

ANTONI KEMPIŃSKI

# MELANCHOLIA

**АНТОН КЕМПИНСКИЙ**

# **МЕЛАНХОЛИЯ**

*Перевод с польского И. В. Козыря*



Санкт-Петербург  
«НАУКА»  
2002

УДК 616.89

ББК 56.14

К35

**Кемпинский А. Меланхолия.** — Пер. с польского. — СПб.: Наука, 2002. — 405 с., 6 ил.

ISBN N 5-02-024984-X

В монографии профессора, доктора медицины А. Кемпинского описаны депрессивные комплексы, наблюдающиеся при различных заболеваниях, а также характерные черты переживаний больных в состоянии депрессии.

Автор ставит проблему информационного метаболизма, который основан на обмене информацией между организмом и окружающей средой. Информационный метаболизм наряду с энергетическим метаболизмом является одним из фундаментальных свойств жизни человека.

Работа содержит также раздел, в котором изложена история меланхолии в широком историческом контексте, подготовленный одним из ближайших сотрудников проф. Кемпинского Яном Митарски.

Книга предназначена прежде всего для врачей-психиатров, невропатологов и психологов.

ISBN 5-02-024984-X

© Издательство «Наука», 2002

© И. В. Козырь, перевод, 1999

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Несмотря на замечательные достижения науки и техники, а также существенное улучшение жизненных условий, наше столетие нельзя назвать радостным. Естественная радость восприятия жизни становится все более редким явлением, а печаль — все более распространенным. В психиатрии, которую в известном смысле можно назвать кривым зеркалом жизни общества, экспансия печали обнаруживается специфическим образом, а именно — все большим распространением симптомов депрессии, проявляющихся при различных заболеваниях. Симптомы депрессии часто доминируют среди других психопатологических симптомов. Кроме случаев маниакально-депрессивного психоза с симптомами депрессии можно встретиться при шизофрении, при органических или симптоматических психозах, при нервных заболеваниях и психопатиях. А это только основные группы психических расстройств. Депрессивное настроение появляется также при других заболеваниях, например, при инфекционном гепатите или гриппе.

Нет ничего удивительного в том, что не только психиатры, но и врачи разных специальностей, психологи и другие читатели испытывают потребность в специальной монографии, в которой были бы изложены проблемы маниакально-депрессивных психозов, или циклофрении, в контексте всего комплекса проблем, связанных с состоянием печали, так часто беспокоящей людей и осциллирующей на грани нормы и патологии. Впервые в нашей литературе дается обстоя-

тельное и многостороннее изложение в форме монографии темы депрессии в книге профессора, доктора Антона Кемпинского — руководителя психиатрической клиники медицинской академии в Кракове, умершего 8 июня 1972 г. Как и в других своих работах, автор излагает сложные проблемы доступно и оригинально. Мы получили крайне необходимую книгу, так как (и об этом свидетельствует хотя бы библиография данной темы, представленная подборкой литературы в конце книги) трудно найти общий и в то же время всесторонний подход к ее изложению. Преобладают незначительные, сиюминутные работы, обычно затрагивающие вопросы применения отдельных препаратов при лечении больных циклофренией.

Представив читателю сущность проблемы на основе анализа депрессивных комплексов, проявляющихся при различных заболеваниях, автор в следующем — втором разделе — предлагает своеобразный способ проникновения в мир переживаний больного, а именно — путем размышлений о колорите меланхолии и своеобразии депрессивных переживаний. Он выдвигает тезис о том, что изменение настроения связано с основными ритмами жизненной активности, которым соответствуют в природе на коротких интервалах времени суточный цикл смены дня и ночи, а на длительных — годовой цикл смены времен года.

Современное изложение темы в форме монографии потребовало более смелых подходов в употреблении специальной терминологии для того чтобы с одной стороны, исключить злоупотребление медицинскими терминами, а с другой стороны, сохранить точность определения рассматриваемых предметов. Например, в третьем разделе своей книги профессор Кемпинский рассматривает введенное им в обращение понятие информационного метаболизма. Этим метафорическим термином он определил одно из фундаментальных свойств жизни. А именно то, что живые организмы, в отличие от объектов неживой природы, по мнению профессора Кемпинского, следует отнести к классу так называемых открытых систем, существование которых быть может возможно только благодаря постоянному энергетическому обмену между ними

и окружающей средой. Метаболизм является фундаментальным свойством жизни (в переводе с греческого *metabolē* — перемена, превращение). Ни один атом в организме не существует самостоятельно. Пока организм жив, до тех пор продолжают процессы материально-энергетического обмена между ним и внешней средой, остается неизменной присущая ему структурная организация и генетический план. Однако для того, чтобы получить энергию, необходимую для жизни, организм должен уметь ориентироваться в окружающем его мире. Поэтому уже на ранних этапах развития живой природы наряду с процессами энергетического метаболизма возникают процессы информационного метаболизма, основанного на обмене информацией между организмом и окружающей средой.

Информационный метаболизм (информационный обмен) характеризуется, по мнению автора, наличием двух фаз. Это требует хотя бы короткого пояснения. Первая фаза завершается спонтанным принятием решения: сблизиться с окружением или от него удалиться, повысить жизненную активность или ее понизить. Контакт между внешним миром и внутренним миром организма является в данном случае непосредственным. Количество моделей мира (функциональных структур) невелико, а отклонения не имеют качественного характера. Решение принимается автономно и бессознательно. В принципе, мы не способны управлять нашим настроением и чувствами.

Напротив, во второй фазе метаболизм направлен на поддержание активности организма в окружающем мире. Здесь реализуется собственный план действий, и на основе обратной связи оцениваются его результаты («делаю и наблюдаю результаты собственной деятельности»). Таким образом формируется причинно-следственная связь. Отношения между внешним и внутренним миром не являются в данном случае непосредственными, как в первой фазе, поскольку информационный метаболизм направлен прежде всего на формирование плана деятельности организма и его реализацию. В известном смысле это искусственный мир, созданный самим человеком.

Первая фаза информационного метаболизма связана с нашей эмоционально-чувственной жизнью, а вторая — с нашей жизнью в сфере мысли и воли. Филогенетическое развитие так называемой новой коры головного мозга — неокортекса (*neokortex*) — имеет отношение прежде всего ко второй фазе информационного метаболизма. Такое понимание является принципиальным для последующих выводов автора. Кроме того, своему пониманию рассматриваемых психических нарушений он находит подтверждение в личном клиническом опыте психиатра, который в сочетании с чисто философским подходом позволяет подвести нас к синтетическому определению депрессии, а значит зачастую к совершенно новым способам описания этой болезни.

На свою теорию информационного метаболизма профессор опирается также в других своих еще не изданных книгах, например, в «Психопатии» и в «Страхе». Кроме того, он охотно пользуется биологической моделью так называемых аналогий развития и реакций живых клеток по отношению к поведению и реакциям организма отдельного человека, а также по отношению к поведению социальных групп в различных ситуациях.

Такой взгляд на вопросы психиатрии, далеко выходящий за рамки узко специальных представлений, обуславливает необходимость решения некоторых неотложных вопросов терминологии. Проблемы терминологии психических нарушений дискутируются с первых дней истории современной психиатрии. На седьмом съезде польских психиатров в Кочборове в июне 1927 г. во время обсуждения рефератов, посвященных маниакально-депрессивным психозам, известный польский психиатр и нейрофизиолог профессор, доктор Ян Мазуркевич обратил внимание на то, что термин «меланхолия» точно обозначает определенную болезнь, в то время как под депрессией понимаются различные состояния при различных заболеваниях. Вопрос этот по-прежнему остается предметом дискуссий, несмотря на то, что с течением времени принимались в научное обращение соответствующие определения. Однако их можно считать в значительной степени формальными, так как, например, в работах по истории медицины используется главным

образом термин «меланхолия», а встречающееся в библиографии обозначение «подавленность» или «угнетенное состояние» не способно передать драматизм этой болезни. Не принимая в расчет формальную и узко профессиональную терминологию, появившуюся без должного участия и совместной работы с филологами, большинство психиатров, отдающих отчет в тонкости вопросов языкознания, однозначно предпочитает термин «меланхолия» так же как и автор этой книги.

В четвертом разделе кратко рассказывается о проблемах лечения депрессии. Эти методы достаточно хорошо известны из многочисленных публикаций. Автор систематизирует основные направления этих работ, дает им критическую оценку и рекомендует наиболее эффективные методы лечения.

Совершенно новым для польской медицинской литературы является содержание пятого раздела, представляющего историю меланхолии. Читатель, предварительно ознакомившийся с проблемами заболевания, имеет возможность в конце книги почерпнуть основные исторические сведения, дополняющие изложение темы. Этот исторический раздел был написан психиатром, доктором медицины Яном Митарски.

В библиографии, составленной в алфавитном порядке, упоминаются источники, которые под соответствующими номерами ссылок приводятся в конце подразделов книги. Этот перечень имеет самостоятельное значение как материал библиографии, относящейся к проблематике маниакально-депрессивных психозов.

«Меланхолия» является очередным произведением из цикла монографий профессора Кемпинского. В год его преждевременной смерти (1972) появились две монографии, вышедшие из-под пера этого выдающегося польского психиатра: «Психопатология неврозов» и «Шизофрения». Он является автором более ста научных работ, опубликованных главным образом в специальных журналах. Избранное из этого богатого научного наследия легло в основу антологии с названием «Ритм жизни», вышедшей в свет также в 1972 г. При подготовке этих работ к печати в период обострения тяжелой и неизлечимой болезни с профессором Кемпинским тесно сотрудничал его помощник магистр медицины Ян Масловский.



Рецензии на книги профессора Кемпинского быстро появились одна за другой в печати, начиная от популярных газет и журналов и заканчивая научной периодикой. Эти различные статьи свидетельствуют об огромной популярности и читательском интересе к книгам профессора Кемпинского (их обзор представлен во второй части библиографии).

Профессор, доктор медицины  
*Евгений Бжезицкий*

*“Да омрачит его тьма и тень смертная, да обложит его туча, да страшатся его, как палящего зноя! Ночь та, — да обладает ею мрак, да не сочтется она в днях года, да не войдет в число месяцев!...Для чего не умер я, выходя из утробы, и не скончался, когда вышел из чрева?...Когда я ложусь, то говорю: «когда-то встану?» а вечер длится, и я ворочаюсь досыта до самого рассвета. Тело мое одето червями и пыльными струпами; кожа моя лопает и гноится... Вспомни, что жизнь моя дуновение, что око мое не возвратится видеть доброе...Ты страшишь меня снами, и видениями пугаешь меня. Прежде нежели отойду, — и уже не возвращусь, — в страну тьмы и сени смертной; в страну мрака, каков есть мрак тени смертной, где нет устройства, где темно, как самая тьма”.*

(Кн. Иова 3 : 5—6,11; 7 : 4—5,7,14;10 : 21—22)



# КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕПРЕССИЙ

---

## ЭНДОГЕННАЯ ДЕПРЕССИЯ

### Клиническая картина

Печаль является уделом человека. Даже у самого безмятежного человека случаются периоды депрессии, когда вокруг него меркнет свет и самого себя он видит в темных красках. Нет ничего удивительного в том, что в психиатрии, где приходится сталкиваться с душевными страданиями, выходящими за пределы обыденности, депрессия, когда-то называвшаяся подавленностью или угнетенностью, становится одной из главных проблем. В многообразии психопатологических форм, можно выделить различные типы депрессии. Самой древней из них, известной еще Гиппократу, является меланхолия или эндогенная депрессия.

