

К.Г. Юнг

Шизофрения

Прерогатива старости — оглядываться на пройденные пути. Доброжелательному интересу профессора Манфре-да Блейлера я обязан возможностью обобщить мой опыт в области шизофрении для собрания моих коллег.

В 1901 году я — молодой ассистент в клинике Бургхельцли — спросил своего тогдашнего шефа профессора Эугена Блейлера о теме моей будущей докторской диссертации. Он предложил экспериментальное изучение распада представлений при шизофрении. С помощью ассоциативного эксперимента мы тогда уже настолько проникли в психологию таких больных, что знали о существовании аффективно окрашенных комплексов, которые проявляются при шизофрении: это были, в сущности, те же комплексы, что обнаруживаются и при неврозах. Способ, которым комплексы выражались в ассоциативном эксперименте, во многих не слишком запутанных случаях был приблизительно тем же, что и, например, в истериях. Зато в других случаях (когда был затронут центр речи), складывалась картина, характерная для шизофрении — непомерно большое по сравнению с неврозами количество оговорок, персевераций, неологизмов, бессвязностей и провалов памяти, происходящих при или в окружении затрагивающих комплекс слов-раздражителей.

Вопрос заключался в том, как отсюда можно было бы проникнуть в структуру специфических нарушений. Тогда это казалось невозможным. Мой уважаемый шеф и учитель тоже ничего не мог посоветовать. Я выбрал наверное, не случайно — тему, которая, с одной стороны, связана с меньшими трудностями, а с другой, представляла собой аналогию шизофрении, поскольку речь шла о стойком расщеплении личности у молодой девушки^[1].

Она считалась медиумом и впадала на спиритических сеансах в подлинный сомнамбулизм, в котором появлялись чуждые сознанию содержания бессознательного, образуя очевидную причину расщепления личности. При шизофрении также очень часто наблюдаются чужеродные содержания, более или менее неожиданно захлестывающие сознание и расщепляющие внутреннюю целостность личности, правда, характерным для шизофрении образом. В то время как невротическая диссоциация всегда имеет систематический характер, шизофрения являет картину, так сказать, несистематической случайности, часто до неузнаваемости искажающей характерную для неврозов смысловую связность.

В опубликованной в 1907 году работе "О психологии Dementia praecox"^[2] я попытался изложить тогдашнее состояние моих знаний. Речь шла в основном о случае типичной паранойи с характерным нарушением речи. Хотя патологические содержания были компенсаторными и потому нельзя было отрицать их выраженную намеренно систематическую природу, однако представления, лежащие в основе выражения, были извращены несистематической случайностью до полной неясности. Чтобы вновь сделать видимым их первоначально компенсаторный смысл, часто требовалась пространная амплификация и ассоциативный материал.

Но почему при шизофрении нарушается свойственный неврозам характер и вместо систематических, эквивалентных аналогий порождаются их спутанные, гротескные и вообще в высшей степени неожиданные фрагменты, — поначалу было непонятно. Можно было только констатировать, что для шизофрении характерен такого рода распад представлений. Это свойство роднит ее с известным нормальным феноменом — сновидением. Оно тоже носит идентичный случайный, абсурдный и фрагментарный характер и для своего понимания нуждается в амплификации. Однако явное отличие сна от шизофрении состоит в том, что сновидения феномен "сумеречного" сознания, а явление шизофрении почти не затрагивает элементарную ориентацию сознания. (Здесь следует в скобках заметить, что

было бы трудно отличить сны шизофреников от снов нормальных людей). С опытом мое впечатление глубокого родства феномена шизофрении и сна все более усиливалось. (Я анализировал в то время не менее четырех тысяч снов в год!).

