

TRABAJOS DEL PROFESOR
EN RUSSO

РАЗГРАНИЧЕНИЕ ПОНЯТИЯ "НЕВРОЗЫ"

Слово /невроз/ введено Кулленом в 1777 году — "Несмотря на то, что почти все заболевания человеческого тела могли бы быть названы "нервными", нельзя пользоваться таким общим определением; с другой стороны было бы неточным ограничиваться таковым термином при истерии и типохондрических расстройствах, которые трудно определить с достаточной точностью. Таким образом, предлагаю подразумевать под названием "неврозы" такого рода сверхъестественные недуги сознания или движения, которые протекают без жара, как неотъемлемое первичного заболевания, а также и те, которые не зависят от локального поражения органов, а от всей нервной системы в целом и от тех потенциалов, от которых зависит сознание и движение. Таковые заболевания я называю "неврозы", делая различия в их группе, в зависимости от того, существует или нет слабость в потенции сознания или движения, или же беспорядочность в исполнении движений. В связи с этим различием говорю о "*Comata, Adynamie, Spasmi, Vesaniae*"

Таким образом для Куллена неврозы были общими заболеваниями нервной системы без локальной причины. Эта черта, истолкованная позже как отсутствие патологоанатомического повреждения, осталась надолго как одна из основных характеристик неврозов. Несмотря на то, что классификация заболеваний, данная Кулленом не имела особенного успеха, термин остался, и принято говорить, что само его содержание теряло свое значение со временем, по мере того, как открывалось, что многие нервные заболевания основываются на каком-либо определенном повреждении. Эволюция была очень сложной: не надо забывать, что под рубрикой неврозов подразумевались многие психические заболевания. Из них психозы составляли отдельную группу почти во всех нозологических классификациях и только лишь истерия, типохондрия и еще какая-нибудь малая звезда типа *vertigo* удержались среди неврозов.

Отсутствие повреждения оказалось недостаточным для разграничения неврозов. Нельзя смешивать их с тем, что позднее стало называться "функциональным заболеванием". Самая характерная черта этой группы — положительная, психогенез. Таким образом происходило раз-

граничение группы, будучи несложным в их различных определениях найти общую подпочву.

Короче говоря: 1. - Слово "невроз" возникает как выражение нервного расстрѣства; это - нервная дисфункция. Тезис, который объединяет функциональную и психосоматическую патологию.

2. - Невроз - болезнь воображения, продукт внушения /Бернхейм, Шарко/, но внушение исходит от самого субъекта - самовнушение. С каждым разом все более заострялась эта характеристика воображения в генезе неврозов до такой степени, что Бабинский оказался на грани мысли о симуляции.

3. - Невроз, как утверждает психоанализ - срыв при конфликте внутреннем или внешнем. Анализ внутреннего конфликта приводит нас к динамике личности. Анализ внешнего конфликта - к психической травме и к изучению влияния социальных и человеческих факторов на больного. Отсюда подходим к неврозам как к проблеме существования.

В различных определениях, какова бы ни была страна их происхождения, употребляются следующие существенные пункты: конфликт внутренний или внешний субъекта, определяющий его ненормальную реакцию, и личность, в развитии которой заключен конфликт. Тот факт, что на фоне каждого невроза находится проблема ангустиа /тревожного беспокойства/ уже было указано Фрейдом и повторяется во многих определениях. К этой теме вернемся еще не раз в этой работе. Следующая важная черта - это характерна я особенность конфликта, подразумевающая его подсознательную психодинамику. В каждом из этих тезисов есть какая-то доля истины. По этому пути следуют самые недавние исследования, тем не менее, два предыдущих пункта продолжают ос-

ставаться в силе. Введение неврозов в группу заболеваний душевного состояния /"тимопатия"/ обуславливает переоценку первых тезисов, но было бы непростительной ошибкой игнорировать все то, что было открыто другими путями.

"ВИВЕНЦИАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ"

Различная трактовка определения / *vivencia* /, происходит от его использования в немецком языке / *Erlebnis* /, не имеющее перевода ни на французский, ни на английский, ни на итальянский языки. В испанском существует неологизм : "*vivencia*". Тут можно говорить об "эмоциональном сотрясении" именно потому, что это есть - эмоциональный толчок, который глубоко проник и включился в психическую жизнь субъекта. Это есть опыт, пережитый им самим.

К.Шнейдер говорит: "Психические аномалии появляются иногда как вариации психического поведения и иногда как следствие заболеваний и пороков развития тела." Среди аномалий встречаются аномальные интеллектуальные предрасположения /например, дебильность/, аномальные личности и ненормальные вивенциальные реакции. В разряд последних входят неврозы и невротические реакции. Психические нарушения, происходящие от заболеваний или пороков развития - психозы, из них одни связаны с известной причиной /органические психозы/, другие же не имеют ее, причем подразумевается их наличность в связи со своеобразием ~~и~~ клинической симптоматики. В любом случае их симптоматика качественно отличается от неврозов. Речь идет о таком же различии, какое имеет место между вариацией и мутацией. Психическая мутация, составляющая психоз, характеризуется потерей непрерывности восприятия жизни. "Неврозы мешают "быть человеком" - говорит Кондро. Босс говорит об "уменьшении возможности существования" и Гебсаттел о "подавлении развития". Точнее говоря: появляются симптомы, не имеющие аналога в нормальной психической жизни, ни в ее отклонениях. Психозы разрушают гармонию

целостности, непрерывности восприятия психической жизни.

Психозы не подчинены вивенциальным или эмоциональным сотрясениям, не бывают мотивированы. К такому же различию прибегают во множестве других определениях, направленных на психодинамику. "Разрушение "Я" равнозначно потере восприятия жизни. В этом "Я" заключена целостность личности, самобытность и собственное восприятие мира. Таким образом, в психозах нарушается равновесие в структуре, в то время как в неврозах она сохранена.

