науки, но и может претендовать на Нобелевскую премию, которой пока ещё нет, а именно - на Нобелевскую премию по мудрости. Ибо мудрость можно определить как *знание при одновременном осознании ограниченности этого знания*.

## Заключение

В заключение позвольте сказать, что у логотерапии есть пять сфер применения. И поскольку это терапия, основанная на логосе, на смысле, то прежде всего она показана в случаях *ноогенного* невроза, который, как таковой, как ноогенный, возникает вследствие утраты смысла. В этой первой области применения мы можем рассматривать логотерапию как *специфическую* терапию.

Во второй области применения, в случаях психогенного невроза, где она применяется в виде дерефлексии и парадоксальной интенции, логотерапия выступает в качестве неспецифической терапии, поскольку различные типы патогенных реакций, для устранения которых её можно применить, никак не связаны с проблематикой смысла. Хотя этим вовсе не сказано, что в случае неспецифического применения речь идёт только о симптоматической терапии. Ибо дерефлексия и парадоксальная интенция в случаях, когда они действительно показаны, действуют на самое основание невроза, как раз туда, где круговой механизм, который нужно разорвать, оказался таким патогенным. Поэтому даже тогда, когда логотерапия не является специфической и не является каузальной психотерапией, она всё-таки оказывается терапией, воздействующей непосредственно на причины.

В третьей области применения логотерапия и вовсе перестаёт быть терапией, просто потому, что здесь она имеет дело не с *соматогенными* заболеваниями в целом, а с неизлечимыми соматогенными заболеваниями, при которых изначально речь может идти только о том, чтобы помочь больному обрести смысл в своём страдании за счёт реализации ценности установки. Как было сказано, при этом не идёт и речи о какой-либо терапии, но никто не может оспорить, что такое врачевание души [«То, чем мы занимаемся, - говорил

Фрейд, - это забота о душе в лучшем смысле слова».] входит в сферу профессиональных обязанностей врача, является врачебным действием и лечебной процедурой, в противоположность четвёртой сфере применения логотерапии, где она уже не является, как в третьей области показаний, лечебным действием (хотя и в отношении неизлечимых болезней и недугов), но где она сталкивается с *социогенными* явлениями - с ощущением бессмысленности, чувством опустошённости и экзистенциальным вакуумом, то есть с явлениями, в отношении которых нельзя применить медицинскую модель, поскольку сами по себе они не являются патологическими, но всё же могут оказаться патогенными, особенно в случаях, когда они приводят к ноогенному неврозу.

И, наконец, пятая сфера применения логотерапии - сфера социогенного сомнения и отчаяния в поисках смысла жизни. Здесь логотерапия представляет собой не лечение больных врачом, а несёт *человеческое* утешение страждущим. В пятой сфере применения речь не идёт ни о специфической, ни о неспецифической терапии ноогенных или психогенных неврозов, ни о лечении или утешении людей, страдающих вследствие соматогенных или социогенных причин, речь идёт, скорее, о предотвращении, о *профилактике ятрогенных* неврозов. В сущности, мы должны были бы говорить о психиатрогенных неврозах. Мы имеем в виду как раз те случаи, в которых врач (греч. *iatros*) или психиатр повинен в углублении экзистенциальной фрустрации, поскольку он подходит к пациенту с мерками и представлениями, сформированными на основании субчеловеческой модели, в результате чего психотерапия волей-неволей сводится к некой индоктринации, причём редуccionистской.

После систематического анализа вопроса, в заключение мы хотели бы рассмотреть его с исторических позиций. Суцек (W. Soucek) говорил о логотерапии как о Третьем Венском направлении в психотерапии и, таким образом, зачислил её в приемницы психоанализа и индивидуальной психологии. Если это и так, то не следует забывать и упускать из виду, что основной биогенетический закон Эрнста Геккеля также имеет отношение к логотерапии. Согласно Геккелю, онтогенетическое развитие резюмирует филогенетическое, поэтому в жизни, в личной биографии основателя логотерапии прежде всего, есть периоды, из которых вышли публикации, рукописи которых были отправлены в редакции международных журналов, посвящённых психоанализу или индивидуальной психологии, где они затем были опубликованы в 1924 или 1925 годах.

Так или иначе, но Зигмунд Фрейд однажды писал: «Все наши представления ждут того, чтобы их дополнили и исправили». Миллар (T. Millar) полагает, что современная ситуация свидетельствует об осуществлении достойной теоретической ревизии собственными силами. Вернее, он согласен с Хильгардом (E. Hilgard), по мнению которого собственное переформулирование психоаналитической теории лучше всего может быть осуществлено людьми, которые не чувствуют никаких обязательств перед психоаналитическими организациями и институтами. Насколько такое «переформулирование» было бы своевременным, можно понять из следующего высказывания. Мармор (J. Marmor), президент Американской академии психоанализа, пишет: «Кажется, за последние десять лет престиж психоанализа в нашей стране, особенно в академических и научных кругах, существенно упал». Издатель американского психоаналитического журнала («American Journal of Psychoanalysis») Келман (G. Kelman) представил в Американскую психиатрическую ассоциацию следующие факты: в 1945 году практически каждый начинающий психиатр хотел пройти курс учебного анализа. В 1960 году - только один из семи, в 1969 году - уже всего лишь один из двадцати. И вообще, североамериканские психоаналитики сообщают об ослаблении интереса к психоанализу в районе их деятельности.

И всё же, как мне кажется, психоанализ будет фундаментом и для психотерапии будущего, хотя так же, как и строительный фундамент, он будет всё больше исчезать из виду по мере возведения на нём здания терапии будущего. Поэтому вклад, внесённый Фрейдом в создание психотерапии, не теряет своей ценности, и сделанное им ни с чем несравнимо. Когда мы посещаем старейшую в мире синагогу, «Альтной-шуле» в Праге, гид показывает нам два места, на одном из которых сидел знаменитый, легендарный Рабби Лев (про которого говорят, что он из комка глины создал голем), а на другом - все раввины после него, ибо никто не отваживался поставить себя наравне с Рабби Левом и занять его место. Поэтому уже много столетий место Рабби Лева остаётся свободным. Я думаю, точно так же будет и с

Фрейдом: никто и никогда не сможет с ним сравниться.