Несмотря на то, что в 1909 году я прекратил свою работу в клинике, чтобы полностью посвятить себя психотерапевтической практике, я, вопреки опасениям, не утратил возможности работать с шизофренией. Напротив, к моему немалому удивлению, я именно там вплотную столкнулся с этой болезнью. Число латентных и потенциальных психозов в сравнении с количеством явных случаев удивительно велико. Я исхожу — не будучи, впрочем, в состоянии привести точные статистические данные, — из соотношения 10:1. Немало классических неврозов, вроде истерии или невроза навязчивого состояния, оказываются в процессе лечения латентными психозами, которые при соответствующих условиях могут перейти в явные фазы, который психотерапевту никогда не следует упускать из виду. Хотя благосклонная судьба в большей степени, чем собственные заслуги, уберегла меня от удела видеть, как кто-то из моих пациентов неудержимо скатывается в психоз, однако как член консилиумов я видел целый ряд случаев такого рода. Например, обсессивные неврозы, навязчивые импульсы которых постепенно превращаются в соответствующие слуховые галлюцинации, или несомненные истерии, оказывающиеся лишь поверхностным слоем самых разных форм шизофрении — опыт, не чуждый любому клиническому психиатру. Как бы там ни было, но, занимаясь частной практикой, я был удивлен большим числом латентных случаев шизофрении. Больные бессознательно, но систематически избегали психиатрических учреждений, чтобы обратиться за помощью и советом к психологу. В этих случаях речь не обязательно шла о лицах с шизоидной предрасположенностью, но и об истинных психозах, при которых сознательная компенсация еще не окончательно подорвана.

Прошло уже почти пятьдесят лет с тех пор, как практический опыт убедил меня в том, что шизофренические нарушения можно лечить и излечивать. Шизофреник, как я убедился, ведет себя по отношению к лечению так же, как и невротик. У него те же комплексы, то же понимание и те же потребности, но нет устойчивости. В то время как невротик инстинктивно может положиться на то, что его расщепление личности никогда не утратит систематического характера и сохранится его внутренняя целостность, латентный шизофреник всегда должен считаться с возможностью неудержимого распада. Его представления и понятия могут потерять свою компактность, связь с другими ассоциациями и соразмерность, вследствие чего он боится непреодолимого хаоса случайностей. Он стоит на зыбкой почве и сам это знает. Опасность часто проявляется в мучительно ярких снах о массовых катастрофах, гибели мира и т. п. Или же твердь, на которой он стоит, начинает колебаться, стены гнутся или движутся, земля становится водой, буря уносит его в воздух, все его родные мертвы и т. д. Эти образы описывают фундаментальное нарушение связи больного со своим окружением и предвещают грозящую ему изоляцию.

Непосредственной причиной такого нарушения является сильный аффект, вызывающий у невротика аналогичное, но быстро проходящее отчуждение или изоляцию. Образы фантазии, изображающие нарушение, могут в некоторых случаях иметь сходство с продуктами шизоидного воображения, но без угрожающего и ужасного характера последних они лишь драматичны и преувеличены. Поэтому их можно без вреда игнорировать при лечении. Но совершенно иначе должны оцениваться симптомы изоляции при латентных психозах! Здесь они имеют значение грозных предзнаменований, опасность которых следует распознать как можно раньше. Они требуют немедленных мер — прекращения лечения, тщательного восстановления личных связей, перемены окружения, выбора другого терапевта, строжайшего отказа от погружения в бессознательное (в частности, от анализа снов) и многого другого.

Само собой разумеется, это только общие меры, а в каждом конкретном случае должны быть свои средства. Для примера я могу упомянуть случай не известной мне до того дамы с высшим образованием, слушавшей мои лекции по тантрическому тексту, очень глубоко

касавшемся содержаний бессознательного. Она все больше вдохновлялась новыми для нее идеями, не будучи в состоянии сформулировать поднимающиеся в ней вопросы и проблемы. В соответствии с этим возникли компенсаторные сны непонятной природы, быстро превратившиеся в деструктивные образы а именно, в перечисленные выше симптомы изоляции. На этой стадии она пришла на консультацию, желая, чтобы я проанализировал ее и помог понять непостижимые для нее мысли. Однако ее сны о землетрясениях, рушащихся домах и наводнениях открыли мне, что пациентку надо спасать от надвигающегося прорыва бессознательного путем изменений нынешней ситуации. Я запретил ей посещать мои лекции и посоветовал ей вместо этого заняться основательным изучением шопенгауэровского "Мира как воли и представления"^[3].