Что означает нормальная и ненормальная вивенциальная реакция? К. Шнейдер говорит, что вивенциальная реакция - ответ аффективный, мотивированный и осознанный на определенную вивенцию. Физический акт - акт изолированный, он может быть анализирован в силу своей элементарности и непрерывности. Психический акт - не одно и то же: вивенция - опыт пережитого и внем сохранен отпечаток самой жизни. Этот опыт уникален и в то же время дан в единстве. Кроме того он - акт своеобразный, присущий определенному субъекту. Сыновья испытывают тоску перед смертью матери, но каждый из них по-своему и отлично от другого. Вивенция не есть элементарный акт, а нечто, участвующее в единстве всей психической жизни. Ответ также имеет свой смысл и адекватен определенной ситуации. Нормальная психическая жизнь - есть жизнь осмысленная. Мотивация отражает разницу между причиной и мотивом. Причинность относится к сфере физической, а мотивация - к психической. Причинность детерминирована, те же причины производят одинаковый эффект, мотивирование же составляет свободным полем деятельности - каждый реагирует по мере своего собственного образа жизни. Понятливость и разумное восприятие определенной ситуации не могут быть включены в состав вивенциальных реакций.

Можно понять, говорит Кэсперс, значимость вивенциального толчка, но его трансформация в соматическое — соматизация воспринимается трудней. Приходится иметь в виду механизмы экстра-сознания. Обычно ищем разъяснение в специальной предрасположенности или в соматическом процессе, или же подозреваем, что эмоция произвела случайно какое-то воздействие на основу нашей психической жизни. Также как и психическое потрясение имеет следствием многие коррелятивные телесные процессы, может то же самое произойти и с механизмами, воздействующими на отклонения состояний сознания. Таким образом, такое вероятное нарушение механизмов экстра-сознания является случайным и аналогичным телесным последствиям при эмоциональных потрясениях.

Заболевание — концепт врачебный и относится к сфере телесного. Психоз имеет субстрат телесный — демонстрированный /органические психозы/ или предполагаемый /эндогенные психозы/. Выражение "невроз" оспоримо, потому что противоречит тому, что считается максимальной находкой современной психопатологи: суть не в нервных нарушениях, а в психических. Кроме того, оборот: "невроз имеется", освобождает от ответственности. Невроз не имеют, а бывают невротиком. Это важно иметь в виду больному, желающему вылечиться.

Американские психиатры более склонны к принятию выражения К.Шнейдера: "нет неврозов, есть всего лишь невротики". Также склонны к отрицанию характера заболевания неврозом, но будучи под влиянием традиция Адольфа Мейера и психоанализа, оспаривают даже сам концепт заболеваемости в психозах. Выражение "психоневроз", введенный Крафт-Эббингом, не добавляет ничего нового. К.Шнейдер критикует также манеру говорить о "реакции" вообще, не уточняя идет ли речь о "вивенциальных реакциях", указывая таким образом на опасность не суметь различить между "физическими реакциями" и "психическими". Это случается, когда говорят о "патологических реакциях", "аномальных психических реакциях" или "психопатических реакциях". Другое терминологическое замечание Шнейдера относится к сообразности отбросить выражение типа "истерический" и более того "психогенный". Первое — превратилось в суждение ни о чем не говорящее. "Психогенная реакция" — выражение само по себе приемлемое, приобрело оттенок напоминающий реакцию с тенденцией чего-либо достичь, хотя было бы

нелепым оценивать именно "психогенное" с точки зрения тенденциозности.

Слова, употребляемые для обозначения такого типа больных, изнашиваются и приобретают пренебрежительную форму, нередко превращаясь чуть ли не в оскорбление. Сказать о ком-либо, что он "истерик", означает принизить его, то же самое происходит и со словом "псих". В противопоставление психического органическому, суждение о первом — суждение как о чем-то не подлинном "псевдо". В настоящее время это противопоставление становится обидным и, таким образом, психогенное теряет свой номинальный характер. Мы не можем говорить сегодня, как это делал в свое время Ланге, о "психогенных депрессиях" /"реактивных"/ и об "эндогенных депрессиях".

Откуда такая недооценка? Если такая тенденция возникает из самой клинической ситуации, естественно думать, что заражение распространяется и на другие термины. Так оно и есть. То же самое происходит и с "психопатией". Считаются достоверными психозы и "недостоверными" — неврозы. У самого К.Шнейдера ускользает от внимания нечто решающее для оценки. Невроз "делается", а не "имеется". Считается, что в неврозах или в ненормальных психических реакциях существует некое намерение, своеволие, несущие черту извращения естественного порядка. Человеческая природа заболевает или извращается, в разделе психических аномалий мы близки к этой области. Бабинский пришел к понятию о "пятиатизме", близкому к симуляции. И дело в том, что в таких случаях имеется собственная диалектика болезненной ситуации, проявляющаяся иногда и у соматических больных. Больной акцентирует внимание на своей болезни из следующих целей: во-первых — обратить на себя внимание, и во-вторых — получить некоторую выгоду. Существует к тому же некое наслаждение в своем стремлении "не быть подлинным". Не всякий невротик таков, но у каждого из них имеется в зародыше эта тенденция.

Со стороны врача также имеется одна сложная проблема. Его неспособность излечить проектируется в деквалификацию больного. Больной не желает вылечиться, говорит он. Противодействие ситуации переносится на личность больного. Такое проявление воли действ-

вительно имеет место, но оно не так распространено. Случается, что невротик, к сожалению, не способен иметь другой образ жизни как быть невротиком.

Контур неврозов

1. Неврозы отличаются от психозов. Есть авторы, которые допускают переходные формы /список ведется от Кречмера до психоаналистов/, другие же устанавливают разрыв, отделяющий неврозы от психозов. /К.Шнейдер/ Сохранение или разрыв постоянности значения "Я" или "функции реального".