Древнее понятие *меланхолия*, которое только во второй половине XIV столетия оказалось постепенно вытесненным термином *депрессия*, охватило широкий диапазон различных состояний патологически пониженного настроения, включая невротическую и шизофреническую депрессию. Этот термин более соответствовал бы широко распространенному в настоящее время понятию комплекса депрессивных состояний. Депрессия ассоциируется, скорее всего, с предложенным Крепелином определением эндогенной депрессии. Кроме того, термин депрессия применяется по отношению к множеству иных явлений, характеризующихся понижением уровня нормы, а не только понижением настроения, например понижение уровня земной поверхности относительно уровня моря, понижение экономической активности, понижение динамических характеристик какого-либо механизма или какого-либо органа организма и т. д. В то же время слово *меланхолия* может быть отнесено исключительно к печали человека. Поэтому следовало

бы задуматься, не лучше ли вернуть в психиатрическую терминологию понятие, имеющее более чем двадцативековую традицию применения.

Во время депрессии печаль настигает человека без какой-либо понятной причины. Как будто из-за неисправности электрического контакта все вдруг гаснет, мир теряет свои краски, будущее превращается в черную непроницаемую стену, а прошлое — в полосу темных событий, отягчающих больного чувством вины. Исчезает обычная жизненная энергия, каждое решение становится неслыханно трудным, мельчайшие дела превращаются в неразрешимые проблемы. Перед больным воздвигаются трудности как горы, поднимающиеся до небес.

Спад жизненной активности проявляется как в психических, так и в физических функциях. Мышление становится трудным, ассоциации скупыми, мысли вращаются вокруг одной темы: безнадёжности собственной жизни, собственной виновности и беспомощности, мечтаний о смерти, представляющей единственным спасением. Слабеет память, окружающий мир не влечет, все кажется неприятным и болезненным, поэтому с трудом рождаются новые записи в памяти, а из прошлого всплывают только воспоминания о неприятных событиях, как будто над головой больного и Солнце никогда не всходило.

В темноте все становится хаотичным, малые заботы превращаются в большие, человек теряется в заблуждениях, не знает, что выбрать, на что решиться, поскольку обычные пропорции нарушились вследствие изменения колорита. Он становится беспомощным перед окружающей его действительностью.

Вследствие упадка жизненной активности замедляются темпы психических процессов, все внутри становится как бы тяжелым, человек становится инертным, но легко возбудимым. Больному ничего не хочется, его охватывает апатия. Мысли кружат вокруг одних и тех же тем. Душевная жизнь, колорит которой недавно был красочен и изменчив, теряет свою обычную легкость, вызывающую ощущение внутренней подвижности, готовности к смене тем. Та же самая тяжесть проявляется и в физических функциях.

Уже издали можно распознать печального человека по его согбенной фигуре — как будто на своих плечах несет он тяжкий груз, придавливающий его к земле, по его скованным тяжелым движениям, как будто на руках и ногах его висят кандалы. Сила тяжести берет верх над активностью организма.

Видно, с каким усилием больной перемещает свое тело, даже черты лица опускаются вниз (уже в рисунке ребенка обнаруживается характерный способ изображения грустных и веселых лиц: у первых — морщины на лбу, надбровные дуги и уголки рта опущены вниз, у вторых — поднимаются вверх). Скованность движений во время депрессии может перейти в ступор, больной застывает без движения в одной позе. Реже берет верх беспокойство движений: больной бесцельно кружится на месте, причитает, плачет. Обычно во время тяжелых депрессий глаза сухие, больной не может плакать. Плач часто смывает печаль, после приступа плача у человека «легче на сердце».

См. работы: 16, 32, 33, 39, 43, 54, 56, 69, 79, 90, 92, 95, 99, 150, 153, 160, 161, 163, 171, 186, 192, 202, 203, 204, 222, 230, 237, 248, 271, 272, 284, 295, 299, 308, 319, 320, 329, 333, 335, 338, 362, 363, 367, 374, 382, 384, 385, 390, 398, 410, 425, 434, 436, 438, 442, 453, 454, 455, 456, 464, 472, 474, 475, 482, 497, 501, 510, 526, 560, 579, 600, 640, 653, 683, 708, 730.

## **Биологические изменения**

Снижение жизненной активности отражается на вегетативных функциях: понижается в целом интенсивность обмена веществ, исчезает аппетит (больной может вообще перестать есть), уменьшается выделение слюны (обычной является сухость во рту), уменьшается перистальтика, исчезает сексуальное влечение. Кожа становится дряблой и сухой. Характерным для этого состояния является нарушение сна. Если при неврозах больной не может заснуть, то во время депрессии просыпается очень рано — в первом — втором часу ночи и остаток её проводит без сна.

Биохимические изменения также могут указывать на ослабление метаболизма. Уровень аминокислот мозга (серотонина, высших аминокислот: адреналина, норадреналина и дофамина) во время депрессии понижается, а при маниях — повышается. Считается, что фармакологические средства (нейролептики и тимолептики), а также электрошок способствуют изменению уровня аминокислот мозга и, таким образом, оказывают влияние на состояние организма и жизненную активность больного. Наблюдаются нарушения деятельности коры надпочечников. В период депрессии повышается уровень кортизола в плазме и увеличивается содержание 17-гидроксикортикоида в моче больного. При эндогенных депрессиях соответствующие

характеристики выше, чем при реактивных депрессиях. Их значения возрастают по мере усиления депрессии и, по мнению некоторых авторов, они могут служить показателем уровня риска самоубийства. В связи с дисфункцией надпочечников в период депрессии наблюдаются нарушения кислотно-щелочного баланса вплоть до внутриклеточной задержки ионов натрия. Кривая содержания сахара становится более пологой. Частота ритма сна электроэнцефалограммы (ЭЭГ) — альфа-ритма незначительно понижена, спорадически проявляется тета-ритм. В случаях *raptus melancholicus*\* иногда наблюдаются формы ЭЭГ характерные для эпилептических припадков.

См. работы: 5, 11-17, 123, 148, 155, 169, 170, 200, 201, 223, 234, 247, 253, 289, 302, 307, 309, 329, 330, 383, 420. 575, 577, 585-578, 589, 590, 609, 652, 670.

## Мания

Еще врачи древности отмечали чередование фаз депрессии с маниакальными фазами. Мания — психическое состояние противоположное депрессии. Если в период депрессии жизненная активность падает до минимума, то в период маниакальной фазы — поднимается до максимума. Больной полон энергии, радости жизни, психические процессы ускоряются, окружающий мир влечет его к себе. Больного все интересует, отсюда — характерное перескакивание от темы к теме. Его мысли, как говорится, «скачут». Прошлое и будущее представляются ему в светлых красках, так же как и свой собственный образ. Нарушения сна такие же, как и в период депрессии. При мании характерным является также раннее пробуждение. Избыточная активность может приводить к конфликтам с окружающими. Иногда отпор окружающих больной воспринимает как проявление враждебности по отношению к самому себе. Проявляется мания преследования, как правило, в неустойчивых формах. Изменение колоритов прошлого, будущего и внутреннего мира приводит к иллюзорному восприятию окружающей действительности. Легко появляется мания

---

\* *raptus melancholicus* — состояние внезапного возбуждения, наблюдающееся чаще всего во время глубокого депрессивного ступора. В таком состоянии больной может быть агрессивным как в отношении самого себя, так и по отношению к окружающим. При этом существует опасность нанесения тяжелых телесных повреждений и даже самоубийства.

превосходства и мессианства. Аналогично в период депрессии возникает мания вины (греховности), нигилизма и разрушения (катастрофичности).

См. работу: 79.

## Биологические ритмы

Фазы депрессии и маниакального возбуждения могут проявляться чередуясь (биполярно: фаза мании, фаза депрессии) или без чередований (монополярно: устойчивая фаза депрессии или устойчивая фаза мании). Но даже в случае устойчивой формы фазового состояния наблюдаются противоположные изменения в конце фазы. Например, в конце фазы мании наступает депрессивный спад, а в конце фазы депрессии — маниакальное возбуждение. Интервалы между фазами могут значительно отличаться: от нескольких месяцев до нескольких десятков месяцев. Их наступление нередко связано с наступлением весны или осени.

Случается, что фаза депрессии или мании наступает только раз в жизни. При этом значительно труднее поставить правильный диагноз, поскольку именно цикличность наступления фаз упрощает данную процедуру. В таких случаях обычно можно обнаружить достаточно заметные колебания настроения, которые, однако, не рассматриваются как болезненные. Случаются также и противоположные ситуации, когда фазовые состояния сменяются уже через несколько дней или даже часов. При этом настроение больного колеблется от повышенного до пониженного. Перерывы нормального настроения отсутствуют. Обычно такие перерывы могут продолжаться от нескольких месяцев до нескольких лет. Продолжительность фаз также является различной — от нескольких часов до нескольких лет. Чаще всего продолжительность фазы составляет несколько месяцев. Фазы мании в целом имеют меньшую продолжительность, чем фазы депрессии.

Интервал между фазами (продолжительность цикла) уменьшается с повторением приступов: циклы становятся все короче. Продолжительность цикла для случаев монополярной депрессии выше, чем в случаях биполярной. В случае последней продолжительность первых циклов составляет около двух лет, аналогично случаям шизоаффективных психозов, а также кататонической и параноидальной шизофрении. В то же время



при монополярной депрессии продолжительность цикла в начале заболевания составляет около шести лет.

Первые проявления биполярной депрессии обычно наступают раньше, чем монополярной. Последние, так же как инволюционные депрессии, проявляются с одинаковой частотой в возрасте от 20 до 60 лет. Для возраста старше 60 лет обнаруживается заметное уменьшение частоты первичных случаев заболевания. Это объясняется гипотезой о том, что инволюционные депрессии не зависят от органических изменений состояния головного мозга. Если бы такая зависимость существовала, то число первичных заболеваний после 60 лет возрастало. В случае биполярных депрессий значительный спад первых приступов болезни обнаруживается уже в возрасте свыше 50 лет. Промежутки между фазами болезни (продолжительность цикла) не зависят от применения антидепрессантов в период ремиссии. Наибольшая продолжительность межфазового интервала установлена в случаях, когда не проводилось никакого лечения или когда назначалась соль лития.