К счастью, она оказалась достаточно рассудительной, чтобы последовать моему совету, после чего сны-симптомы тут же прекратились и возбуждение спало. Как выяснилось, у пациентки приблизительно за двадцать пять лет до этого было непродолжительное шизофреническое состояние, которое за прошедшее время не дало рецидивов.

У пациентов с шизофренией, находящихся в процессе успешного лечения, могут случаться эмоциональные осложнения, вызывающие психотический рецидив или острый начальный психоз, если симптомы, предвещающие опасность (в частности, деструктивные сны), не будут распознаны своевременно. Лечение (купирование) такого рода развития не обязательно требует крутых мер. Сознание пациента можно, так сказать, увести на безопасное расстояние от бессознательного и обычными терапевтическими мерами например, предложив пациенту нарисовать карандашом или красками картину своего психического состояния^[4]. Благодаря этому общий непостижимый хаос объективируется и может рассматриваться дистанцированно, анализироваться и толковаться сознанием. Эффект этого метода, видимо, состоит в том, что первоначальное хаотическое и ужасное впечатление заменяется картиной, в некотором роде перекрывающей его. Картина "заклинает" ужас, делает его ручным и банальным, отводит напоминание об исходном переживании страха. Хороший пример такого процесса дает видение брата Клауса, который в долгой медитации с помощью неких диаграмм южно-немецкого мистика преобразовал ужасающий лик Бога в тот образ Троицы, который висит ныне в приходской церкви Заксельна.

Шизоидная предрасположенность характеризуется аффектами, исходящими от обычных комплексов, которые имеют более глубокие последствия, чем аффекты неврозов. С психологической точки зрения аффективные следы являются симптоматически спецификой шизофрении^[5]. Как уже подчеркивалось, они не систематичны, с виду хаотически и случайны. Кроме того, они характеризуются, по аналогии со снами, примитивными или архаичными ассоциациями, близко родственными мифологическим мотивам и комплексам идей.

Уже Фрейд не мог не сравнить с мифологическим мотивом часто встречающийся в неврозах комплекс инцеста и выбрал для него подходящее название Эдипов комплекс. Но этот мотив далеко не единственный. Скажем, для женской психологии надо было бы выбрать другое название — комплекс Электры, как я уже давно предлагал. Кроме них, есть еще много других комплексов, которые также можно сопоставить с мифологическими мотивами.

Именно наблюдаемое при шизофрении частое обращение к архаическим формам и комплексам ассоциаций впервые натолкнуло меня на мысль о бессознательном, состоящем не только из утраченных исконно сознательных содержаний, но также из более глубокого слоя универсального характера, сходного с мифическими мотивами, характеризующих человеческую фантазию вообще. Эти мотивы ни в коей мере не выдуманы (*erfunden*), они найдены (*vorgefunden*) как типичные формы, спонтанно и универсально встречающиеся в мифах, сказках, фантазиях, снах, видениях и бредовых идеях. Их более внимательное исследование показывает, что речь идет об установках, формах поведения, типах представлений и импульсах, которые должны рассматриваться как типичное для человека инстинктивное поведение. Поэтому выбранный для них термин архетип совпадает с известным биологии понятием "pattern of behavior" (Форма поведения, поведенческий

паттерн (англ.) — Прим. пер.).

Здесь речь идет вовсе не об унаследованных представлениях, но об унаследованных инстинктивных стимулах (Antrieb) и формах в том виде, как они наблюдаются у всех живых существ.