2. Неврозы отличаются от психопатической личности. В этом случае допускаемые переходные формы общепризнаны. Разница устанавливается в зависимости от наличия или отсутствия точки соприкосновения между "психопатической личностью" и "невротической личностью", будучи первое из них - "нечто присущим и второе - "нечто осуществленным" в течение жизни.

3. Неврозы - реакции психические в узком смысле слова или же точнее - психогенные. Расхождения между разными точками зрения зависят от исключаемости или же от превалирования, предоставляемые психогенетической динамике.

4. Неврозы - аномальные психические варианты, отсюда их переходные формы к состоянию нормального. Отсюда также невозможность считать их заболеваниями в полном смысле слова.

5. Неврозы вызываются конфликтными ситуациями - представляют собой формы поведения в ситуациях конфликта, - социозны.

6. Особенностью неврозов служит нарушение внутренней динамики между различными "психическими областями" или "инстанциями", которые составляют личность. Эта динамика устанавливается аномальными распределениями психической энергии. Травма или определенная ситуация создают в течение жизни такого рода энергетические нарушения.

Можно было бы продолжить список. Достаточно перечисления для того, чтобы подметить те основные направления, которые употребляются в данное время для разграничения неврозов. Но дело не столько в проблеме описания, сколько в интерпретации клинических данных и, в следствие этого, в самой теории неврозов. С мо-

ей стороны, в виде добавления к вышеуказанным взглядам, думаю необходимым принимать во внимание "эндотимический фон неврозов".

Несмотря на наличие всех возможностей в приведенном перечислении, не все обладают одинаковой закономерностью /иерархией/. И это есть то, что я постараюсь доказать в этой книге, т.е. — что вивенциальные реакции, будь то конфликты внешние или внутренние, — в смысле конфликтов "оного" или несознания, — стоят в зависимости от определенного душевного состояния. Здесь-то и возникает четкая перспектива неврозов как патологические формы.

Нарушение эндотимического фона составляет инфраструктуру неврозов, но неврозы, как никакое другое заболевание, — болезнь личная. Поэтому можно сказать, что каждый человек делает свой собственный невроз. Главная задача, открытая для исследования, заключается в изучении динамики между этими двумя структурами: эндотимической и личной. Здесь имеет место слияние двух сторон: человека как природы и человека как личности. Потому что личные конфликты, зачастую, выявляют разрозненными различные сферы личности, основные динамические взаимосвязи, которые еще предстоит выяснить.

КЛАССИФИКАЦИЯ НЕВРОЗОВ. ИХ ОСНОВНАЯ СХЕМА.

Невроз и психоневроз.

Фрейд различал две основные группы: неврозы в точном смысле этого слова /"Actualneurosen"/. и неврозы "трансференции" — психоневрозы^I/. Первые содержат неврастению и неврозы ангустии. В то время, когда Фрейд давал свое определение неврозам, он был склонен к принятию их биохимического патогенеза. Он думал о задержке половых продуктов по причине воздержания или при определенных аномалиях половой жизни.

На тему о неврозах ^{трансференции} трансформации или психоневрозах была создана настоящая психоаналитическая доктрина. Три основные ее раздела: истерия, фобии и навязчивый психоневроз. В современных тезисах добавляются другие, относительно новые главы. Говорят о меланхолии, как о "неврозе нарциссизма", о "неврозах характера", включаются также извращения, неуравновешенность и психопатические личности. "Органоневроз" или "висцеральный невроз" и психосоматические расстройства тоже начинают отделяться, как это де-

лает Александер в своем различии между "неврозом конверсии" и "психопатическими расстройствами".

Брун отличает невроты в собственном смысле /неврастения, невроз ангусти и ипохондрии/ от психоневроты /истерия, фобии и невроз навязчивых состояний/. Брун объединяет психоанализ с теориями о функционировании нервного сплетения. Г.Дельгадо говорит о "психоневрозах или реактивных невротях" и "бионеврозах или эндогенных", в которых наименее спорными являются невроты навязчивых состояний, но также признает в истерии присутствие конституционального ядра. Г.Эй также как и многие другие авторы, описывает основную форму - невроз ангусти, невроты ярко очерченные, - фобии, истерический и невроз навязчивых состояний. Биндер подразумевает под термином невроз только такие виды расстройств, в которых существование психодинамических механизмов является доказанным: /а/ психогенетические реакции, протекающие без структуральных изменений, /б/ простые психогенные развития, предусматривающие более продолжительные и глубокие изменения, /в/ невротные развития, в которых симптомы отмечаются самим больным как нарушение. Таким образом, уже в невротном развитии для самого Биндера, невроты начинают иметь общую границу с непониманием, которое с точки зрения деминологической, присваивается именно психозам. Кречмер также делал различие между "примитивными реакциями" и "реакциями личности" от реакций "среды", - таким образом среди отличительных черт этих двух авторов и К.Шнейдера имеются начальные совпадения.

Как видим, уже со времен Фрейда имеется тенденция различать два типа невроты. Различие, сделанное Фрейдом, и которое основывалось на ^{иной} другой патологической концепции было стерто последующим развитием психоаналитической докторины. Предполагаемый патогенез невроты в собственном смысле остается заброшенным и группа интегрируется в невроты трансференции. У авторов, классифицирующих невроты с точки зрения чистой клинической феноменологии, есть тенденция различать две группы в зависимости от того, имеются ли в виду "невротные реакции" или же "невротные личности". Думаю, что в основе таких различий стоит одна и та же проблема, вытекающая из клинического опыта. Существуют невроты, которые протекают, как бы нанизанные на такого рода личность, которая на более близка так называемой "средней личности". Невроз - это

патологическое событие, это — кризис или период в жизни. С другой стороны, в другой группе, структура невроза и личность остаются тесно сплетенными. В этом случае уже нельзя говорить о "реакции" ни о "кризисе" или "периоде", а о "личности" или о "невротическом развитии". Между временным кризисом и постоянным развитием имеется широкий спектр /различия/. Проблема заключается в исследовании факторов, определяющих то или иное эволюционное направление.