Как показали исследования однойцовых и разнойцовых близнецов, отягощенная наследственность при биполярных депрессиях проявляется более наглядно, чем при монополярных. С точки зрения генетики циклофрения является гетерогенным заболеванием,

Как в случае биполярных депрессий, так и при монополярных — начальная фаза заболевания чаще всего наступает в апреле и в октябре, реже — в разгар лета. При шизофренических психозах картина остается неизменной в течение всего года.

Продолжительность фаз подчиняется распределению Гаусса. Чаще всего имеют место фазы средней продолжительности (от трех до семи месяцев), реже — фазы малой (менее трех месяцев) и большой продолжительности (более семи месяцев). У мужчин продолжительность фаз больше (значение медианы — пять месяцев), чем у женщин (значение медианы — четыре месяца).

При повторении приступов продолжительность фаз у мужчин становится несколько больше, а у женщин не изменяется. Продолжительность фаз у госпитализированных больных больше, чем у тех, которые лечатся дома. У женщин чаще, чем у мужчин имеет место средняя продолжительность фаз. У мужчин чаще имеет место малая (менее трех месяцев) и большая (более семи месяцев) продолжительность фаз. Продолжительность фаз зависит от возраста. В возрасте менее 30 лет и более

60 лет чаще всего имеет место малая продолжительность фаз. В то же время в среднем возрасте (от 30 до 60 лет) преобладает средняя и большая продолжительность фаз.

Циклический (фазовый) характер не является исключительной чертой циклофрении. Он присущ многим другим психическим расстройствам, например, неврозам и шизофрении, а также соматическим заболеваниям. При некоторых психосоматических заболеваниях, таких как язвенная болезнь и бронхиальная астма, фазы заболевания, также как и при циклофрении, начинаются чаще всего весной и осенью.

Спонтанность (отсюда понятие — эндогенная) и цикличность (отсюда понятие — циклофрения) изменений настроения обращает внимание на определяющий ритм изменений жизненной активности, который в полной мере является аналогом ритмов суточного и годового циклов времени. Это — ритм активности и отдыха. Ритм смены дня и ночи (времени суток) является как бы малым ритмом, а ритм смены времен года — большим. Весной все пробуждается к жизни, летом — достигает своей зрелости, а осенью жизненная активность спадает. Это время пожинать плоды собственной деятельности. А зимой активность замирает. Аналогии для обоих ритмов находят свои выражения в различного рода словесных формах, например, «утро» или «заря» жизни, как определение детства и молодости, «вечный покой» — как определение смерти. Во многих религиозных мифах зима обозначает нисхождение божества в ад и победу смерти над жизнью. Вслед за зимой наступает весна, а вместе с ней — воскрешение из мертвых. Изменение жизненной активности в этом ритме от минимума до максимума сообразно с ритмом дня и ночи, а также с ритмом смены времен года выявляет в свою очередь постоянство жизненных процессов. Ночь сменяет утро, зиму — весна. Жизнь продолжается вечно. Смерть является только «отдыхом», после которого жизнь вновь пробуждается (миф воскрешения из мертвых). Ритмичность проявляется тогда, когда выявляется необходимость поддержания равновесия между противоположными процессами, например, активности и отдыха относительно ритма дня и ночи, а жизни и смерти — относительно ритма времен года. По мере приближения старости процессы смерти берут верх над процессами жизни. Поддержание равновесия организма зависит от равновесия между противоположными процессами, поэтому явление ритмичности проявляется во многих жизненных процессах. К характерным противополож-

ным процессам в энергетическом метаболизме относятся катаболические и анаболические процессы и соответствующие им в информационном метаболизме процессы возбуждения (диполяризации синаптической мембраны) и процессы торможения (гиперполяризации синаптической мембраны). Катаболические (или эрготропные) процессы связаны с выделением энергии организмом и контролируются симпатической частью автономной системы. Анаболические процессы (или трофотропные) основаны на накоплении энергии организмом и регулируются парасимпатической частью автономной системы.

При нормальной деятельности организма обязательным является поддержание равновесия между обоими противоположными процессами. Ритмичность облегчает поддержание такого равновесия, благодаря которому происходит смена доминирующих процессов. И именно благодаря таким колебаниям поддерживается относительное постоянство уровня, являющегося случайной величиной на интервале между предельными значениями. Патология начинается тогда, когда отклонения становятся слишком большими. В этом случае ритмичный переход к противоположной фазе становится затрудненным. Вся система приходит в состояние расогласования.

Уровень жизненной активности колеблется между подъемами и спадами. Субъективно этим колебаниям соответствуют изменения настроения: хорошее настроение сопутствует повышенной активности, а печаль — пониженной активности. Если отклонение становится избыточным, то стабилизирующий ритм дезорганизуется.

Таким же образом можно рассматривать патологические изменения настроения при циклофрении. При депрессии патологическая фаза нарушенного ритма уходит вниз, то есть в зону пониженной активности. А в фазе мании — вверх, то есть в зону повышенной активности.

При депрессии в целом доминируют анаболические процессы (трофотропные), а при маниакальном возбуждении — катаболические (эрготропные). В связи с этим с депрессией связана повышенная нагрузка на парасимпатическую систему, а с манией — на симпатическую. При понижении жизненной активности во время депрессии отмечаются (в том числе Зельбахом) такие симптомы как: пониженное кровообращение, замедление основного ритма ЭЭГ, пониженный приток крови к головному мозгу, внутриклеточная задержка натрия, умень-

шение активности декарбоксилазы, уменьшение выделения слюны (типичной является сухость во рту), пониженная производительность многих желез внутренней секреции, ослабление либидо и потенции, понижение уровня содержания катехоламинов в головном мозге, ослабление условных рефлексов, замедление психических реакций.

С другой стороны во время депрессии наблюдаются явления, отмеченные при доминировании катаболических процессов, такие как нарушение сна, отсутствие аппетита, беспокойство, переходящее в страх, увеличенное выделение гормонов корой надпочечников. Нарушение равновесия между процессами-антагонистами основано не только на патологическом доминировании одних процессов над другими, но и на особенностях их изменчивости (лабильности). Количественное равновесие обоих антагонистических процессов нарушается. Случается, что нарушение равновесия между процессами-антагонистами обуславливает понижение жизненной активности и настроения. Тотчас симптомы депрессии проявляются в вегетативных нарушениях и связанных с ними недомоганиях ипохондрического характера. Совокупность физических недомоганий при депрессии является достаточно характерной. Чаще всего это жалобы на давление в голове, тяжесть в голове, пустоту, реже — головные боли. На втором месте по частоте следовало бы поместить жалобы на боли и давление в области сердца и грудной кости, и далее — жалобы на боли под сердцем, боли в животе, боли в нижних конечностях.

Физические недомогания вынуждают больного искать врачебной помощи у терапевта. А тот, не замечая обычно психических нарушений и, особенно, пониженного настроения, трактует заболевание как физическое и настойчиво ищет органические изменения. Только исчезновение данных симптомов после применения антидепрессантов позволяет выяснить подлинную этиологию физических недомоганий. Это — так называемая «скрытая депрессия» (*depressio larvata aut depressio sine depressione*). Чаще случается, что физическим недомоганиям сопутствует пониженное настроение, однако оно маскируется внешними признаками ипохондрии. Физическая боль легче воспринимается как окружающими, так и самим больным, чем боль души, поэтому формой выражения (экспрессией) психических страданий нередко становятся соматические боли.

Веселый человек чувствует себя молодым, а печальный — старым. Для веселого смерть далеко, для печального — близко. У каждого человека, а также у животных, жизненная активность, субъективно воспринимаемая как настроение, подвергается постоянным колебаниям. Однажды он встает с постели «с левой ноги», в другой раз — «с правой». Очевидно, что на настроение оказывают влияние различные факторы, например, эмоциональные отношения с окружающими и самим собой. Для влюбленного человека мир прекрасен и сам он полон радости. Для ненавидящего — окружающий мир уныл, а сам он печален, поскольку его преследуют «недобрые предчувствия». Недовольство самим собой отражается на настроении, и наоборот — каждая возможность самоудовольствования улучшает настроение. Настроение зависит от соматического состояния организма. Больной человек (а также животное) чувствует себя печальным, ищет одиночества, бежит от развлечений.

Некоторые болезни особенно понижают настроение, например, болезни пищевода или ревматизм. Случаются болезни, которые иногда усиливают жизненную активность, а вместе с ней повышают настроение: туберкулез, гипертрофия щитовидной железы. Настроение зависит от влияния атмосферы: бывают дни радостные и дни печальные. На настроение влияет также удовлетворение творческих амбиций: хорошо выполненная работа приносит удовольствие и радость.

Удовлетворение основных биологических потребностей приносит только временное улучшение настроения. Удовлетворение голода, желания, сексуального влечения приносит ощущение радости жизни. Движение и активность улучшают настроение. Бездеятельность и невозможность выхода внутренней энергии в движении понижают настроение.

Можно было бы упомянуть много иных факторов. Ответ на вопрос: «Отчего ты печален?» — является необычайно трудным, а иногда — невозможным. Не всегда можно найти ответ и иногда следует признать, что настроение изменяется спонтанно, независимо от внешних и внутренних причин. При циклофрении колебания настроения приобретают уже форму патологии, которые благодаря своему большому размаху легко доступны для наблюдения. Несмотря на то, что циклофрения является определенным видом заболевания, нельзя забывать об эндогенных колебаниях настроения и жизненной активности, которые могут проявляться как у людей психически здоровых,

так и у людей страдающих неврозами, психопатиями или душевными болезнями, отличающимися от циклофрении.

См. работы: 18, 34, 98, 107, 128, 149, 199, 251, 254, 259, 261, 274, 275, 278, 423, 427, 449, 477, 523, 556, 578, 592, 595, 616, 618, 619, 678, 682, 701, 703, 717, 721, 731.

## **ДЕПРЕССИЯ ПЕРЕХОДНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПЕРИОДОВ**

### **Инволюционная депрессия**

Биологические изменения в организме в период его созревания и увядания, в период беременности, в родовой и послеродовой период отражаются, как правило, на общем настроении, нередко сопровождаясь явными симптомами депрессии. В клинической психиатрии до настоящего времени в более явном виде определялась патология периода созревания, чем периода увядания. Давно уже было известно понятие инволюционного психоза, но не было аналогичного понятия для психозов возраста увядания. Правда многие авторы отрицают существование особого вида заболевания, полагая, что инволюционный психоз относится к поздней шизофрении или циклофрении. Имеется достаточно типичных психопатологических симптомов психических нарушений периода увядания, так что закрепление по отношению к ним термина инволюционного психоза представляется справедливым. Хотя этот термин не соответствует критериям классификации, принятым в психиатрии, тем не менее он опирается на этиологические критерии, предполагающие инволюционные причины заболевания, в то время как обычная классификация основана прежде всего на признаковых критериях. Инволюционные психозы имеют чаще всего смешанную клиническую картину депрессивно-маниакального расстройства. Реже они проявляются в чистой форме: маниакальной или депрессивной. Часто им сопутствуют (особенно у мужчин) дополнительные отдельные психоорганические симптомы. У женщин клиническая картина заболевания отличается большей содержательностью, чем у мужчин. В болезненных переживаниях неоднократно находят отражение наиболее тяжелые психические травмы из жизни больных. Инволюция является периодом, в котором человеческая жизнь клонится к закату. Уже одно это обстоя-

тельство создает специфическую атмосферу печали. Просыпаются рефлексивные размышления о собственной жизни, и ее баланс обычно оказывается неутешительным. Иногда человек еще раз пытается испытать собственные силы, начать жизнь заново. Поражает он тогда окружающих своей огромной — ибо последней — любовью к жизни или своей чрезмерной активностью. Чаше же однако он погружается в печальные размышления о несбывшихся мечтах, о нереализованных жизненных возможностях, в ощущения вины и обмана.

