

Глава 3

Логотерапия как специфическая терапия ноогенных неврозов

Ноогенные неврозы требуют терапии, которая действует там, где коренится сам невроз, — терапии, исходящей из духовного (такую терапию я назвал логотерапией), или терапии, направленной на духовное постольку, поскольку она ориентируется на духовную экзистенцию личности (такую терапию я назвал экзистенциальным анализом). Конкретный случай из практики может это все пояснить.

Одна пациентка обратилась ко мне из-за нервозности, плаксивости, заикания, повышенной потливости, тремора, дрожания век и потери 7 кг за четыре месяца. В основе всего этого лежал конфликт совести между браком и верой. Что чему она должна была принести в жертву? Она уделяла большое внимание религиозному воспитанию детей, в то время как ее муж, выраженный атеист, был решительно против. Сам по себе конфликт свидетельствует о проблеме человеческого характера, а не о болезни; только воздействие этого конфликта, невроз, является заболеванием. Однако его нельзя вылечить, не обратившись к вопросу о смысле и ценностях. Пациентка сама утверждает, что ее жизнь была бы прекрасна, спокойна, и в ее душе царил бы мир, если бы она приспособилась к своему мужу и к социальному окружению в общем. Но проблема следующая: *можно ли приспособляться любой ценой, тем более к такому мужу, такому обществу?* Приспособиться к мировоззрению своего мужа она-то и не может, ведь тогда, как она считает, она бы принесла в жертву себя.

Если бы пациентка не отметила это, то в процессе психотерапии (в данном случае — логотерапии) при лечении этого невроза (очевидно, ноогенного, возникшего из духовного конфликта и поэтому нуждающегося в лечении, исходящем из духовного) мы ни в коем случае не должны были бы диктовать пациентке то или иное направление (будь то приспособление к мужу или же утверждение своего собственного мировоззрения). Логотерапия должна привести человека к осознанию ответственности, но она не может навязывать ему какие-то ценности; она должна ограничиваться помощью на пути самостоятельной реализации ценностей, которые ждут этого человека, и исполнения смысла. Ни в коем случае терапевт не должен оказывать давление на мировоззрение и иерархию ценностей пациента. Пациентка отчетливо дала понять, что отказаться от своих религиозных убеждений или от их реализации означало бы для нее пожертвовать собой. С точки зрения терапии это дает нам право объяснить ей, что ее невротическое заболевание представляет собой нечто большее, чем духовное насилие над собой. Сначала нужно было смягчить аффективный отклик со стороны организма и с помощью медикаментов снять воздействие духовного конфликта на психофизический организм, затем приступить к каузальной терапии, посоветовав пациентке не приспособляться к мужу в принципиальном отношении (относительно ее мировоззренческих принципов). Однако также мы посоветовали ей в тактическом отношении, именно исходя из ее религиозных представлений, избегать всяких провокаций со стороны мужа и таким образом упростить ему путь для лучшего понимания ее убеждений.

Врач должен остерегаться от навязывания своего и любого другого мировоззрения. Логотерапевт остерегается этого уже по той причине, что пациент может переложить на него свою ответственность, а логотерапия, по сути, воспитывает в человеке ответственность. Исходя из этой

ответственности, больной должен сам прорваться к конкретному смыслу своего бытия. Экзистенциальным анализом я называю метод психотерапевтического лечения, который может помочь пациенту открыть в своем бытии ожидающие его моменты смысла, нащупать ценностные возможности. Конечно, подобный экзистенциальный анализ предполагает образ человека, в рамках которого смысл, ценность и дух имеют свое подобающее место. Иными словами, предполагается образ человека духовного, свободно и ответственного за осуществление ценностей и исполнение смысла: образ смыслоориентированного человека.

Разумеется, логотерапия не стремится заменить психотерапию в узком смысле слова, как она существовала до сих пор, она хочет лишь *дополнить* ее, сделать ее более полной, более цельной. Она хочет также сделать цельным представление о человеке (к цельности которого, как мы уже знаем, относится духовное). Рихард Кремер однажды прекрасно сказал по поводу логотерапии, что раньше дух противопоставлялся душе, но теперь дух стал нашим помощником в вопросе здоровья души, и мы выступаем против болезни тремя колоннами войск: соматотерапией, психотерапией и логотерапией¹.