В классификации неврозов принимают участие также и клинические симптомы: навязчивые состояния, фобии, истерии, ангусти и т.д. и т.п. Клинические типы есть ни что иное, как случаи изолированные, с акцентом на одном из симптомов, остальные из которых остаются на периферии картины. Речь идет о диагностике за счет акцентуирования, подобно характерологии, данной Лершем.

Представляет интерес упомянуть об одном актуальном аспекте американской психиатрии. Подвергается серьезной критике психиатрическая нозология как что-то ненужное. На последнем симпозиуме *Найнеман* проводилась дискуссия именно в таком духе.

"К чему нужна нозология? Если у вас есть больной с сахаром в крови — даете ему инсулин. Какое имеет значение называть его диабетиком?". Крайняя позиция, это верно, хотя такая антинозологическая тенденция свойственна значительной части американской психиатрии. Это, тем не менее, не мешает тому, чтобы во время выработки нозологической классификации она оказывалась наиболее громоздкой.^{2/}

Не буду входить сейчас в дискуссию, но совершенно очевидно, что какая-то определенная ^{классификация} квалификация необходима, хотя бы в виде сообщения клинического опыта. Главное иметь в виду, что речь идет о "клинических типах". Обычно это смешанные типы: при умении искать, в каждом невротике можно встретить схожую симптоматику с другими типами, но существует определенная градуация симптоматиологического спектра, где наиболее яркая окраска служит для обозначения картины. Речь идет о полезной и нужной классификации с эмпирической точки зрения, по крайней мере, для проблем типа статистики и коммуникации. В этой книге я ограничусь описанием неврозов, выбирая классические типы и названия: невроз ангусти, истерии, фобии, невроз навязчивых состояний, неврозные депрессии, и психосоматические расстройства. Главное, это анализ различных динамических устройств, вмещающихся в структуру неврозов, значение которых увеличивается в случаях хорошо составленных кли-

нических типов, приобретая, как можно выразиться, свою собственную жизнь. Это - способ заболеть, и это говорит о том, что они не ограничиваются каким-то определенным моментом заболевания, а скорее, - формой течения; т.е. в этом заключены проблемы прогноза, а также терапевтические указания, не забывая о различиях в их психодинамической структуре.

/2/ см. классификацию психоневрозов, предложенную Комитетом Номенклатуры Американского Психиатрического Общества.

ПСЕВДОНЕВРОЗЫ

Франкл различает между неврозами и псевдоневрозами.

/ "В отличии от истинных неврозов, которые должны быть определены как заболевания психогенные, нужно говорить о соматогенных заболеваниях, которые могут быть названы псевдоневрозами. Естественно, что большая их часть, предполагает некоторую нагрузку и психическую сверхвыработку. Другими словами, их соматогенез первичен".

| | Психический моносимптом | Объективные данные | Избранная терапия |
|--|--|--|---|
| Базедовидная группа /скрытый гипертиреоз/ | Агорафобия | Основной обмен увеличен | Дигидроэргота- мин 45. |
| Адиссоноидная группа /скрытый гипокортикоз/ | Деперсонализация. Психич. адинамиче- ский синдром | Артериальное давление умень- шено | Дезоксикортико- стерон. |
| Тетаноидная группа | Фобия закрытых помещений. Истерический гло- бус. Расстрой- ства дыхания. | <i>симптом</i> Хвостек "А+" К:Са 2 | Са.А.Т.10 гли- цериноэфир о-метоксифенола |

Подобным размышлениям подвержен и В.Гибсаттел. "В фобиях необходимо исследовать органическую почву". Более конкретен Шульц, высказывающийся по поводу необходимости исследования лабиринта в случаях головокружения, также как и гормональных расстройств, расстройств токсических и обменных в большинстве других случаев. К сожалению, многие односторонние психоаналиты, в особенности не медики не следуют по этому пути: "Больной, предварительно подвергнувшийся психоанализу в течение нескольких месяцев, может быть мгновенно излечен одной лишь углеводной диетой".

Проблема имеет клиническое значение и основа ее — есть общности выраженности, устанавливающаяся между органическими и невротическими расстройствами. Тахикардия может быть проявлением повреждения или же сердечного невроза. Дифференциальный диагноз ^{оказывается} является решающим в направлении к врачу невротических и психопатических больных, несмотря на то, что они не являются "больными" во "врачебном смысле". Доверить психотерапевтическое лечение несведущему — не врачу — каким бы ни был значительным его психологический опыт, является всегда этической ошибкой, в виду того, что им может быть пропущено основное органическое повреждение. Врачи тоже ошибаются, но здесь возможность ошибиться гораздо меньше. Отсюда необходимость досконального соматического исследования каждого больного неврозом, прежде чем установить диагноз невроза.

Но, с другой стороны, также являлось бы ошибкой приписывать невротическому расстройству симптоматику соматического, когда нет тому причины. Я видел множество диагнозов гипертиреозидизма, основанных на наличии увеличенного основного обмена и даже результаты, полученные от исследования радиоактивным иодом у больных неврозом страха. Соматические заболевания обладают хорошо очерченной симптоматикой, основываясь на которой и должны быть диагностированы. То же происходит и с неврозами. Необходимо установить взаимосвязи между соматическими данными и симптомами неврозов и не только в какой-то определенный момент, а на протяжении всего течения болезни. Ошибки, допущенные в этом смысле самой медициной, а не врачами — экстраординарны. Любая боль в области шеи причисляется к повреждениям шейного отдела позвоночника и подтверждаются радиографическими снимками, не учитывая того факта, что эти боли являются характерными для людей определенного возраста. Наблюдение за больным выявляет в этих случаях исчезновение болей по истечении нескольких месяцев с одной стороны, но с другой, радиографические снимки говорят о том, что повреждения не только не исчезли, а, наоборот, увеличились. И, наконец, с другой стороны, в итоге наблюдения оказывается, что боль в области шеи является составным общего синдрома, не имеющего никакого отношения к суставам шейных позвонков, а есть выражение невроза страха.