Инволюция является периодом жизни, когда приходит пора уйти с жизненной сцены. Возможностей добиться того, чего еще не добился в жизни, становится меньше, прошлое берет верх над будущим. Мало чего уже можно ожидать от будущего: было бы не хуже того, что есть! Человек борется за сохранение своего места в жизни, для того чтобы не быть отброшенным назад более молодыми и энергичными. Он стремится к покою, отдыху, стабильности. Иногда человек поднимает бунт против своего возраста, хочет сохранить молодость, хочет показать себе и другим, что он еще в гуще жизни. Бросается в вихрь деятельности, ищет любви, которая принесла бы ему награду за неудачи и разочарования в этой сфере. Верит, что любовь принесет ему вновь утраченное ощущение молодости. Выглядит все это так же, как фаза маниакальной инволюции.

Отсутствие перспектив в будущем дает ощущение пустоты перед собой. Ничто человека в жизни не ждет, ничего нового с ним не произойдет, ничего уже он не сделает, жизнь завершилась — *consummatum est*. Ощущение пустоты приводит к тому, что он обращает взгляд на собственное тело. Появляются разные боли, отчасти связанные с возрастом и физическим недомоганием, а отчасти — вымышленные. Наступает ипохондрическое состояние. Связанные с периодом инволюции гормональные нарушения вызывают расстройства вегетативных функций, которые способствуют закреплению ипохондрического состояния.

Наступление психоза в инволюционном возрасте (*depressio involutiva*) скорее всего является результатом влияния многих причин как генетических, так и происходящих на протяжении всей жизни человека, своеобразия эмоционального климата инволюционного периода, а также от прямых соматических и психических травм. Генетическую предрасположенность к психозам типа расщепления личности или циклофрении можно установить только в конце жизни. Этому может сопутствовать

генетически обусловленная тенденция к быстрому старению (в этом случае симптомы психоорганического комплекса проявляются раньше). Период инволюции самим фактом того, что является завершающим в жизни, предполагает, что груз прошлого становится особенно ощутимым. И нет уже никаких шансов сделать или исправить то, что в жизни не удалось. Специфический климат периода увядания, только что описанный выше, может стать невыносимым и вызвать невротическую реакцию.

См. работы: 22, 25, 83, 136, 145, 170, 192-198, 213, 219, 262, 263, 312, 389, 411, 425, 447, 479, 513, 621, 648-651, 704, 707, 737.

## **Депрессии юношеского возраста**

### *Страдания молодости*

У большинства людей молодость в воспоминаниях представляется прекраснейшим временем жизни, однако непосредственно в этот период не все уж так прекрасно и наряду со светлыми красками в этом возрасте обнаруживается много темных. Депрессии в этом периоде жизни (*depressio iuvenilis*) случаются даже чаще чем в период инволюции. При этом протекание их отличается. Они имеют меньшую продолжительность и, очевидно, иную психопатологическую картину.

Откуда же берется печаль молодости? Бурные биологические изменения в организме отражаются субъективно в форме беспокойства, повышенной агрессивности, неопределенной тоски, желания пробы своих сил, бунта против домашнего окружения и т. д. Появляется характерный для молодости хаос чувств: чувства любви переплетаются с чувствами ненависти, агрессивность со страхом, увлеченность с отвращением и т. д. Чувства легко достигают своих крайних границ. Хаос и динамика чувств несколько напоминают картину эмоционального состояния при шизофрении. Это свойственное юности беспокойство чувств способствует проявлению предельных колебаний настроения. Под влиянием сиюминутного упадка настроения дело легко доходит до попытки самоубийства.

Ни в одном периоде жизни не играют такого большого значения социальные роли, как в молодости. Речь идет как о фактических, так и вымышленных ролях. Правда, в детстве последних также достаточно. Ребенок даже часто реализует их



в игре, но в детстве проблема самоутверждения не проявляется так остро, как в юности. Ребенку достаточно игры или самой фантазии. Из мира сказки он легко возвращается на твердую почву действительности. Но если эта действительность неприятна, то ребенок гораздо охотнее отвергает ее и уходит в мир фантазий (детский аутизм). Тем не менее вступление в период молодости обязывает к реализации вымышленных ролей. Необходимо какую-либо из них выбрать и попробовать свои силы в их реализации. Безопасный мир матери становится слишком малым, хочется выйти в большой мир. Фантазий и игр уже недостаточно, поскольку все они находятся в безопасном мире за материнской спиной, который становится слишком тесным. Необходимо попробовать реализовать собственные фантазии и игры в мире действительности.

Остро проявляется расхождение между ролью, порожденной фантазиями, и действительностью. Беспокоит вопрос: «Кто я?». Отсюда сильное желание испытать себя и легкость срывов, если это испытание не удастся. Роль, которая наиболее глубоко затрагивает структуру личности, касается восприятия собственного пола. Правда, эта роль осознается значительно раньше: уже ребенок воспринимает себя мальчиком или девочкой. Однако в период полового созревания осознание себя мужчиной или женщиной выдвигается на первый план, от этого зависит ощущение собственной значимости. Недостаточное ощущение собственной мужественности или женственности отражается в самооценке. Заниженная самооценка, как правило, имеет в своей основе заниженное восприятие собственной сексуальной роли. Неудачные попытки испытания своей роли в сексуальном плане (недостаток подтверждения собственной значимости в роли мужчины или женщины), как правило, приводят к колебаниям самооценки и понижению настроения, а иногда и к попыткам самоубийства.

Обычно в период полового созревания начинает появляться критический взгляд на семейное окружение. В мире матери, который до этого был определенной базой и потому был свободен от всяческих недостатков, теперь (может быть потому, что от этой базы необходимо оторваться) обнаруживаются различные недостатки и острые углы. Растет критическое отношение к родителям, рождается основание для бунта. С другой стороны, хотелось бы иметь опору в собственной семье, поскольку окружающий мир по-прежнему остается непознанным и неустойчивым. Отрицательные чувства по отношению к

родителям являются источником сильного ощущения вины. Кроме того, молодой человек, еще не оторвавшийся от единственного безопасного в своей жизни места, не может уже вернуться в мир матери, необходимость в котором сохраняется всю жизнь. Может быть поэтому среди причин попыток самоубийств молодежи на первый план выступают их конфликты с родителями.

Образ самого себя в период ранней молодости является еще очень неопределенным, его светлый колорит легко изменяется до самого темного. Иногда достаточно мелкой неудачи, чтобы все сломалось, и молодой человек почувствовал бы себя ничтожеством. Единственным выходом тогда становится поиск смерти, благодаря которой он может реабилитироваться в глазах окружающих, чтобы они увидели, какую обиду нанесли молодому человеку.

Если в детстве будущее еще покрыто мглой и имеет неясные контуры, является таинственным и фантастичным, то в период молодости оно начинает приобретать черты действительности. Молодой человек осознает противоречивость мечты и возможности ее реализации. Часто это воспринимается им как нечто неприятное и вызывает попытки уйти от мыслей о будущем. Уже на пороге реализации собственных возможностей принимается перспектива поражения. Избегая мыслей о будущем, он хочет жить настоящим.

### *Формы юношеской депрессии*

Формы юношеских депрессий являются различными, печаль выражается разными способами, и в диапазоне настроений обнаруживается большой размах. Может быть поэтому юношеская депрессия у психологов не выделялась как специфический комплекс симптомов и обычно трактовалась как невротическая реакция, и реже — как депрессивная фаза циклофрении или депрессивное начало шизофрении. Следует отметить, что в юношеском возрасте картина эндогенных психозов (шизофрении и циклофрении) часто отличается от классических форм, поэтому ее диагностика затруднена. Особенно трудно дифференцировать обострение психических нарушений периода полового созревания и отдельные симптомы шизофрении. Кроме того, клиническая картина циклофрении у молодых людей часто оказывается совмещенной с клинической

картиной шизофрении, поэтому точный диагноз можно поставить только по прошествии времени, хотя обычно такая картина проявляется в будущем как шизофрения.

К наиболее распространенным типам юношеской депрессии можно отнести форму безразличия и апатии, форму бунта и форму покорности, а также лабильность настроения. Элементы отдельных форм часто проявляются одновременно, их разделение имеет значение только для общей ориентации и, по мере углубления психопатологических исследований юношеской депрессии, несомненно, подвергнется уточнению.

*Форма безразличия и апатии.* Как мы уже пытались представить в общих чертах, период юности является особенно трудным периодом жизни. Иногда требуются большие усилия воли, чтобы оказаться победителем после всех поражений и испытаний молодости. Поэтому нередко случается, что тенденции дезинтеграции берут верх. Молодой человек находится в подавленном состоянии. У него не хватает воли собраться с силами для работы или даже для развлечений. Он начинает отставать в учебе, способен сидеть часами без дела дома или в кафе. Ничто его не интересует. Он перестает следить за своим внешним видом и целый день слушает рок-музыку. Жизнь обращается в бессмысленную пустоту. Он не видит перед собой никакой цели, день идет за днем, тоска жизни время от времени нарушается не требующими в целом большой фантазии забавами (пьянством, беспорядочной половой жизнью, хулиганскими выходками и т. д.).

Иногда такая форма депрессии сильно напоминает простую форму шизофрении, хотя постановка точного диагноза бывает невозможна. Только по прошествии времени картина может проясниться в том или ином направлении.

Комплекс апатии и безразличия сохраняется обычно очень долго: от нескольких месяцев до нескольких лет. Иногда в его основе можно обнаружить комплекс мастурбации или слишком раннее начало сексуальной жизни. Порой реакции данного рода оказываются обусловленными невозможностью «разрыва пуповины», связывающей с семьей. Скрытый бунт и агрессия по отношению к родителям переходит в аутоагрессию, которая в данном случае проявляется в виде пониженной активности и настроения. Выход из состояния безразличия и апатии в значительной степени зависит от условий среды. Речь идет прежде всего об интенсивности эмоциональных отношений с

окружающей жизнью. А значит любовь, интересная работа, даже небольшие успехи и удовлетворение скрытых амбиций и т. д. могут вернуть интерес к жизни.