Если мы называем логотерапией психотерапию, которая не только не игнорирует духовное, но как раз таки исходит из духовного, *то логос подразумевает духовное и, сверх этого, смысл, но это не имеет прямого отношения к религиозности.*

Психоанализ познакомил нас с волей к удовольствию, которую мы относим к принципу удовольствия, а индивидуальная психология рассказала нам о воле к власти в форме стремления к значимости. Но еще глубже закреплено в человеке то, что мы называем волей к смыслу²: его борьбу за максимально возможное исполнение смысла своего бытия.

Индивидуальная психология исходила из чувства неполноценности. Современный человек страдает не столько

от ощущения, что он стоит меньше другого, сколько от чувства, что его существование не имеет смысла. Это чувство отсутствия смысла опережает чувство неполноценности в этиологии невротических заболеваний.

Мы придерживаемся мнения, что если притязание человека на максимальное исполнение смысла его бытия остается неудовлетворенным, то это может быть не менее патогенным, чем сексуальная фрустрация. Мы постоянно наблюдаем, что в случаях, в которых сексуальная фрустрация находится на переднем плане, на заднем плане располагается *экзистенциальная фрустрация*: напрасный запрос человека на максимально возможное исполнение смысла бытия, которое может сделать его жизнь по-настоящему достойной проживания. *Только в экзистенциальном вакууме буйствует либидо.*

Агорафобия, например, не обязательно должна быть выражением исключительно гипертиреоза и симпатикотонии или коллапсофобии при гипокортикозе с артериальной гипотензией, как мы видели на примере случаев выше.

Мне вспоминается случай, в котором, как выяснилось, страх пациентки был экзистенциальным. «Бесконечность, — говорила она, — меня угнетает; я в ней теряюсь; мне не за что держаться, и я будто растворяюсь». Кому в этой связи не придут на ум слова Паскаля об ощущении бесконечного пространства и времени или высказывание Шелера: «Бесконечная пустота пространства и времени — это пустота людских сердец». Поскольку страх боится «ничто», «бесконечная пустота пространства» занимает здесь место «ничто», но эта пустота макрокосма кажется всего лишь проекцией внутренней пустоты, экзистенциальной опустошенности, пустоты микрокосма: отражением бессодержательности собственного бытия. Если же бытие становится бессодержательным или субъект такого бытия — беспредметным, тогда у него нет предмета, который он мог бы экзистенциально наполнить, тогда этот

субъект становится собственным объектом — объектом самоотражения. Со времен Хауга мы знаем, что форсированного самонаблюдения достаточно, чтобы спровоцировать явление деперсонализации. Вполне понятно, что изначальный страх соотносится с деперсонализацией как со своим мнимым основанием и приводит к тому, от чего наша пациентка больше всего страдает: к страху перед психотическими заболеваниями (она принимает деперсонализацию за их тревожные признаки), то есть возникает психотофобия. В данном случае пациентке к тому же пришлось несколько раз подвергнуться влиянию патогенных ятрогенных факторов, которые все больше закручивались в кон психотофобного страха ожидания. В итоге она боялась одного: «оказаться на койке в психбольнице».

Исходя из мультидимензиональности данного случая, терапия строилась следующим образом.

- Функциональный аспект: страх (здесь — готовность к страху) имеет вегетативную или эндокринную базу. В соответствии с этим пациентка получает инъекции дигидроэрготамина. Этот вегетативный компонент страха не имеет основания, только причину. Основания он создает себе сам — мнимые основания.
- Реактивный, ятрогенный аспект: соответствующие мнимые основания дают пациентке необдуманные слова врачей, к которым она ходит на прием. Из этих слов она сделала вывод, что ее психотофобия обоснованна, а страх — это предвестник психоза. На этом «основании» у пациентки развивается страх перед страхом. Касаемо этого вторичного, потенцируемого и потенцирующего, страха мы приводим аргумент, что пациентку заставляют испытывать страх перед страхом мнимые основания, что психотофобия на самом деле здесь не имеет обоснования и она может эту

тревожность игнорировать и действовать, как будто ее нет.

- Экзистенциальный аспект: действовать так, будто нет симптома, может лишь тот, кто делает это ради чего-то. С точки зрения терапии необходимо привести пациентку к конкретным смысловым возможностям ее личного бытия, как делает это экзистенциальный анализ.