Поучителен случай с "ночным недержанием мочи". У детей с нарушением роста спинного мозга /дисплазия/ имеется недержание за

счет нарушения сфинктеров. У подверженных эпилептическим припадкам нарушен контроль мочевого сфинктера. В связи с этими двумя фактами, в одних случаях приходят к выводу, что причиной, вызвавшей нарушение в своем большинстве является незаращение дужки позвонков/spina bifida/ скрытое или явное, в других - речь идет о неизвестных формах эпилепсии. Эта потребность отыскать причину заболевания, этот переход от случаев проявленных до скрытых - все это и затрудняет проблему. Огромное количество случаев недержания не имеет ничего общего ни с эпилепсией, ни с мозговыми дисплазиями.

Имеется еще много проблем. При разборе симптоматики артериальной гипертонии налицо множество субъективных нарушений невротического характера: головные боли, сердцебиение, усталость, недостаточность концентрации внимания, беспокойство или ангустиа и т. д. Если к тому же находим высокие цифры артериального давления, то вся эта симптоматика приписывается тут же артериальной гипертонии. /Оставим в стороне те случаи, когда цифра давления является выражением,

т.е. еще одним симптомом ангустиа /, проходят месяцы, субъективная симптоматика исчезла, больной весел, способен работать, но цифра давления все также высока. Разве так уж необходимо связывать между собой эти два фактора? Почему бы не предположить, что больной перенес невротическую /или тимопатическую/ фазу независимо от ртутных данных. Больной чувствует себя облегченно, когда ему говорят, что все зависит от его давления, но это утверждение, особенно если в нем нет уверенности, представляет собой "палку о двух концах", ибо некоторые симптомы могут таким образом закрепиться. Иногда эта фаза не проходит полностью, остается тенденция к тревожному беспокойству, которую больной концентрирует на своем давлении, живет в постоянной зависимости от аппарата давления, всецело подчинен бесконечному лечению и, что еще хуже - всем ограничениям жизни гипертоника. Правильная деятельность врача состоит в углубленном изучении проблемы, в выявлении генеза гипертонии с соматической точки зрения, его эволюционного характера, и решать все в связи с этим. Не довольствоваться только принятием генетической общности этих двух явлений, которые могут развиваться различно. Соматические ~~я~~ болезни всегда имеют субъективную симптоматику, которая не обязательно является невротической. Более того, я бы осмелился утверждать, что несмотря на претендуемую общность выраженности между симптомами органическими и невротическими имеет место некоторый дифференциальный язык, когда к нему

к нему умеют прислушаться. Почти не существует другой группы больных, которая бы ставила эту проблему, требуя большей точности в оценке, чем больные. Очень трудно установить разницу между сердечной ангиной и ангиной при неврозах сердца. Диагностика, основанная на электрокардиографических данных, какими бы они не казались точными, тоже может оказаться ошибочной. Все мы видели больных, которым один кардиолог ставил диагноз инфаркта, а другой, через несколько лет, отрицал его. Между тем, этим самым был нанесен ущерб жизни больного. Зато никто не может отрицать ^{со} существование инфаркта с неврозом сердца. Я видел некоторых больных, которые пережив тяжелый инфаркт имели затем эпизод явной ангины с преэктированием в область предсердия и больной страдал больше от этой ангины, чем от тех, что имел в предыдущих инфарктах. Больной ощущал разницу, хотя почти не мог ее выразить, но на деле обе ангины были различны.

Клиника должна прогрессировать в познании субъективной симптоматики заболеваний. Когда врачи будут иметь достаточную психологическую информацию станет возможным лучшее чем в действительности описание клинических картин в плане субъективной симптоматики. Пока что эволюция протекает в обратном направлении: каждый раз все больше ставится акцент на объективных данных и меньше на хорошо проведенном анамнезе. Больные приходят на прием с кучей анализов и метрами радиографии, но никто их не выслушал должным образом.

Псевдоневрозы в постановке Франкла ничего общего не имеют с этими страницами. Хотя я и признаю их жизненный физиогенный корень, не хочу тем самым сказать, что речь идет о псевдоневрозах, а скорее всего о неврозах настоящих. В этом случае психическая симптоматика не есть сверхструктура, а есть нечто выражающее настоящую структуру нарушения. Это не является покрытием, а скорее психическим ядром расстройства именно потому, что имеет место в том самом эстракте, в котором находится граница, соединяющая физическое с психическим.

Франкл вводит также термин "ноогенные неврозы", которые не могут являться заболеваниями духовной сферы человека, — дух не заболевает — а вызваны конфликтами, которые исходят из духовной сферы. В действительности они накладываются на кризисы в существовании, откуда и идет название, данное некоторыми авторами — экзистенциальные неврозы. Это выражение обычно вызывает путаницу. На страницах этой книги часто употребляется слово "экзистенциальный", но в действительности речь идет не о существовании человека в духовном плане, а о воплощенном существовании. В этом источник, как мы видим, возможности любого невроза. Поэтому, если нужно было бы противопоставить слово, которое отражало бы мою точку зрения, вместо обычного "психогенез" я предложил бы "тимогенез".

ОСНОВНАЯ СХЕМА НЕВРОЗОВ

Неврозы определяются таким образом, тем, что они обусловлены внутриспсихическим конфликтом. Любой наблюдатель обращает внимание на то, что одни и те же конфликты способны в одних случаях вызвать нарушение, а в других нет. Патогенный фактор заключается в способе производства психического толчка, в его внутреннем проектировании, в "метаблеме", как сказал бы Унамуно. Неврозы — это ненормальные вивенциальные переработки.