*Форма бунта.* Юношеская депрессия в форме бунта является обострением часто встречающегося в этом возрасте бунта против старшего поколения. В известном смысле такой бунт является необходимостью, поскольку в этом периоде жизни происходит отрыв от семейной среды. Если «разрыв пуповины» не наступает, то это фатально сказывается на дальнейшей жизни и развитии личности индивида. Отрицательной стороной такого состояния является избыток негативных эмоций, с которыми бунтарь обычно не может совладать. Выход агрессии наружу обычно происходит в форме импульсивных, агрессивных реакций, которые, как правило, доводят до обострения существующий конфликт, или — в форме «тихой» агрессии, то есть в виде пассивного сопротивления, тихого делания «назло», упорного противодействия окружающим. Однако чаще всего агрессия не может быть полностью реализована вовне и часть ее оказывается обращенной внутрь. В таком случае агрессия превращается в аутоагрессию. Последняя также может приобретать различные формы: бурные (такие как попытки самоубийства или нанесения себе телесных повреждений) и «тихие» (такие как разрушение собственной жизненной карьеры, алкоголизм, употребление наркотиков, пренебрежение социальными обязанностями, приводящими постепенно к социальной деградации и т. д.).

В отличие от формы безразличия и апатии форма бунта протекает бурно. Часто происходят конфликты со старшими, особенно с родителями и учителями. Иногда форма бунта становится обобщенной: молодой человек начинает борьбу со всем старшим поколением и его нормами. Это сопровождается хулиганскими выходками, побегами из дома, уходом в криминальный мир для того чтобы таким образом противопоставить себя обществу старших. Эта борьба хаотична и беспечальна, в глубине юношеского бунта скрывается обычная печаль, ощущение бессмысленности жизни, недостаток уверенности в собственных силах и различные комплексы неполноценности.

Трудности подхода к больным этого типа связаны со способностью врача «пробиться» сквозь поверхность бунта, которая так раздражает окружающих, и добраться до его

глубинных слоев, в которых можно обнаружить ранее упомянутое ощущение безнадежности, комплекс неполноценности и отсутствие веры в свое будущее. Если при лечении депрессии в форме безразличия и апатии отправной точкой является возможность «разбудить больного» для установления более живого эмоционального контакта с окружающими, то в форме бунта таким ключевым терапевтическим фактором является укрепление веры больного в самого себя. Восстановление нарушенного чувства собственной значимости уменьшает агрессивность по отношению к окружающим и к самому себе.

*Форма самоотречения.* Форма самоотречения юношеской депрессии является подобием формы бунта, лишенной его внешних проявлений. В основе данной формы депрессии лежит отсутствие веры в самого себя. Слишком большое несоответствие между мечтами и действительностью приводит к отказу от попыток строить какие-либо планы на будущее. Будущее становится серым, нудным, не способно принести ничего интересного. Там могут ожидать только поражения и неудачи. Не стоит о нем думать и строить какие-либо планы, потому что они напрасны. Молодой человек перестает интересоваться выбором профессии, выбирает что полегче, отказывается от своих прежних увлечений, так как не верит в возможность их реализации. Он отказывается от любви, потому что нет надежды на то, что избранник или избранница ответит ему взаимностью. Молодой человек идет по жизни по линии наименьшего сопротивления, и такая жизнь очень рано начинает казаться ему тоскливой потому, что сопротивление, оказываемое окружающей действительностью, является несомненно фактором, стимулирующим усилие. Иногда причиной такой формы депрессии является избыточный аутоэротизм или слишком раннее начало половой жизни, лишенной эмоциональной содержательности, которую можно рассматривать как возможность выхода внутренней энергии. У девушек аутоэротизм часто переходит в аутоагрессивность. Желание самоуничтожения, отращивание к самому себе, усиливают состояние самоотреченности. Аналогично случаю депрессии в форме бунта очень важным при лечении является «реставрация автопортрета», к больному должна вернуться вера в самого себя. Иногда даже небольшие жизненные успехи возвращают интерес к жизни и уменьшают остроту самоотречения.

*Лабильная форма.* Лабильность (изменчивость) настроения является достаточно характерной для периода полового созревания. Вероятно, что прежде всего в ее основе лежат биологические причины (гормональные изменения в организме). О патологии можно говорить тогда, когда колебания настроения приобретают такую большую амплитуду, что вносят затруднения в жизнь больного. Обычно приходится сталкиваться с депрессивными фазами такого состояния. В отличие от циклофрении продолжительность этих фаз очень мала: иногда несколько часов, самое большее несколько дней. Поэтому они больше напоминают внешне так называемую «хандру», чем депрессию эндогенной формы. Фазы повышенного настроения встречаются намного реже и обычно для них более характерны гебефренические черты, чем маниакальные. Доминируют: желание «подурачиться», жажда приключений, побеги из дома, принятие роли бунтаря по отношению к близким и т. д.

Под внешними проявлениями повышенной активности легко угадать специфическое состояние молодости: ощущение бессмысленности жизни и собственной незначительности и т. д. В периоды ухудшения настроения молодой человек особенно болезненно ощущает бессмысленность своей жизни, окружающую его эмоциональную пустоту. Усиливаются достаточно характерные для этого возрастного периода комплекс неполноценности и внутренняя агрессивность. Такие периоды являются небезопасными, принимая во внимание риск самоубийства. Несомненно, что при этой форме юношеской депрессии самый лучший эффект дает лечение с применением тимолептиков и слабых нейролептиков в сочетании с поддерживающей психотерапией.

См. работы: 81, 279, 316-318, 387, 393, 500, 504, 531, 535, 557, 606, 631, 644, 646, 672, 698, 714, 722, 732, 735.

### *Рекомендации по диагностике и лечению*

Как уже говорилось, диагностика юношеских психозов отличается большой сложностью. Часть из них проходит бесследно по мере достижения большей возрастной устойчивости личности, а часть переходит в открытые формы шизофрении или циклофрении. В отличие от взрослых людей молодежь обычно неохотно обращается за помощью при возникновении психологических трудностей. Часто юношеская

депрессия воспринимается молодыми людьми и их окружением не как болезнь, а как «причуды» или недостатки характера. Уже само понимание больным того, что он болен и это состояние временное, оказывает на него успокаивающее влияние. Впрочем, в каждом случае депрессии существует тенденция ее перехода в устойчивую форму. Большой перестает верить в будущее и в то, что оно может принести изменения в его жизнь. Поэтому при депрессии всегда следует подчеркивать больному, что это болезненное состояние, и оно имеет переходящий характер.

Что касается юношеских депрессий, то в них всегда можно отыскать психастенические компоненты, то есть отсутствие уверенности в себе, заниженную самооценку и т. д. Связано это с типичным для данного возраста отсутствием чувства меры и неспособностью к объективной самооценке. Поэтому в психиатрической практике, сталкиваясь с молодыми людьми, следует избавиться от обычной для старших манеры «вменить им в вину» что-либо и стараться отыскать в больном как можно больше положительного. Молодой пациент обычно чувствует, что врач верит в него, а именно этой веры со стороны окружающих, особенно тех, кто играет значительную роль в его жизни, ему чаще всего не хватает. В отношениях с юным пациентом нельзя забывать, что молодость является наиболее бурным периодом жизни человека: бунты, непокорность, крайняя изменчивость настроения и эмоционального состояния — обычные для этого возраста явления, которые не должны заставить врача врасплох. И он должен всегда проявлять терпимость к больному.

Больные в период полового созревания и в юношеском возрасте должны научиться планировать свое будущее. В случае юношеской депрессии это является принципиальным вопросом под углом двух точек зрения. Во время любой депрессии исчезает способность планировать свое будущее: будущее превращается в пресловутую «непроницаемую черную стену». И когда будущее начинает проясняться, то это обычно первый сигнал того, что депрессия проходит. В молодости будущее имеет характер огромного пространства, погруженного в сумерки и колорит его то светлый, то темный. При юношеских депрессиях колорит становится темным. Нередко открытие для молодого пациента перспектив будущего, то есть самого факта его существования и возможных целей, изменяет темный колорит на светлый.

Наконец, важнейшим обстоятельством является характер эмоциональных отношений между врачом и молодым пациентом. Прежде всего молодые люди не выносят фальши. Они ищут правды и крайне чувствительны к диссонансу между истинным обликом человека и тем, как он пытается себя представить. Они являются суровыми судьями, и если обнаруживают внутреннюю фальшь данного человека, то безоговорочно его осуждают. Поэтому для того, чтобы добиться доверия молодого человека, необходимо быть правдивым. Требуется искренне любить молодых людей, а не проявлять к ним «симпатии». Не следует раздавать им «указания», ибо они их и так уже достаточно получили, но надо быть самому для них, хотя бы отчасти, примером. Личный пример в общении с юным пациентом является важным делом, поскольку в данном возрасте он все еще находится в поиске идеала и самоидентификации, и их обнаружение значительно облегчает планирование будущего и может помочь ему выбраться из депрессии. Глубина эмоциональных отношений с пациентом определяется тем, насколько врач посвящен в его проблемы, насколько искренне хочет ему помочь и старается разобраться в том, что приносит ему страдания и мешает жить. Психиатр часто видит ошибки, совершенные родителями по отношению к своему пациенту, и невольно может возбудить к ним его нерасположение. Эмоциональные установки врача в отношениях с родителями становятся такими же, как у больного. Поэтому следует больше времени уделять родителям, вести с ними искренние разговоры, не осуждая их, а воспринимая как своих пациентов. Тогда можно очень многое понять в природе их ошибок. Такое понимание родителей врачом передается во время бесед пациенту-подростку: он учится смотреть на многие вещи со стороны, становится более терпимым по отношению к своим родителям, начинает лучше понимать их конфликты и трудности. Таким образом, уменьшается избыточность отрицательных эмоций, которые нередко являются одной из основных причин юношеской депрессии. Важную роль в лечении юношеских депрессий играет возможность установления отношений с другими молодыми пациентами. Нередко одной из причин депрессии является неумение налаживать контакты с ровесниками, вызванное как заниженной самооценкой, так и невозможностью «разрыва пуповины», привязывающей к семье. Соответствующая атмосфера в отделении для молодых



пациентов облегчает выздоравливающим попытки установления контактов с ровесниками.

См. работы: 41, 42, 127, 133, 136, 273, 402, 403, 404

## ДЕПРЕССИИ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Материнство является в жизни женщины серьезным психическим и биологическим кризисом. Не следует удивляться, что в этот период достаточно часто случаются психические нарушения. Как и для случая так называемых инволюционных психозов, до сих пор остается неразрешенным и вероятно никогда не будет разрешен многолетний и довольно острый спор психиатров о том, насколько специфичны или неспецифичны эти нарушения, и можно ли их отнести к отдельному заболеванию. Учитывая комплексный характер этиологии большинства психических нарушений, трудно установить их специфичность, то есть выделить для них конкретную и наиболее существенную причину. Психические нарушения, связанные с материнством, могут проявляться как в период беременности, так и при родах или в послеродовой период. Чаще всего они наблюдаются в послеродовом периоде, с чем связано наименование этой формы заболевания (*depressio puerperalis*).