Понятно, что логотерапия апеллирует к воле к смыслу. Таким образом, она заслуживает названия апеллятивной психотерапии. Однако она обращается не только к воле к смыслу, она должна в первую очередь пробудить ее там, где она вытеснена, не осознана. С предметной стороны такая логотерапия в случаях фрустрации воли к смыслу, то есть экзистенциальной фрустрации, всегда должна будет стараться выявить конкретные личностные возможности реализации смысла — возможности, реализация которых требуется именно от данной личности и представляет собой его задачу; она должна выявить ценности, осуществление которых сможет удовлетворить фрустрированную смысловую волю и запрос человека на смысл своего бытия. В этот момент логотерапия перетекает в экзистенциальный анализ — так же, как всякий экзистенциальный анализ венчается логотерапией. Если Дарвин говорил о борьбе за существование, а Кропоткин — о взаимопомощи, то экзистенциальный анализ концентрируется на борьбе за смысл бытия и видит себя помощником в поиске смысла.

Нередко оказывается так, что врач, который столкнулся с врачебным душепопечительством, дезертирует, будь то бегство в соматическое или психическое. Первое происходит, когда возникают попытки накормить пациента транквилизаторами и таким образом от него отделаться. Любым способом врач пытается, по словам Ницше,

«с лучшими намерениями отсечь все так называемые терзания души и уколы совести».

Если соматологизм игнорирует духовное, то психологизм проецирует ноэтическое в психическую плоскость. К ноэтическому, однако, относится и воля к смыслу. Врач бежит в психическое, когда он не дает пациенту (который находится в отчаянии, потому что сомневается в смысле своего бытия) рациональные доводы, которые говорили бы против самоубийства, а скорее занимается выяснением эмоциональной подоплеки, которую хочет «вскрыть». Как будто истинность мировоззрения зависит от здоровья того, кто так или иначе «взирает на мир»³. В действительности истина существует, несмотря на болезнь, притом не только невротическую, но и психотическую. $2 \times 2 = 4$, даже если это утверждает параноик. Проблемы и конфликты сами по себе не болезненны. Даже неразрешимые конфликты как таковые, как неразрешимые — не болезнетворны. Мы не придерживаемся «простодушного мнения, что здоровому человеку неизвестны неразрешимые конфликты» (Вайтбрехт). Как существует истина вопреки болезни, так есть и страдания вопреки здоровью. О первом забывает психологизм, а о втором — патологизм.

Патологизм не видит различия между просто человеческим и истинно болезненным. Отчаяние не обязано быть болезненным. Один из моих пациентов, профессор института, который периодически страдал эндогенной депрессией, задавался вопросами смысла своего бытия не в депрессивные, а в нормальные периоды.

Так, и отчаяние человека по поводу мнимой бессмысленности своей экзистенции, это сомнение в смысле (которое лежит в основе всякого отчаяния), само по себе не патогенно. Такое отчаяние характеризует в принципе человека, а не болезнь. Утверждать то, что человек, сомневающийся в смысле своего бытия, уже потому болен,

было бы патологизмом. От нас же требуется различать *humanem** от *morbidem***.

Даже не всякое самоубийство является патологическим. И ни в коем случае «самоубийство не должно быть завершением развития психической болезни», как написано в одной книге. Это не значит, что самоубийством человек может решить проблему или конфликт. Мы видим, что некоторым самоубийцам не хватает смелости, а некоторым — смирения; но, если первый не является героем, а второй святым, это еще не значит, что оба дураки. Они страдают не от душевной болезни, а от нужды духа: бедствия совести. Если совесть самоубийцы заблуждается, то это заблуждение свойственно человеку.

Больше всего патологизм вызывает опасения не там, где путают человеческое с болезненным, а где принимают самое человеческое, что только существует, то есть заботу о максимально возможном исполнении смысла бытия, за «слишком» человеческое — за его слабость, комплекс. Насколько мало запрос человека на смысл своего бытия является признаком болезни, настолько же мало говорит о ней воля к смыслу, и мы даже мобилизуем ее в качестве средства исцеления (в смысле психотерапии, исходящей из духовного).

Мы должны помнить не только о том, что смысловая воля представляет собой самый человеческий из всех феноменов, но и что ее фрустрация не несет в себе ничего болезненного. Человек не обязательно болен, если считает свое бытие бессмысленным, от этого даже не обязательно становятся больным. Экзистенциальная фрустрация не является ни нездоровой, ни болезнетворной. Иными словами, она сама по себе не патологическая и не обязательно патогенная. Если она и патогенна, то лишь факультативно.

* Человечное.

** Болезненное.

Когда она становится патогенной фактически (патогенный = приводящий к заболеванию) и на самом деле приводит к невротическому заболеванию, то такие неврозы мы называем ноогенными (ноогенный = возникший из духовного).