Ненормальность в траекте вивенциального может появиться по двум причинам: или потому, что ненормальна личность, или же потому, что появляются подобно зажиганию в отраженном контуре, аномальные психические нагрузки. Первый пункт вводит проблему личности, вбирающую в себя, по мнению многих авторов, все болезненные группы. В известной книге Бумке все эти нарушения включены под названием "психопатические предрасположения, реакции, действия, развития". Оставив теперь в стороне психопатические личности в собственном смысле, группа разделится на "нервозность, картины ипохондрии, навязчивые состояния, психогенные реакции, параноидное развитие и истерические поведения". Психиатрия, которую мы могли бы назвать "канонической" или "академической" всегда склонна выставлять крупным планом конституционный фактор.

Второй пункт — случай специальных психических содержаний, переработанных в подсознании, есть путь, открытый психоанализом. Контракту Больного тяготит не столько будущая жизненная ситуация, сколько предыдущие подавленные вивенции, то есть внутренняя его история или еще лучше, его "интраистория". /Неврозы, по Фрейду, это конфликт между "Я" и "Оно"./

В
Невроз — это кульминационный момент, кризис жизни одной биографии v. WEISZAESKER сформулировал этот принцип с большей широтой: любая болезнь — это биографический кризис. Следуя этим различным эволюционным этапам, не удивляет определение Юнгом неврозов как "болезней души, потерявшей свой смысл". Это определение, в пластической остроте своей формулировки, неприменно ставит ту проблему, которая является исходным пунктом определения самой психиатрии. Если невроз — это болезнь души, потерявшей свой смысл, то мы уже не можем говорить, что умственное расстройство имеет всегда соматическую основу и что концепт болезни в психиатрии тот же, что и в соматической медицине. Можно было бы выйти из положения, сказав, что неврозы — это аномалии типа психопатических личностей, а не настоящая болезнь. В таком случае где есть та граница, обязывающая врача заниматься ими?

Важность этой проблемы выявляется в следствиях из нее вытекающих. В неврозы включаются так называемые "конфликтные ситуации". А что такое "конфликтные ситуации"? Человек живет в постоянном конфликте с другими, с миром и с самим собой. Но разве все конфликты принадлежат психиатрии? Образ психиатра, превращенного в мага человеческих отношений, был предложен кругами англосаксонской публики, да и сами психиатры недалеко от такого преувеличения. Кто присутствовал на Конгрессе Умственной Гигиены в Лондоне в 1948 году смог бы заметить, что его стремление не имело пределов: достичь разрешения крупных конфликтов психотерапией инстинкта агрессии. Я знаю сколько великодушия в этих намерениях, но, также, и сколько в них наивного доверия к ресурсам психиатрии и сколько незнания того, что называется "человеческой природой". ЗУТТ несколько лет тому назад атаковал такого рода психиатр психотерапию, которая задается целью разрешить конфликты и принимает тем самым на себя непомерную задачу, выходящую за пределы медицинской компетенции. Но если конфликты не принадлежат психиатру, кому же они принадлежат? Оставляя в стороне возможность приписывания их "пастырю душ", новый персонаж появляется на сцене: психолог. И действительно он уже выиграл несколько битв. Психические конфликты должны разрешаться теми, кто специально занимается изучением психической динамики. Произошел переход с профессиональной ориентации или психотехники на клиническую психологию. Перед психоаналистами встал похожий вопрос в отношении обыкновенного аналита. Можно было бы очертить границу проблемы сказав, что психиатрии принадлежат лишь конфликты с подсознательной динамикой, но не знаю до какой степени этот критерий был бы действителен. Характерная особенность и чрезвычайность внешних конфликтов подчинены чему-то происходящему в самом человеке. Но только лишь подсознание мы должны иметь в виду? А индивидуальность?

Американцы говорят о неврозах как о "разладке". Переименовав на популярный испанский оборот, точнее было бы "децентрирование". Проблема при децентрации - возвратиться в центр. В этом и есть, высказанная попросту, суть формулы Юнга, определяющего невроз как "болезнь души, потерявшей свой смысл". Искомый центр - центр человека, его "свое собственное", психическое целое, вмещающее в себе сознательное и подсознательное. В нем достигается "unitas multiplex" человека, то есть то, где противоречия, все парадоксы разрешаются в единстве. Единство противоположностей не может быть рациональным принципом. А теперь, чтобы строго научно определить кому принадлежит изучение и уход за неврозами до того многоконфликтных, мы должны знать, что есть человеческая личность, или еще глубже - что такое человек?

Личные и неличные экстракты человека

Я не собираюсь освещать антропологические предположения неврозов, а попытаюсь пролить свет на некоторые аспекты, которые позволили бы нам ответить на поставленные выше вопросы. Человек — это природа и история, сознательное и подсознательное, тело и психэ,— и жизнь его находится в постоянной взаимосвязи и зависимости от этой двойственности и противоречивости. Чтобы остаться на своем человеческом уровне, он не может ни опуститься до чистой природы, ни возвыситься к чистому духу. Существует один план природный и один личный. Конфликты, которые происходят в природном плане принадлежат медицине. В действительности болезнь любого органа является его конфликтом с природой. Но о природном плане человека надо иметь идею полную, а не сведенную лишь к механизмам ее составляющим, как чистая биология человека имеет определенные характеристики. Конфликты могут происходить не только в его органах, но и в его инстинктах. В неврозах всегда существует инстинктивный конфликт и, раз это так, невроз пребывает в биологии и соответствует психиатру.