Поэтому, если в шизофрении особенно часто встречаются архаические формы, то этот феномен указывает на более глубокую (по сравнению с неврозом) биологическую патологию. Опыт показывает, что в снах архаические образы с их характерной нуминозностью возникают, главным образом, в ситуациях, каким-либо образом задевающих основы индивидуального существования, в опасные для жизни моменты, перед или после несчастных случаев, тяжелых болезней, операций и т. д., или же в случае проблем, придающих катастрофический оборот индивидуальной жизни (вообще в критические периоды жизни). Поэтому сны такого рода не только сообщались в древности ареопагу или римскому сенату, но в примитивных обществах и сегодня являются предметом обсуждения, откуда явствует, что за ними исконно признавалось коллективное значение.

Понятно, что в жизненно важных обстоятельствах мобилизуется инстинктивная основа психики, даже если сознание не понимает ситуации. Можно даже сказать, что как раз тогда инстинкту предоставляется случай взять верх. Угроза для жизни при психозе очевидна и понятно, откуда появляются обусловленные инстинктами содержания. Странно только, что эти проявления не систематичны, как, например, в истерии, где одностороннему сознанию личности в качестве компенсации противостоит уравновешенность и рационализм, дающие шанс для интеграции.

Если бы шизофреническая компенсация, т. е. выражение аффективных комплексов, ограничивалась лишь архаическим или мифологическим формулированием, то ассоциативные образы можно было бы понять как поэтические иносказания. Однако обычно это не так, и в нормальных снах тоже; ассоциации бессистемны, бессвязны, гротескны, абсурдны и, разумеется, непонятны. То есть шизофренические компенсации не только архаичны, но еще и искажены хаотической случайностью.

Здесь, очевидно, речь идет о дезинтеграции, распаде апперцепции в том виде, как он наблюдается в случаях крайнего, по Жанэ, "abaissement du niveau mental" при сильном утомлении и интоксикации. Исключенные из нормальной апперцепции варианты ассоциаций появляются при этом в поле сознания, — именно те многообразные нюансы форм, смыслов и ценностей, которые характерны, например, для действия мескалина. Как известно, этот наркотик и его производные вызывают снижение порога сознания, которое позволяет воспринимать необычное^[6], что удивительно обогащает апперцепцию, но препятствует ее интеграции в общую ориентацию сознания. Объем содержания вариантов перцептивного акта заполняет все сознание и придает мескалиновым фантазиям неотразимость. Нельзя отрицать, что шизофреническое восприятие имеет много сходного,

Однако экспериментальный материал не позволяет утверждать с уверенностью, что мескалин и патогенный фактор шизофрении вызывают одинаковые нарушения. Бессвязный, жесткий и прерывистый характер апперцепции шизофреника отличается от текучей и подвижной непрерывности мескалинового симптома. С учетом повреждений симпатической нервной системы, обмена веществ и кровообращения вырисовывается общая психологическая и физиологическая картина шизофрении, которая во многих отношениях напоминает токсикоз, что заставило меня еще пятьдесят лет назад предположить наличие специфического обменного токсина^[7].

Тогда у меня не было опыта, и я был вынужден оставить открытым вопрос о первичности или вторичности токсической этиологии. Сегодня я пришел к убеждению, что психогенная этиология болезни вероятнее, чем токсическая. Есть много легких и преходящих явно шизофренических заболеваний, не говоря уже о еще более частых латентных психозах, которые чисто психогенно начинаются, так же психогенно протекают и излечиваются чисто психотерапевтическими методами. Это наблюдается и в тяжелых случаях.