Спросим себя: «Когда экзистенциальная фрустрация становится патогенной?» Необходимым условием является отклик в виде соматопсихической аффекции*, она должна присоединиться к экзистенциальной фрустрации. Иными словами, чтобы возник ноогенный невроз, при экзистенциальной фрустрации свою роль должна сыграть соматопсихическая аффекция. Собственно, по-другому это произойти не может, именно с точки зрения логотерапии. Согласно логотерапии, болезненный процесс с самого начала может существовать только в области психофизического организма, но не в духовном измерении личности: духовная личность не подвержена болезни. Однако человек вполне может заболеть. Когда бы это ни происходило, вовлекается психофизический организм. Говоря о неврозе, мы должны подразумевать поражение психофизического организма. В этом смысле мы осознанно говорим только о ноогенных неврозах, но не о ноэтических неврозах. Ноогенные неврозы — это неврозы «из духа», но не болезни «внутри духа». Не существует «ноозов» (ноэтических неврозов). Что-то ноэтическое не может быть патологическим и поэтому не может быть невротическим. Неврозы не ноэтические, не духовные заболевания, не болезни в духовности человека. Это всегда болезнь человека в его единстве и целостности. Из всего сказанного следует, что нужно отдавать предпочтение названию «ноогенные неврозы», а не термину «экзистенциальные неврозы». Экзистенциальной, по сути, может быть только фрустрация, а она не невроз и не патология.

Добравшись до этого пункта наших размышлений, наряду с опасностью патологизма, о которой мы говорили

* Аффекция — поражение.

ранее, мы видим еще одну опасность: опасность ноологизма. Жертвой ошибки ноологизма было бы утверждение, что всякая экзистенциальная фрустрация патогенна. Невроз не коренится в экзистенциальной фрустрации, так же как экзистенциальная фрустрация не является чем-то невротическим. Приль из Университетской гинекологической клиники Вюрцбурга сообщает, что он в 21% случаев органоневроза установил экзистенциальный патогенез. А моя сотрудница Ева Нибауэр, руководительница психотерапевтического амбулаторного отделения неврологической поликлиники Вены, смогла квалифицировать лишь 14% всех случаев заболеваний в качестве ноогенных неврозов. Аналогичный процент случаев смогли выявить Вольхард и Ланген: 12% — не больше и не меньше. Это значит, что не всякий невроз является ноогенным, не всякий невроз возникает из конфликта совести или проблемы ценностей.

Если психологизм ошибочно диагностирует любой невроз (в том числе ноогенный) как психогенный, то ноологизм считает любой невроз (в том числе и психогенный или соматогенный псевдоневроз) ноогенным. Для такого явного ноологизма типичными являются следующие утверждения: «Невроз — это всегда преувеличение относительных ценностей»⁴ или «Проблематика Бога в любом анализе является центральной проблематикой конфликта»⁵. Если один автор утверждает, что невроз всегда является преувеличением относительных ценностей, тогда он абсолютизирует не только то, что сам называет относительным, тогда речь идет о явном ноологизме. Невроз нельзя свести к абсолютизации относительных ценностей, и эта ценностная абсолютизация не обязательно приводит к неврозу. Не будем святее самого Папы. Представитель ордена францисканцев отец Вандервельдт из Вашингтонского католического университета Америки подтверждает нашу позицию, четко объясняя, что не всегда в основе невроза лежит конфликт в принципе, не говоря уже о конфликте моральном

или религиозном. Когда другой автор, вопреки предостережению Вандервельдта, кладет в основу этиологии неврозов не моральный, а религиозный конфликт, причем как единственно возможный, «обожествляет» его (используя его любимое выражение) и утверждает, что проблематика Бога является в каждом (!) анализе центральной проблематикой конфликта, он игнорирует достойное предупреждение Вайтбрехта: «Нам не положено судить о вине, приняв позу священника, не говоря уже о том, чтобы идти на риск и рассматривать заболевание как форму столкновения с божественным порядком. От высокомерного желания видеть насквозь и разоблачать нужно отказываться как от неподобающего врачу».

Рядом со Сциллой психологизма нас поджидает Харибда ноологизма. Если психологист проецирует духовное из области человеческого, которое может конституироваться только благодаря духовному измерению, в плоскость психического, то ноологист интерпретирует телесное однобоко и исключительно в смысле выражения духовного. На самом деле телесные болезни не всегда имеют то значение в истории жизни и ту выразительную ценность для души, которую им так щедро приписывает психосоматическая медицина.