Но являются ли человеческие личности чистой биологией? Не имеют ли они одну сторону личную и в то же время одну природную? Человек — это то место, в котором инстинкт продвинул к духовному. /Гуздорф/. Инстинкты половой, власти, совершенствования, агрессии и т.д., либидо или инстинктивность вообще,— имеют свой личный план. Над первичным голодом витает дифференцированный аппетит; половая потребность превращается в эротическую,— и так во всем. Расстройства появляются в определенный момент инстинктивной жизни, которая иногда находится ближе к природному плану, а иногда к личному. Нет никакой строго разделяющей линии между ними. Это спектр. Когда должен доверяться конфликт врачу, когда душевному пастору, когда другу, когда психологу или отцу? Я вижу только один ответ. Кто-то принимает в каждом случае свое решение и этот кто-то — сам человек. Он ищет с какой стороны может прибыть к нему помощь и, когда она приходит от врача, никогда автоматически объявляет себя больным. Болезнь здесь в то же время как нарушение, является страданием, которое может быть облегчено врачом. Мы говорим, разумеется, о случаях крайних. У невротиков, чей конфликт впадает в соматическую область, так же как и в истерии, решение нетрудно. Во внутренней динамике конфликта уже существует определенное автономное решение, т.к. оно

может превратиться в расстройство внутренних органов или органов чувств, или движения, или же удерживаться в личном плане. Эти миграции от одного плана к другому наблюдаются повседневно в эволюции неврозов. Изучение этого внутреннего движения, этой "неврозной мета-блемы" ставит перед нами новые проблемы.

Я только что говорил о плане личном и неличном или природном, также как и о синтезе обоих в центре личности. Является большой ошибкой считать этот синтез простым добавлением. Недостаточны даже образы слияния или целостности. Потому что синтез существует в проблеме, что этимологически означает проект. Синтез находится в человеческом существовании, который представляет собою нечто существующее по мере того, как оно делается. Человек — это существо, живущее как бы верхом на времени, делая проблему из своего обстоятельства и из самого себя. Поэтому мы всегда встречаемся с этой двойственностью: это его тело, потому что без него он не может существовать, но у него есть его тело, потому что от него или его части можно отделиться. /G. MARCEL /
Это сочетание бытия и имени превращают жизнь в постоянное открытие человеком самого себя.

Спроектируем эти принципы в области болезни: находясь больным, в то же время, развивается определенное деятельное отношение к самой болезни. Это видно яснее на примере тяжелых соматических заболеваний. Больной отчаянно борется или же сдается, в зависимости от случая. Но в неврозе имеется приближение к плану личному, к плану решения в такой степени, что быть и иметь сливаются. Болезнь и действие сплавляются в одно. Это происходит например в некоторых случаях истерии. Чем ближе к личному центру происходит это сплавление, больше правдоподобности. Если решение ведется к периферии личности, оно приближается к чистому "желанию быть больным", не будучи им, строить из себя больного, т.е. приближается к симуляции.

В области инстинктов предрасположение больше, поэтому конфликты так разнообразны: каждый человек имеет свою личную форму превращения в невротика. В этом корень всей разнообразности классификаций и груды описаний. Когда в неврозе усиливается его природная составная часть, она приближается к некоторым первичным типам, но в его проектировании различия увеличиваются. Неврозы раскрывают всегда те же механизмы: Уклонение, регрессия, диссоциация, конверсия, проекция, неполноценность трансференция, отождествляемость и т.д. Но, то что из них образовывается довольно различно в каждом случае.

Неврозы в силу личного коэффициента более или менее сложны в зависимости от личности больного. У наиболее примитивной личности будет и наиболее простая картина. Пластика зависит от обстоятельств среды, от того, что видел больной или от того, что считает врач.

Раньше переоценивалось конституционное, теперь переоценивается приобретенное, являющееся в психологическом плане самой личной историей. Существует как бы вивенциальная аллергия, определенная предыдущими травмирующими ситуациями инстинктивной природы, в особенности, половой. Эти опыты пережитого пребывали забытыми и подавленными в подсознании и проявились вновь за счет новой травмирующей ситуации. Таким образом травма приобретает свое значение. В любом случае при неврозе личность оказывается затронутой, как это происходит при любой болезни. Но в неврозу оно более явно. Симптомы возникают из-за расстройства самих векторов личности, поэтому я и говорю, что неврозы не имеютя, а делаются.

ИНФРАСТРУКТУРА НЕВРОЗОВ

Основной ситуацией любого невроза является ангустия. В психологии говорится о чувствах. Первичное в человеке — это его способ пребывания в мире, что по себе уже является опытом ангустическим. Таков — настоящий невротик. Травматизирующее событие всегда ангустическо. Невротический конфликт тоже ангустичесок. Ангустия отражает факт самой человеческой жизни, ограниченной смертью и болезнью, являющейся точным изображением смерти. И так происходит потому, что человек связан своим существованием с телом, покрытым духовной и телесной оболочкой. Очень много говорится о метафизической ангустии и подчеркиваются ее характеристики с умозрительной точки зрения. Реальная ангустия — это ангустия жизненная, ангустия человека как живого существа.

У Шеллера в его стратификации эмоциональной жизни, второй слой снизу вверх соответствует жизненно важным чувствам: довольство, недовольство, головокружение, ангустия и т.д. Все это глобальные чувства, воспринимаемые инстинктивным и первичным образом. Я бы добавил к этому следующий дифференциальный факт: это есть чувства, выражающие наш способ пребывания в мире в той мере, в которой мы связаны с нашей телесностью.

Издревле известен один тип невроза ангустии, но я сказал бы, что ангустия находится не только в основе всякого невроза, но и всякого соматического нарушения. Одна из самых непосредственных задач герменевтики неврозов заключается в открытии отношений существующих между ангустией и ее способом проявляться в клинике в форме

фобий, навязчивых состояний, механизмов проектирования истерии и т.д. и т.п. Другая, не менее важная задача, состоит в постановке инстинктивных конфликтов в плане изменений душевных.

Опыт показал мне, что у многих больных, обозначенных "неврозом ангустии", последняя не была реактивной ситуацией определенной ситуацией, а эндогенной. Происходило то же, что и с грустью в меланхолии. Существует грусть, вызванная потерей любимого существа или вещи, — реактивная, и другая, вызванная расстройством организма еще не известным, являющейся эндогенной, хотя вероятно она — функциональной природы — "соматоз". Схема была бы следующей:

| | | | |
|--------|---------------------------------------|----------|--------------------------|
| грусть | реактивная /реактивная меланхолия/ | ангустиа | /невроз ангустии/ |
| | эндогенная /эндогенная меланхолия/ | | /тимопатия беспокойства/ |

Тимопатия, тимоз и социоз.