Во время беременности чаще встречаются невротические реакции, обусловленные психологическими причинами, такими как нежелательная беременность, нежелание или неготовность стать матерью, нетерпимость по отношению к отцу ребенка, враждебное отношение к собственной матери, материальные проблемы и т. д. Их дополняют причины биологического порядка: осложненное протекание беременности, соматические заболевания, постоянная рвота и т. д. Обычно эти причины сопутствуют друг другу. Во время родов чаще всего приходится иметь дело с острыми психозами типа психоза замученности (*sindroma amentivum*), как правило, вызванным общим отравлением или заражением организма. Для послеродового периода характерны аментивные психозы (обычно симптоматические), а также шизофреноподобные и циклофреноподобные. В этой последней группе значительно преобладают депрессии. Однако кроме классических картин психозов можно встретиться с психическими нарушениями на уровне неврозов или на границе неврозов и психозов. И при таких нарушениях чаще всего преобладают депрессивные состояния.

## Формы послеродовой депрессии

*Неврастеническая форма.* В достаточно приближенной классификации депрессивных комплексов на первый план могут выступать симптомы неврастенического типа — в форме замученности, раздражительности, ухудшения умственных и физических способностей. Обычно они сопровождаются заметными нарушениями вегетативно-эндокринной природы. Часто наблюдается избыточное похудение или избыточный вес. Некоторые авторы склонны объяснять подобные случаи нарушениями деятельности нижнего мозгового придатка — гипоталамуса.

*Форма безразличия и апатии.* Несколько иную форму представляют те послеродовые депрессии, в которых на первый план выступает апатия, отсутствие энергии, неспособность принятия решения. Женщинам, подверженным такой форме депрессии, все кажется трудным, они не могут справиться с обычными домашними обязанностями. Охотнее всего они проводят время ничего не делая, их не оставляет ощущение пустоты жизни, иногда к ним с досадой приходит равнодушие в отношениях с самыми близкими людьми — мужем и ребенком. Несмотря на то, что недавно так радовались появлению ребенка, теперь они не испытывают к нему никаких чувств и охотно отдают его под опеку своей матери. Эмоциональная пустота заполняется, как это часто бывает, жалобами ипохондрического характера. Обычно в подобных случаях бывает трудно установить, имеешь ли дело с начальной стадией шизофрении или с мягкой формой эндогенной депрессии, или же с невротической реакцией на рождение и материнство.

*Форма тревоги и страха* (ананкастическая форма). В третьей форме послеродовой депрессии на первый план выдвигается проблема ребенка. Больная охвачена страхом ответственности за него, она не верит, что сможет вырастить своего ребенка, каждый поступок оборачивается для нее проблемой. Она изучает специальную литературу и ищет помощи у своей матери. Нередко эти мысли переплетаются с навязчивыми мыслями о том, что с ребенком может что-нибудь случиться или она может причинить ему зло. Ее мучают ужасные фантазии о том, как она сама погубила своего ребенка. Один вид острых предметов — ножа или маленького ножичка — по-

рождает мысли этого типа. Ее мучают кошмарные сны, в которых ее ребенок гибнет при страшных обстоятельствах или она сама убивает его и даже поедает. Обычно при депрессиях подобного рода можно обнаружить очевидную эмоциональную неготовность женщины к материнству.

См. работу 519.

## Этиологические факторы

При попытках анализа этиологии послеродовых депрессий следует обратить внимание на следующие факторы:

1. Причины соматической природы, то есть особенности течения беременности и родов, наличие зарегистрированных эндокринных нарушений, физическая зрелость и готовность к беременности и родам (например, физический инфантилизм) и т. д.

2. Индивидуальные особенности личности. Речь идет прежде всего об эмоциональной готовности к материнству, о теплоте или холодности чувств, о склонности к эмоциональной амбивалентности, об ощущении собственной женственности и т. д.

3. Причины, связанные с последствиями конфликтов, например: неудачное замужество, нежелательная беременность, излишняя зависимость от матери, профессиональные и материальные проблемы, связанные с рождением ребенка.

В целом достаточно трудно прогнозировать течение послеродовых депрессий. Часто по прошествии несколько месяцев и даже недель они проходят бесследно. Женщина постепенно привыкает к новой для себя роли матери. Случается однако, что рождение ребенка становится переломным моментом в жизни пациентки. Через несколько лет она даже чувствует, что в ней за это время что-то изменилось («сломалось»), что она утратила радость жизни и жизненную энергию, и что ее физические силы ослабели. Что она потолстела или, наоборот, похудела, и не может вернуть себе прежнюю фигуру. Что она не может избавиться от чувства уныния и неуверенности в себе. Что она не испытывает больше удовлетворения от сексуальных отношений (бывает также наоборот — только после первой беременности появляется способность испытывать оргазм, которого раньше не было). Не один раз выяснялось, что печальные, «потускневшие», сгибающиеся под тяжестью домашних

обязанностей, не имеющие ни одной светлой минуты в жизни и лишенные ее радостей женщины, были когда-то — как это выясняется во время беседы с ними — совершенно другими. И жизнь их радовала, и они были способны смеяться и радоваться по пустякам. Было у них в то время довольно много энергии и веры в будущее. Явные изменения наступили после рождения ребенка. Было бы излишним упрощением комплекс причин депрессии свести только к факту рождения ребенка. Обычно к этим причинам добавляются другие, такие, например, как сложности семейного положения, сексуальная неудовлетворенность, переутомление от работы, трудные материальные условия и т. д. Тем не менее переломным моментом было рождение ребенка.

См. работы: 112, 184, 211, 218.

### **Лечебные рекомендации**

При лечении послеродовых депрессий следует обратить особое внимание на причины соматической природы: токсикоз беременности, нарушение гормонального баланса, послеродовую анемию и т. д. После исключения этих причин или после проведения соответствующего курса лечения следует обратить особое внимание на психологические причины. А именно: на эмоциональную готовность к материнству, ощущение собственной женственности, эмоциональные отношения к матери, мужу и ребенку, бытовые условия и т. д.

Материнство очень часто дает выход скрытым при обычных жизненных обстоятельствах формам проявления эмоций. Обычно в этот период укрепляются эмоциональные отношения с матерью. Нередко эти отношения приобретают несколько утрированную форму: молодая мама чувствует себя как маленькая девочка по-прежнему нуждающаяся в поддержке матери. Иногда вместе с материнством в женщине пробуждается героическое желание полностью посвятить свою жизнь ребенку.

В этот период нередко дают о себе знать последствия перенесенных травм личности, особенно касающихся сексуальной идентификации. Отношения к сексуальному партнеру часто меняются. Поскольку чувства должны быть теперь разделены между ним и ребенком, то часто партнер отходит на задний план, к нему появляются и растут претензии, связанные с тем, что он не справляется со своей новой ролью отца.

Материнство является новым периодом в развитии личности женщины. К ней приходит новый образ, которому свойственны особые и — может быть — сильнейшие проявления чувств, в первую очередь по отношению к ребенку. Не всегда женщина оказывается достаточно подготовленной к этому. Многие меняются во всех прежних эмоциональных отношениях. Словом, как будто на свет появляется новая женщина. Эти «роды» не всегда проходят безболезненно и различные формы послеродовых депрессий являются тому лучшим доводом. Задачей психиатра является установление причин, играющих важнейшую роль в генезисе депрессии и оказание помощи пациентке в освоении новой жизненной роли. Фармакологические методы лечения с применением тимолептиков, нейролептиков и атарактиков помогают врачу установить контроль над состоянием пациента при глубоких формах пониженного настроения и страхах, а также возможность снижения вегетативной дистонии.

## СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ

### Этиология

#### *Биологические причины*

В целом каждое соматическое заболевание влечет за собой понижение настроения. Представляется поэтому обоснованным выделение из группы депрессий тех, которые непосредственно связаны с физическими нарушениями в организме. Среди причин понижения настроения при соматических заболеваниях можно выделить две большие группы: биологические и социально-психологические.

Каждое соматическое заболевание вызывает рассогласование функций организма. Возникновение опасности для здоровья организма вызывает беспокойство и даже страх. А воздействие локальных факторов в свою очередь вызывает возбуждение болевых рецепторов и пациент начинает испытывать боль. Во время болезни организм должен как бы сконцентрироваться на самом себе, поэтому у пациента падает интерес к внешним событиям: больной ищет помощи и возможности скрыться, отдохнуть. Общая жизненная активность падает, поскольку болезнь ослабляет организм.

Влияние биологических факторов во время депрессии сказывается по-разному в зависимости от тяжести соматического заболевания, степени интоксикации, степени поражения центральной нервной системы при данной болезни и т. д. Можно было бы сказать, что почти каждое соматическое заболевание имеет свой специфический психопатологический образ. Его анализ является довольно трудным, поскольку на картину болезни помимо биологических факторов оказывают влияние конституционные и личностные факторы, а также ситуационные причины, то есть все факторы, непосредственно связанные с психологической ситуацией вокруг больного.

Не всегда биологические факторы обуславливают понижение настроения. Случается, особенно на первых стадиях болезни, что настроение несколько повышается, или, если не само настроение, то общая жизненная активность. Иногда это происходит на ранних стадиях туберкулеза, а также при некоторых инфекционных заболеваниях, хотя бы при обыкновенном гриппе или при гиперфункции щитовидной железы. Вероятно, такое повышение жизненной активности следует связать с усилением общего обмена веществ, вызванным заболеванием. Опять таки, при некоторых заболеваниях понижение настроения бывает очень заметным, например, при ревматизме или при различных функциональных нарушениях системы пищеварения, начиная с обычного растройства желудка. Возможно, в будущем более тесное сотрудничество психиатров со специалистами других областей медицины позволит установить наличие более явных корреляционных отношений между различными соматическими заболеваниями и сопутствующими им психопатологическими образами.

См. работы: 53, 91, 101, 113, 153, 182, 253, 292, 297, 314, 334, 364, 394, 406, 418, 419, 441, 552, 554, 588, 692.

### *Социально-психологические причины*

Факторы социально-психологической природы могут по-разному проявляться и играют различную роль в генезисе депрессии, сопровождающей соматическое заболевание. Болезнь изменяет социальную ситуацию вокруг больного. Хочет он того или не хочет, но он должен отказаться от обычной социальной активности, оказывается освобожденным от большинства своих обязанностей, не может продолжить начатую

работу и т.д. Отказ от активного образа жизни влечет за собой различного рода последствия социального, психологического и материального характера. Много важных для больного дел решается без его участия, появляются материальные проблемы, а при затянувшейся болезни может даже угрожать финансовый крах. Как больной человек он теряет значение в жизни общества.