Так, например, я вспоминаю случай девятнадцатилетней девушки, которая в семнадцать лет была помещена в психиатрическую больницу из-за кататонии и галлюцинаций. Ее брат был врачом и, так как он сам был замешан в цепь приведших к катастрофе патогенных переживаний, то в отчаянии утратил терпение и дал мне "carte blanche" (Полную свободу (фр.) — Прим, пер.), для того, чтобы "наконец было сделано все, что в человеческих силах". Он привез ко мне пациентку в кататоническом состоянии, в полном аутизме, с холодными синими руками, застойными пятнами на лице и расширенными, слабо реагирующими зрачками. Я поместил ее в расположенный неподалеку санаторий, откуда ее ежедневно привозили ко мне на часовую консультацию. После многонедельных усилий мне удалось заставить ее к концу каждого часа шепотом сказать несколько слов. В тот момент, когда она собиралась говорить, у нее каждый раз сужались зрачки, исчезали пятна на лице, вскоре затем нагревались и приобретали нормальный цвет руки. В конце концов она начала говорить — поначалу с бесконечными повторами и оттяжками — и рассказывать мне содержание своего психоза. У нее было лишь очень фрагментарное образование, она выросла в маленьком городке в буржуазной среде и не имела ни малейших мифологических и фольклорных познаний. И вот она рассказала мне длинный и подробный миф, описание ее жизни на Луне, где она играла роль женщины-спасителя лунного народа. Как классическая связь Луны с безумием, так и другие многочисленные мифологические мотивы в ее рассказе были ей неизвестны. Первый рецидив произошел после приблизительно четырехмесячного лечения и был вызван внезапным прозрением, что она уже не сможет вернуться на Луну после того как открыла свою тайну человеку. Она впала в состояние сильного возбуждения, пришлось перевести ее в психиатрическую клинику. Профессор Эуген Блейлер, мой бывший шеф, подтвердил диагноз кататонии. Через приблизительно два месяца острый период постепенно прошел и пациентка смогла вернуться в санаторий и возобновить лечение. Теперь она была доступнее для контакта и начала обсуждать проблемы, характерные для невротических случаев. Ее прежняя апатия и бесчувственность постепенно уступили место тяжеловесной эмоциональности и чувствительности. Перед ней все больше открывалась проблема возвращения в нормальную жизнь и принятия социального существования. Когда она увидела перед собой неотвратимость этой задачи, произошел второй рецидив, и ее вновь пришлось госпитализировать в тяжелом припадке буйства. На этот раз клинический Диагноз был "эпилептоидное сумеречное состояние" (предположительно). Очевидно, за прошедшее время вновь пробудившаяся эмоциональная жизнь стерла шизофренические черты.

После годичного лечения я смог, несмотря на некоторые сомнения, отпустить пациентку как излеченную. В течение тридцати лет она письмами информировала меня о своем состоянии здоровья. Через несколько лет после выздоровления она вышла замуж, у нее были дети и она уверяла, что у нее никогда более не было приступов болезни.

Впрочем, психотерапия тяжелых случаев ограничена относительно узкими рамками. Было бы заблуждением считать, что есть более или менее пригодные методы лечения. В этом отношении теоретические предпосылки не значат практически ничего. Да и вообще следовало бы оставить разговоры о методе. Что в первую очередь важно для лечения — так это личное участие, серьезные намерения и отдача, даже самопожертвование врача. Я видел несколько поистине чудесных исцелений, когда внимательные сиделки и непрофессионалы смогли личным мужеством и терпеливой преданностью восстановить психическую связь с больным и добиться удивительного целебного эффекта. Конечно, лишь немногие врачи в небольшом количестве случаев могут взять на себя столь тяжелую задачу. Хотя, действительно, можно заметно облегчить, даже излечить психическими методами и тяжелые шизофрении, — но в той степени, в какой это "позволяет собственная конституция". Это очень серьезный вопрос, поскольку лечение не требует только необычных усилий, но может вызвать у некоторых (предрасположенных) терапевтов психические инфекции. В моем опыте при такого рода лечении произошло не менее трех случаев индуцированного психоза.

Результаты лечения часто курьезны. Так, я вспоминаю случай шестидесятилетней

вдовы, в течение тридцати лет страдавшей (после острого шизофренического периода) хроническими галлюцинациями. Она слышала "голоса", исходящие из всей поверхности тела, особенно громкие вокруг всех телесных отверстий, а также вокруг сосков и пупка. Она весьма страдала от этих неудобств. Я принял этот случай (по не обсуждаемым здесь причинам) для "лечения", похожего скорее на контроль или наблюдение.