Психосоматическая медицина учит следующему: заболевает лишь тот, кто делает себя больным или печалится. Оказывается, при определенных обстоятельствах заболеть может и тот, кто радуется. Если мы неправильно понимаем слова Ювенала (*mens sana in corpore sano*^{*}), подразумевая, что здоровый дух обусловлен здоровым телом, тогда я, как психиатр, могу засвидетельствовать, что бывает и *mens insana in corpore sano*, и, как невролог, могу ручаться, что встречается *mens sana in corpore insano* (например, в парализованном теле). Конечно, любая болезнь имеет свой

^{*} В здоровом теле здоровый дух (лат.).

«смысл», но истинный смысл болезни находится не в факте болезни, а скорее в способе страдания. Этот смысл должен придать болезни сам человек, и это происходит, когда *homo patiens** в своем искреннем стойком проживании судьбы реализует все еще возможный смысл судьбоносно необходимого страдания. Задача врачебного душепопечительства заключается в освещении такой возможности смысла, то есть в его нахождении.

Заболевания, вызванные из психического, но не имеющие там свою причину, то есть не являющиеся психогенными, мы называем психосоматическими. В отличие от психосоматической медицины, мы не считаем, что специфические комплексы, конфликты, проблемы и травмы становятся патогенными. Легко прослеживается тот факт, что комплексы, проблемы, конфликты и травмы, которых обычно обвиняют в патогенезе, встречаются практически повсеместно. И если их обнаруживают в анамнезе, это еще не значит, что они стали причиной заболевания. Такой вывод был бы подобен заключению, что риф, который становится виден только при отливе, имеет свою причину в отливе. В действительности отлив только обнажает риф. Точно так же различные комплексы, конфликты, проблемы и травмы не являются причинами определенных заболеваний, и в анамнезе они всплывают так часто и в таком разнообразии лишь потому, что подобные пациенты охвачены страхом и тревогой, а их тревожность и есть влияние невротических заболеваний.

Аналогичное применимо, в частности, и к области ноогенеза (не патогенеза в общем). Что касается ноогенных невротозов, экзистенциальная фрустрация, которая может лежать в их основе, настолько распространена, что она сама по себе не может быть патогенной, то есть при ней также должно присутствовать соматопсихическое поражение

* Человек страдающий (лат.).

и психофизический организм должен быть вовлечен. Этиология невротических заболеваний выглядит следующим образом.

I. Личностная реакция.

- Вредная пассивность: бегство от страха — реакция, характерная для невроза страха.
- Вредная активность:
 - борьба с навязчивостью — реакция, характерная для невроза навязчивости;
 - борьба за удовольствие — реакция, характерная для сексуальных неврозов.

(В противовес этому терапевтическая корректировка направлена:

- на стойкую пассивность, игнорирование невроза, чего можно ожидать и требовать от пациента лишь в той мере, в которой с его стороны возникают действия *в соответствии с*
- правильной активностью.)

II. Организменный резонанс, при котором, собственно, речь идет *sit vernia verbo*^{*} о реакции психофизического организма на реакцию духовной личности. Организменные резонаторы определяются:

- соответствующей диспозицией;
- соответствующей конституцией.

В том, что касается диспозиции, значение имеет не только чрезмерная нагрузка, но и освобождение от нее. Манфред Пфланц и Туре фон Икскуль смогли показать, что человек, даже с точки зрения внутренней медицины, заболевает только тогда, когда испытывает либо чрезмерную, либо

^{*} С позволения сказать (лат).

недостаточную нагрузку; иными словами, когда у него нет задачи, соответствующей его силам. Если же она у него есть, тогда она оказывается антипатогенной, поддерживающей его здоровье. Важно, чтобы терапия смогла скорректировать соответствующую нагрузку, которая требуется от человека со стороны того, в соответствии с чем ему нужно действовать (см. выше). Что касается конституции, мы узнали о значении:

- 1) психопатии (в особенности ее анакастической формы);
- 2) невропатии (при этом мы выделили преимущественно симпатикотонные и ваготонные клинические картины, в зависимости от симптомов);
- 3) эндокринопатии, в рамках которой мы говорили:
 - о базедовидных (гипертиреоидных);
 - аддисоновидных (гипокортикоидных);
 - тетаноидных формах.

Нельзя упустить ни один момент, являющийся частью этиологии невротических заболеваний. Нельзя переоценивать ни один из этих моментов и тем самым впасть в соматологизм, психологизм или ноологизм (рис. 15).



Рис. 15



[Почитать описание, рецензии
и купить на сайте](#)

Лучшие цитаты из книг, бесплатные главы и новинки:



Mifbooks



Mifbooks



Mifbooks