Иногда, правда, отказ от общественных обязанностей оказывается выгодным для пациента, поскольку он может быть единственным выходом из сложившейся тяжелой ситуации. На этом основывается так называемый «уход в болезнь». Тем не менее по большому счету отказ от общественной жизни является невозможным. Больной становится все более тяжелым грузом для окружающих и все ниже опускается в социальной иерархии.

Существует явная корреляция между состоянием здоровья и социальным положением человека. Болезнь освобождает человека от прежней роли в обществе и благодаря этому он принимает роль ребенка, ожидающего помощи и заботы от окружающих. Таким образом, болезнь вызывает регресс социальной роли. И наоборот, регресс социальной роли может вызвать болезнь. Когда физическое состояние человека является хорошим, то отказ от предыдущей социальной роли связан только с попыткой «ухода в болезнь». Когда же состояние здоровья является ослабленным, как например в пожилом возрасте, то легко доходит до нарушения механизмов компенсации сил организма. Классическим примером этого является появление различного рода недомоганий в пожилом возрасте и старческое отупение в связи с утратой прежнего социального статуса (например, после ухода на пенсию).

Болезнь часто ставит человека в различные и часто новые для него психологические ситуации. Отказ от активности вынуждает к большим размышлениям о самом себе. Обычно это размышления о собственном теле (форма ипохондрии), но если заболевание является достаточно тяжелым, то появляются размышления и о смерти. Болезнь как бы становится связующим звеном между рождением и смертью. Делая человека слабым и требующим опеки, болезнь уподобляет его ребенку, а надвигающаяся перспектива конца жизни заставляет задуматься над ее смыслом. Много дел, до сих пор казавшихся важными, теряет свою значимость и человек жалеет, что ими вообще занимался. Иногда с сознанием того, что приближается

конец жизни, приходит удивительный покой. Затихают старые житейские бури. Все становится малозначительным. Иногда человек пытается защититься от перспективы смерти: отказывается воспринимать существование обнаруженной у него болезни или старается умалить ее опасность и еще активнее, чем до болезни, старается принять участие в проходящей жизни.

Отрицание факта болезни встречается довольно часто при заболеваниях раком. Больной в онкологическом отделении убежден, что все другие больны раком, кроме него. Пренебрежение болезнью встречается иногда после инфарктов. Таких больных трудно удержать в постели, они рвутся к работе, нередко их активность становится еще больше, чем до болезни. Сила аргументации врача не играет никакой роли. Случается, что заболевший врач, несмотря на очевидные даже для непосвященного симптомы рака не принимает факта существования болезни, или хорошо зная, чем угрожает инфаркт, не воспринимает по отношению к самому себе предостережения, которые сам уделил бы любому больному.

Человек вообще неохотно допускает возможность своей смерти. Это заметно, например, во время войны, когда о смерти мало думают и скорее стараются по мере возможности насладиться жизнью в полной мере. Пожилые люди тоже часто, вместо того чтобы размышлять о приближающемся конце их существования, берутся за различные дела, без каких-либо шансов увидеть большинство из них завершенными до конца своей жизни. Вероятней всего человек обладает различными механизмами психологической защиты от перспективы смерти. Такая перспектива подчас вынуждает его к полной ревизии прежнего образа жизни, к подведению последних жизненных итогов, к осознанному ограничению жизненной активности, которая перед лицом скорой смерти теряет смысл, а также к критическому отношению к оставшимся делам.

Во многих культурах придается большое значение способности взглянуть смерти в глаза. Человека специально учат, как должно встречать смерть. Разрабатываются ритуалы, связанные с культом мертвых (удивительным с этой точки зрения примером является древнеегипетская культура). В современной цивилизации человек скорее старается уйти от мыслей о смерти. Она является для него непреодолимым до сих пор пределом природы, возбуждающим страх и ощущение бессмысленности человеческого существования.



Слабость, боль, необходимость опеки, неожиданная близость смерти — все это понижает настроение, ослабляет активность и экспансивность жизни. Человек видит ее в совсем иной перспективе. Он вынужден изменить многое в своих эмоциональных отношениях и отказаться от прежних жизненных целей. Порой необходимость взглянуть на жизнь «*sub specie aeternitatis*» делает прежнее отношение к жизни глубже, человек становится мудрее и спокойнее. Но в целом ощущение радости жизни ослабевает и обычно оказывается связанным с мелкими текущими делами. Они напоминают о вкусе жизни и побуждают к большей активности. Случается, правда, что именно перед лицом смерти жизнь приобретает особый вкус, поскольку только теперь человек учится радоваться разным мелочам, таким как солнечный луч, вид цветов и птиц и т. д., на что раньше не обращалось никакого внимания.

См. работы: 91, 606

### **Разновидности симптоматической депрессии**

К наиболее распространенным видам симптоматической депрессии следует отнести депрессивные комплексы, наблюдающиеся при инфекционных заболеваниях (*depressio postinfectiosa*), при недостаточном кровообращении (*depressio haemodinamica*), при гормональных нарушениях (*depressio endocrinologica*), при различного рода отравлениях (*depressio toxica*), при длительном употреблении наркотиков и после прекращения их употребления (*depressio narcotica*). К симптоматическим депрессиям относят также депрессию, встречающуюся у алкоголиков, особенно в период абстиненции (*depressio alcoholica*) и, наконец, депрессии, проявляющиеся при употреблении некоторых фармакологических средств (*depressio pharmacologica*).

После некоторых инфекционных болезней иногда в течение длительного времени сохраняются невротические симптомы (чаще всего неврастенического характера) с явно выраженной депрессивной окраской. Типичным примером является грипп. Не исключено, что такого рода послегриппозные депрессии являются следствием легкого воспаления мозга, вызванного вирусом гриппа. При вирусном воспалении печени нередко наблюдаются устойчивые депрессивные комплексы неврастенического характера или в форме безразличия-апатии. Анало-

гичные комплексы наблюдаются при брюшном и, особенно, при сыпном тифе.

Недостаточность кровообращения нередко приводит к ухудшению настроения, что непосредственно связано с нарушениями кровообращения мозга. Тот же самый эффект наблюдается при склерозе сосудов головного мозга. Об этом следует помнить, сталкиваясь с депрессивными комплексами у пожилых людей. Иногда применение сердечных препаратов (строфантина) быстро устраняет симптомы депрессии.

При некоторых гормональных нарушениях, например, при функциональной недостаточности щитовидной железы, при дисфункциях коры надпочечников или гипофиза наблюдаются длительные устойчивые депрессивные комплексы различной тяжести, часто в неврастенической форме или в форме безразличия-апатии. Отмечается также проявление более или менее простых депрессивных комплексов вследствие употребления пероральных противозачаточных средств. Достаточно типичными являются депрессии при употреблении препаратов коры надпочечников.

Производственная медицина часто сталкивается с хроническими отравлениями токсическими веществами. Иногда при отравлениях наблюдается небольшая эйфория, а когда отравляющее вещество перестает непосредственно воздействовать — депрессивный комплекс. Это явление часто наблюдается при хронических отравлениях. При наркомании и алкоголизме это является одной из причин злоупотребления этими средствами. Алкоголь или наркотики употребляются, между прочим, для улучшения настроения (для того, чтобы «залить тоску»), а когда их воздействие перестает сказываться, наступает пресловутое похмелье, основным симптомом которого является подавленное настроение. В одной из краковских химических прачечных наблюдалось, что ее сотрудники, несмотря на низкий заработок и плохие условия труда, охотно ходят на работу. Оказалось, что они постоянно испытывали отравление химическими средствами, использующимися для стирки. Их настроение заметно ухудшалось, когда они оказывались вне воздействия этого средства (то есть вне прачечной). Эйфорический эффект данного средства с учетом его ошеломляющего воздействия стал одной из причин использования этого средства польскими хиппи в качестве наркотика (известного у них как «клей»).

Большинство наркотиков — типичным примером может служить морфий — нередко вызывает сильный упадок настро-

ения в тот период, когда отравляющее вещество перестает действовать. Это является одной из причин так называемого наркотического голодания (например, ужасный наркотический голод морфинистов). Таким образом формируется механизм порочного замкнутого круга. Наркотики употребляются для того, чтобы с помощью симптомов острого отравления (эйфории) подавить симптомы хронического отравления (депрессии). Для того чтобы избавиться от этих неприятных симптомов, хронический алкоголик должен нередко уже с утра «принять по чуть-чуть» для улучшения настроения. Иногда алкогольные депрессии способствуют появлению симптомов бреда или делирия. При алкогольных депрессиях довольно трудно определить, вызван ли упадок настроения эндогенными факторами, так как случается, что циклофрения проявляется прежде всего склонностью к злоупотреблению алкоголем — к запою (так называемая дипсомания) или хроническим алкогольным отравлением.

Многие фармакологические средства вызывают ухудшение настроения, особенно при их постоянном употреблении. Типичным случаем является употребление препаратов раувольфии (*Rauwolfia*), например, серпазила, который назначается при лечении гипертонии. Не исключено, что употребление некоторых антибиотиков приводит к формированию хронических депрессивных комплексов (преимущественно в форме апатии-безразличия). Эта проблема, однако, требует более обстоятельного изучения.

Большинство нейролептиков и некоторые атарактики существенно ухудшают настроение, чаще всего вызывая состояние апатии и упадка сил (комплексы апатии-безразличия). Здесь можно столкнуться со значительными различиями в индивидуальной переносимости препаратов, например, у одного человека лекарство вызывает депрессивный эффект, а у другого — эффект легкой эйфории. При характерной для нашего общества увлеченности лекарствами определенное значение для объяснения данного явления имеет упоминавшийся выше эффект порочного круга. Лекарство назначается для улучшения самочувствия, а самочувствие ухудшается в свою очередь при длительном употреблении лекарства.

См. работы: 29, 49, 303, 304, 305, 504, 543, 548, 552, 574, 639, 690, 701.

## Предостережения врача

При лечении депрессий соматического происхождения очень важным является формирование у больного оптимистического взгляда на окружающий мир и самого себя, чтобы болезнь не воспринималась как невозполнимая утрата времени и сил, чтобы даже из этого состояния он мог почерпнуть для себя положительный опыт. Улучшение настроения, как правило, оказывает положительное влияние на лечение заболевания соматической природы.

Поэтому врач и медицинская сестра должны как своим подходом, так и личными свойствами способствовать снятию болезненной напряженности, сопутствующей любому соматическому заболеванию, а также поддержать настроение и интерес к жизни у больного. Ежедневно можно убедиться, что одни врачи и медицинские сестры наделены такими способностями — иногда одно соприкосновение с ними поправляет самочувствие больного — в то время как другие, несмотря на все их усилия, такого влияния на больных не имеют. Для изучения этой проблемы требуется более обстоятельный психологический анализ.