Терапевтически случай казался мне безнадежным еще и потому, что пациентка обладала весьма ограниченным интеллектом. Хотя она сносно справлялась со своими домашними обязанностями, разумная беседа с ней была почти невозможна. Лучше всего это получалось, когда я адресовался к голосу, который пациентка называла "голосом Бога". Он локализовался приблизительно в центре грудины. Этот голос сказал, что она должна на каждой консультации читать выбранную мной главу Библии, а в промежутках заучивать ее и раздумывать над ней дома. Я должен был проверять это задание при следующей встрече. Это странное предложение оказалось впоследствии хорошей терапевтической мерой, оно привело к значительному улучшению не только речи пациентки и ее способности выражать свои мысли, но и психических связей. Конечный успех состоял в том, что приблизительно через восемь лет правая половина тела была полностью освобождена от голосов. Они продолжали сохраняться только на левой стороне. Этот непредвиденный результат был вызван постоянно поддерживаемым вниманием и интересом пациентки. (Она затем умерла от апоплексии).

Вообще же уровень интеллекта и образованности пациента имеет большое значение для терапевтического прогноза. В случаях острого периода или в ранней стадии обсуждение симптомов, в частности, психотических содержаний, имеет величайшую ценность. Так как захваченность архетипическими содержаниями очень опасна, то разъяснение их общего безличного значения представляется особенно полезным в отличие от обсуждения личных комплексов. Последние являются первопричинами архаических реакций и компенсаций; они в любой момент могут вновь привести к тем же последствиям. Поэтому пациенту нужно помочь хотя бы временно оторвать свое внимание от личных источников раздражения, чтобы он сориентировался в своем запутанном положении. Вот почему я взял себе за правило давать умным пациентам как можно больше психологических знаний. Чем больше он знает, тем лучше будет его прогноз вообще; будучи вооружен необходимыми знаниями, он сможет понять повторные прорывы бессознательного, лучше ассимилировать чуждые содержания и интегрировать их в сознание. Исходя из этого, обычно в тех случаях, когда пациент помнит содержание своего психоза, я подробно обсуждаю его с больным, чтобы сделать максимально доступным пониманию.

Правда, этот способ действий требует от врача не только психиатрических знаний — он должен ориентироваться в мифологии, примитивной психологии и т. д. Сегодня такие познания должны входить в арсенал психотерапевта так же, как они составляли существенную часть интеллектуального багажа врача до века Просвещения. (Вспомним, например, средневековых последователей Парацельса!) К человеческой душе, особенно страдающей, нельзя подходить с невежеством непрофессионала, знающего в психике только свои собственные комплексы. Именно поэтому соматическая медицина предполагает основательные знания анатомии и физиологии. Как есть объективное человеческое тело, а не только субъективное и личное, точно так же есть и объективная психе с ее специфическими структурами и процессами, о которых психотерапевт должен иметь (по меньшей мере) удовлетворительное представление. К сожалению, в этом отношении за последние пол столетия мало что изменилось. Правда, было несколько, с моей точки зрения, преждевременных, попыток создания теории, проваливающихся из-за предрассудков консультационного кабинета и недостаточного знания фактов. Необходимо накопить еще много опыта во всех областях психологии, прежде чем будут обеспечены основы, сопоставимые, например, с результатами сравнительной анатомии. Об устройстве тела мы знаем сегодня бесконечно больше, чем о структуре души, жизнь которой становится все более важной для понимания соматических расстройств и человеческой природы в целом.