Выражение "тимопатия беспокойства" (*anxious*) относилось к жизненному характеру ангустии. Меланхолический круг тоже называется тимопатическим. В психической структуре *thymos* — это аффективность и Бунке относил к пикнико-тимопатическому кругу маниакально-депрессивные заболевания. Верно то, что клиническая реальность убеждала меня с каждым разом все больше в том, что главное не в приписывании какого-то нового названия, а в признании того, что неврозы являются болезнями душевного состояния /тимоз/. Должен признать, что такая перемена перспективы очень радикальна и требует еще много усилия, чтобы быть принятой. Я также понимаю, что она найдет сопротивление необычайное. Посмотрим сначала, что предполагает такая перемена перспективы.

1. Неврозы не являются, главным образом, инстинктивными конфликтами, а патологическими душевными состояниями. Не ангустиа зависит от либидо, а наоборот: инстинктивный конфликт является таковым, потому что, прежде всего, — ангустиационное состояние.

2. Ангустиа не реактивна, а жизненна: а/ С одной стороны, феноменологически, ангустиа принадлежит к состоянию жизненных чувств. Существуют психическая ангустиа и духовная ангустиа, хотя Шеллер не включает ее в разряд духовных чувств.

б/ Жизненная ангустика — это состояние телесного "я", воплощенного "я". Ее зачатие осуществляется за счет нарушения в этой структуре, поэтому можно говорить о "физиодинамике" ангустики вместе с "психодинамикой".

3. Душевные состояния, то есть способы пребывания патологического находятся более соматотропизированными, чем нормальные душевные состояния. Существует спектр, связывающий так называемые "невротические реакции" с эндогенными формами проявлений душевных заболеваний. Вот схема Освальда Шварца, перенятая у Фрейда:

психогенный — психический — соматический — соматогенный.

В этой схеме вертикальные линии означают различные болезни с большим компонентом — психогенное, или меньшим — соматогенное. В этом смысле всякая болезнь психогенна или соматогенна. Эта схема, с моей точки зрения была бы таковой:

психогенный

соматогенный

тимопатические картины

Схема произвольна, как и все схемы; хочу лишь обозначить, что есть переход между одними и другими клиническими картинами. Речь идет не о нозологических сущностях, а о клинических типах. Количество соматического или же психического каждой картины гораздо более переменчиво, чем то, что отражает схему, претендующую на одну лишь типизацию. Т

Таким образом, в конечном счете, получается:

1. Ненормальные вивенциальные реакции на внешние конфликты.
2. Ненормальные вивенциальные реакции на внутренние реакции.
3. Обе группы могут быть сведены к реактивным вивенциальным развитиям.
4. Нарушения эндотимического фона или душевного состояния.
5. Нарушения в процессе созревания личности.

Если даже предположить, что существуют все возможности, обозначенные в схеме, не все они имеют одинаковую иерархию и как раз это я пытаюсь показать в этой книге: вивенциальные реакции есть таковые в силу определенного душевного состояния. Таким образом становится понятнее, что неврозы являются формами патологическими. Речь идет об узловой проблеме, потому что с каждым разом в литературе о неврозах все больше ставится акцент на аффективный характер их кризисов, вызванных жизненными обстоятельствами. KOLLE и К. Шнейдер избегают названия "неврозы". Первый говорит о "психических кризисах", второй — "о ненормальных вивенциальных реакциях". Если бы KOLLE использовал выражение "анимические кризисы", его точка зрения приблизилась бы больше к моей. Душевный кризис /анимический/ в качестве эквивалента проявления эндотимического фона.

Но верно то, что с каждым днем придается все большее значение факторам среды. Неврозы с каждым разом все более социозны. С моей же точки зрения, неврозы, наоборот, являются тимозами, то есть расстройствами "timopsique" эндогенного характера, зачастую фазового. Но эта эндогенная часть определена факторами среды. В этом взаимоотношении и находятся многие ключевые вопросы для понимания неврозов

Симптомы проявляют ангустию и защиту против нее. Структура ангусти, сама по себе, конфликтна, и в ее диалектике находится корень всех психических напряжений, развивающихся в области личности невротика. Кречмер говорил о разногласии между конституцией и схемой личности с одной стороны, и условиями среды, с другой, для того, чтобы объяснить неврозы. В невротике существует "задержка в развитии", вивенциальный детский материал не является бессодержательным или незначительным, как у нормального субъекта. Действительно, это имеет место у так называемых "невротических личностях". Задержка в развитии или незрелость связана с самой формой, в которой события жизни их сформировали. В тезисах психоаналистов, главное, это история прожитого, хотя понятие регрессия, возможна занимает более обширное поле, т.к. речь идет не только о регрессии конфликтно-определенной, а о недостаточности в развитии. Определенные переживания выражают и влияют на эту аномалию развития: это есть те "вивенции", которые потеряли актуальность. И это есть не что иное, как смутные опыты пережитого, открывающиеся навстречу бездне существования.

II - ДУША И ЖИЗНЕННЫЕ ЧУВСТВА

Тектоника эмоциональной жизни

Нелегко описание эмоциональной жизни, находящейся психологически между восприятием внешнего мира и мышлением. ~~Нелегко описание~~ Первой проблемой является исследование ее автономии. С работами Шеллера о его стратификации появилась новая перспектива, а их психической обработке мы обязаны, главным образом, К.Шнейдеру. Его клиническое значение огромно: меланхолия, отношения между эндогенной депрессией и реактивной или невротической, и как я пытаюсь показать в этой книге, неврозы, выявляются освещенными, благодаря Шеллеру в перспективе более близкой к действительности того, что переживают больные, и кроме того, вносят небезынтересный вклад в результаты терапии. Недостаточность предыдущих критериев, как например Вундта - очевидна.