Общая картина шизофрении, которая сложилась у меня за пятидесятилетнюю практику и которую я попытался коротко набросать здесь, не указывает на однозначную этиологию этой болезни. Правда, поскольку я исследовал свои случаи не только в рамках анамнеза и клинических наблюдений, но и аналитически, то есть с помощью снов и вообще психотического материала, я смог выявить не только начальное состояние, но и компенсацию в ходе лечения, и должен констатировать, что мне не встречались случаи, которые бы не имели логически и причинно взаимосвязанного развития. При этом я отдаю себе отчет, что материал моих наблюдений состоит в основном из более легких, корригируемых случаев и латентных психозов. Я не знаю, как обстоят дела с тяжелыми кататониями, которые могут привести к летальному исходу и которые, естественно, не встречаются на приеме у психотерапевта. Таким образом, я оставляю открытой возможность существования таких форм шизофрении, при которых психогенная этиология мало значима.

Несмотря на психогенность шизофрении, в ее течении наступают осложнения, которые трудно объяснить психологически. Как указывалось выше, это происходит в окружении патогенного комплекса. В нормальном случае и при неврозе формирующий комплекс или аффект вызывает симптомы, которые можно истолковать как более легкие формы шизофренических, — прежде всего известное "*abaissement du niveau mental*" с характерной для него односторонностью, затруднением суждения, слабостью воли и характерными реакциями (заикание, персеверации, стереотипность, аллитерации и ассонансы в речи). Аффект проявляется и как источник неологизмов. Все эти феномены учащаются и усиливаются при шизофрении, что недвусмысленно указывает на чрезвычайную силу аффекта. Как часто бывает, аффект не всегда проявляется внешне, драматически, но развивается, невидимый внешнему наблюдателю, как бы внутрь, где он вызывает интенсивные бессознательные компенсации^[8].

Они проявляются особенно в бредовых речах и в сновидениях, овладевающих сознанием с неотразимой (*possessiv*) силой. Степень неотразимости соответствует силе патогенного аффекта и ею же объясняется.

В то время как в области нормы и неврозов острый аффект проходит сравнительно быстро, а хронический не слишком сильно расстраивает общую ориентацию сознания и дееспособность, шизофренический комплекс оказывает во много раз сильнее. Его фиксированные проявления, автономия и деструктивность овладевают сознанием вплоть до отчуждения и разрушения личности.

Он не создает "*double personnalité*;" (Раздвоения личности (фр.) — Прим. пер.), а лишает эго власти, становясь на его место. Это наблюдается лишь в самых острых и тяжелых аффективных состояниях (патологические аффекты и делирий). Нормальная форма такого состояния — сновидение, которое, в отличие от шизофрении, имеет место не при бодрствовании, а во сне.

Возникает дилемма: слабое эго или сильный аффект тому первопричина? Я считаю, что последнее перспективнее — по следующим причинам. Для понимания содержания сновидения слабое эго (в состоянии сна) не значит практически ничего. А вот аффективный комплекс и динамически, и содержательно оказывает решающее воздействие на смысл сновидения. Этот вывод можно применить и к шизофрении, ибо вся феноменология этой болезни концентрируется в патогенном комплексе. При попытке объяснения лучше всего исходить именно из этого и рассматривать слабость эго как вторичное и деструктивное последствие аффективного комплекса, возникшего в области нормального, но впоследствии взорвавшего единство личности.

Каждый комплекс, в том числе и при неврозах, обладает явной тенденцией к нормализации, встраиваясь в иерархию высших психических связей или, в худшем случае, порождая новые субличности (Шизофрения и значит "расщепление личности", от греч. *Schizo* раскалываю + *phren* сердце, душа. — Прим. Н.К.). В отличие от этого при шизофрении комплекс застревает не только в архаическом, но и хаотически-случайном. Он остается чуждым, непонятным, асоциальным, как и большинство сновидений. Эта их

особенность объясняется состоянием сна. По сравнению с ними для шизофрении в качестве объясняющей гипотезы приходится использовать специфический патогенный фактор. Им может являться токсин специфического действия, вырабатываемый под воздействием чрезмерного аффекта. Он не оказывает общего воздействия, расстройства функций восприятия или двигательного аппарата, а действует только в окружении патогенного комплекса, ассоциативные процессы которого вследствие интенсивного "abaissement du niveau mental" опускаются до архаической ступени и разлагаются на элементарные составные части.

Однако этот постулат заставляет думать о локализации, что может показаться слишком смелым. Правда, похоже (частное сообщение), что двум американским исследователям недавно удалось вызвать галлюцинаторное видение архетипического характера путем раздражения ствола мозга. Речь идет о случае эпилепсии, в котором продромальным симптомом припадка всегда выступало видение quadrature circuli (Квадратура круга (лат.) — Прим. пер.).

Этот мотив входит в длинный ряд т. н. символов мандолы, локализацию которых в мозговом стволе я давно предполагал. Психологически речь идет об архетипе, имеющем центральное значение и всеобщее распространение, спонтанно появляющемся независимо от всякой традиции в образах бессознательного. Он легко распознается и не может остаться тайной ни для кого, кто видит сны. Причина, заставившая меня предположить такую локализацию, состоит в том, что именно этому архетипу присуща роль направляющего, "инстанции порядка"^{9}.

Поэтому символы мандалы часто появляются в моменты духовной дезориентации — как компенсирующие, упорядочивающие факторы. Последний аспект выражается преимущественно математической структурой символа, известной герметической натурфилософии еще с поздней античности как аксиома Марии Пророчицы (представительница неоплатонической философии 3 века), и бывшей в течение 1400 лет предметом интенсивных спекуляций^{10}.

Если бы последующий опыт подтвердил мысль о локализации архетипа, то саморазрушение патогенного комплекса специфическим токсином стало бы намного вероятнее, и появилась бы возможность объяснить деструктивный процесс как своего рода ложную защитную реакцию.

Впрочем, пройдет еще немало времени, пока нейрофизиология и патофизиология мозга, с одной стороны, и психология бессознательного, с другой, смогут соединиться. До этого им, видимо, придется шагать по разным дорогам. Психиатрию же, лечущую целостного человека, ее задача вынуждает учитывать как одну, так и другую сторону — вопреки пропасти, разделяющей оба аспекта психического феномена. Хотя нашему пониманию не дано пока найти мосты, соединяющие друг с другом видимость и осязаемость мозга и кажущуюся бесплотность психических образов, но есть несомненная уверенность в их существовании. Пусть эта уверенность уберет исследователей от опрометчивого и нетерпеливого пренебрежения одним ради другого или даже стремления заменить одно другим. Природы ведь не было бы без субстанциональности — как не было бы и без ее психической рефлексии.

Комментарии

1

О психологии и патологии так называемых оккультных феноменов, GW 15. Рус. пер. см. в "Конфликты детской души", М., 1994, с. 225–330

2

3

Я выбрал именно Шопенгауэра, потому что этот философ, находясь под влиянием буддизма, придает особое значение спасительному действию сознания.

4

Рисование красками эффективнее, поскольку через краски в изображение вовлекается и чувство.

5

Конечно, такие архаизмы встречаются и при неврозах, и у нормальных людей, но они более редки.

6

Этот термин несколько более специфичен, чем используемое Уильямом Джеймсом понятие "fringe of consiousness" (Pragmatism, London and Cambridge [Mass.] 1907)

7

"О психологии Dementia praecox", GW 3, р. 41, парагр. 195 и след.

8

Этому состоянию соответствует характерное для шизофреников отсутствие аффектов.

9

Подробнее см. об этом в: "Структура психики и процесс индивидуации", М., 1996; "Синхронистичность", К., 1977.

10

Исторической основой этого, вероятно, был платоновский "Тимей" с его космогоническими трудностями. (Ср. "Попытка психологического истолкования догмата о Троице", в кн. "Ответ Иову", М., 1995, с. 5–108).



С любовью,
электронная библиотека
Theosophy-Books.org