В настоящее время можно только бегло указать на черты, которые представляются особо важными для улучшения самочувствия больного. К ним следует отнести: искреннее, естественное, сердечное отношение к больному; желание помочь ему; сочувствие к его страданиям; ощущение собственного профессионализма, уверенности в том, что он может помочь больному; внутренняя уверенность, происходящая от сознания, что врач хорошо выполняет свои обязанности. Можно было бы не напоминать, что соматическое лечение в соответствии с характером данного заболевания осуществляется одновременно с психиатрическим лечением. Последнее проводится как бы на втором плане, но тем не менее играет важную роль и, как уже говорилось, может оказывать влияние на эффективность соматического лечения. Если возникает необходимость и отсутствуют терапевтические противопоказания, то следует назначить больному нейролептики и тимолептики, естественно предусмотрев, чтобы применение этих лекарств при данном соматическом заболевании не принесло вреда.

См. работы: 304, 548, 713.

# ОРГАНИЧЕСКИЕ ДЕПРЕССИИ

## Этиология

При психоорганических комплексах очень часто первым свидетельством нарушений центральной нервной системы является депрессия. Склероз сосудов головного мозга обычно проявляется в виде депрессивно-неврастенического комплекса. По мере развития заболевания часто начинается депрессия, постепенно переходящая в слабоумие. При физических или химических травмах мозга депрессивные симптомы наряду с неврастеническими относятся к числу наиболее распространенных. При повреждениях сосудов головного мозга (при инсультах и внутреннем кровоотечении) им нередко сопутствует депрессивный комплекс. Похоже, что при повреждениях недоминирующего полушария мозга (то есть, обычно правого) они наблюдаются чаще, чем при повреждениях доминирующего полушария. Пониженное настроение, апатия и абulia затрудняют процессы реабилитации двигательной активности и функции речи. Депрессивные комплексы проявляются при опухолях головного мозга и могут стимулировать развитие неврологических симптомов.

Достаточно характерными являются патологические изменения настроения вследствие хронического нарушения деятельности нервной системы после вирусного воспаления мозга (*encephalopatia postencephalitica*). Они проявляются в виде быстрых изменений настроения, часто начинающихся без объективного повода или из-за незначительных причин. Это то короткие, то длительные периоды «хандры», «удрученности», обычно сопровождающиеся враждебным отношением к окружающим (*syndroma dysphoricum*). Подобная изменчивость настроения встречается в случаях тяжелой умственной отсталости (как известно, связанных с органическими изменениями мозга, а не из-за отсутствия должного внимания со стороны окружающих). Умственно отсталые люди обычно по-детски безмятежны и добры. Название «кретин» происходит от французского *cretien* — христианин, поскольку участливая и блаженная улыбка умственно отсталого человека напоминает черты доброго христианина. Однако и это безмятежное тело закрывают время от времени тучи плохого настроения и враждебного отношения к окружающим, нередко вызванные их дурным обращением с больным. Встреча-

ются также умственно отсталые люди, которые всегда понуры и злобны или апатичны и безвольны.

Значительные колебания настроения встречаются также при эпилепсии. Иногда предвестником надвигающегося приступа является неожиданное ухудшение настроения, которое может длиться от нескольких часов до нескольких месяцев. После приступа настроение может измениться на противоположное. Больного, к сожалению, на короткое время охватывает экстазическая радость жизни. Однако иногда подобный экстаз оказывается предвестником очередного приступа, после чего наступает состояние дисфории. У эпилептиков в этот период легко наступают значительные колебания настроения, под которыми могут быть укрыты аффектные состояния. Все это является достаточно типичной особенностью эпилептоидного характера. Неожиданное изменение эмоционального состояния является частным признаком височной эпилепсии. В целом определение органического происхождения депрессии не вызывает больших трудностей. Обычно заболеванию сопутствуют психоорганические симптомы в виде нарушений памяти, эмоциональной недостаточности (*incontinentia affectiva*), состояний временного упадка сил. Психологические исследования также обычно указывают на наличие органических повреждений центральной нервной системы. Кроме того, анамнез и результаты дополнительных исследований (электроэнцефалограммы, анализ жидкости спинного мозга) обычно указывают на органические причины депрессии. Тем не менее особенно на ранних стадиях заболевания, когда приходится наблюдать только симптомы депрессии, точный диагноз может быть затруднен и даже невозможен. Органическим депрессиям достаточно часто сопутствует бред. Чаще всего это бред преследования или нигилизма. Иногда такие симптомы проявляются в абсурдной форме, что вызывает сомнения в органических причинах заболевания. При депрессии органического происхождения обычно выступает на первый план элемент апатии. Большой становится бездельным, равнодушным, ничто его не увлекает. В поведении обозначается исключительная беспомощность, нередко трудно определить в какой степени она вызвана пониженным настроением, а в какой — ослаблением интеллекта и двигательной активности вследствие органических изменений мозга.

См. работы: 55, 64, 72, 75, 277, 228, 281-283, 315, 391, 407, 448, 563, 581, 610, 643, 722, 723, 726.

## Замечания врача

Депрессии органического происхождения обычно отличаются высокой устойчивостью. При повреждениях мозга легко устанавливаются стереотипы поведения и восприятия. Применение тимолептиков в целом не оказывается настолько эффективным, как в случае других депрессивных комплексов. Их употребление часто вызывает повышенную утомленность, поэтому их следует рекомендовать с необходимой осторожностью. При состояниях глубокой депрессии органического происхождения и при отсутствии терапевтических и неврологических противопоказаний можно назначать лечение электрошоком. При депрессиях это является наиболее эффективной формой лечения. Несмотря на то, что в основе депрессии лежат явно органические причины, психотерапия и социотерапия играют в ее лечении значительную роль. Пониженному настроению всегда сопутствует понижение интеллектуальных способностей. Больной часто отдает отчет в своей интеллектуальной недееспособности, особенно в нарушениях памяти. Такой самоконтроль психического состояния является достаточно характерным в случае депрессий, вызванных склерозом. При подобных обстоятельствах укрепление веры больного в самого себя на основе убеждения в том, что его интеллектуальные возможности не настолько ухудшились, как он себе представляет, а также предоставление ему возможности выполнять работу, с которой он хорошо справляется, может во много раз улучшить настроение больного и, тем самым, поддержать его умственные способности.

При органических депрессиях больной часто чувствует себя пропавшим, беспомощным, заброшенным и одиноким. Ощущение того, что он окружен вниманием, сердечностью, что в трудной ситуации он может найти опору, возвращает больному уверенность в себе и уменьшает угнетенность. Беседы с больным позволяют ему рассказать о своих опасениях, душевных травмах и негативных эмоциональных отношениях. Благодаря этому у больного уменьшается сила аффектов, разрушаются сложившиеся неблагоприятные эмоциональные стереотипы, больной может объективно оценить свое состояние.

Больной должен чувствовать свою необходимость, должен иметь свой распорядок дня, выполнять работу, смысл и пользу которой сам видит. Не следует нарушать стереотипы его

поведения, многолетние привычки и навыки. Они часто помогают держать себя в руках, заполняют его день, защищают от ощущения пустоты, которое еще более углубляет состояние депрессии или уменьшает защитные возможности организма. Резкая ломка стереотипов и новая, необычная ситуация могут легко вызвать подобные нарушения. Это — так называемая катастрофическая реакция Гольдштейна, проявляющаяся в форме упадка сил или острых симптомов слабоумия.

В таком состоянии больному требуется заботливое внимание. Забота должна быть основана на создании для больного максимально возможной атмосферы уверенности и безопасности, а также на уменьшении ощущения безысходности. Больной при упадке сил чувствует себя потерянным, беспомощным, его сновидения мешаются с действительностью, прошлое с настоящим. Если он видит вокруг себя участливых людей, которые заботятся о нем и всегда готовы оказать помощь в случае необходимости, то он чувствует себя не таким заброшенным и в большей безопасности.

Дилетантам и даже психиатрам может показаться, что беседы с больными при упадке сил не имеют смысла, поскольку больные попросту бредят, не отдают себе отчета в том, что сами говорят и с чем к ним обращаются. Такое мнение является ошибочным. Иногда, именно в состоянии упадка сил открываются более глубокие свойства психики, которые в состоянии полного сознания были бы полностью закрытыми. Образ человека в этом состоянии становится более полным и правдивым. Впрочем, это утверждает и старый афоризм: «Истина — в вине». Правда, здесь речь идет о состоянии упадка сил, связанное с употреблением алкоголя, но это можно отнести и к другим разновидностям такого состояния. В то же время ощущение больным в состоянии упадка сил, что кто-то хочет его выслушать и понять, является для него защитой от одиночества.

Эмоциональное напряжение, сопутствующее сновидениям, в значительной степени происходит потому, что человек остается в том мире одиноким — один на один перед событиями, разыгрывающимися у него перед глазами, и ему не к кому обратиться за помощью. В случае упадка сил он находится на грани сна и бодрствования. Вследствие дезориентации больной утрачивает контакты с другими людьми, чувствует, что люди от него отворачиваются и не понимают его намерений. И тем сильнее ощущает потребность общения.



Отсюда, вероятно, берется «прилипчивость» пьяницы, которая проявляется также в сумеречном состоянии, вызванном употреблением других наркотических средств (как уже упоминалось, такие эффективные средства польские хиппи называют «клеем»). Эмоциональный контакт, особенно важный в психотерапии, иногда легче установить в состоянии сумеречного сознания, чем в полном сознании. Этот факт, впрочем, нашел применение в так называемом наркоанализе, когда беседа с больным проводится после приема им наркотических средств, или в психоделической психотерапии, когда больному даются галлюциногены.

При социальной изоляции, возникающей вследствие упадка сил, сам факт, что рядом с больным есть кто-то близкий, тот, кто его понимает и хочет помочь, создает атмосферу безопасности, которая так необходима в подобном состоянии. Такой человек становится той самой «значащей личностью», заменяющей мать, отца и т. д., с которой устанавливается наиболее тесный эмоциональный контакт. Такой человек может вернуть больного обратно в мир действительности самим фактом того, что он одновременно существует в иллюзорном мире больного и в настоящем мире.

См работы: 407, 549, 566, 645, 654

## **СТАРЧЕСКИЕ ДЕПРЕССИИ**

### **Печаль старости**

Старческие депрессии можно отнести к предыдущей группе, то есть к депрессиям органического происхождения. Однако поскольку психоорганические симптомы не всегда для них очевидны, а часто на первый план выступают проблемы собственно пожилого возраста, то представляется оправданным их отдельное описание.

Печаль старости связана с целым рядом причин. Для этого возраста характерны физические и психические недомогания, которые в полной мере связаны с уменьшением жизненной активности. Поскольку между жизненной активностью и общим настроением, являющимся как бы субъективным отражением первого, существует достаточно сильная корреляция, то пониженное настроение в старости представляется очевидным.

Встречаются правда старики, сумевшие сохранить молодость, также как и юные старцы. В первом случае, хорошее самочувствие и кажущаяся естественной молодость позволяют победить старческую утрату жизненной энергии и сопутствующее ей плохое настроение. Во втором — плохое настроение, вызванное различными причинами, превращает человека в старика уже в молодом возрасте.

Иногда люди старшего возраста, боясь приближения старости и смерти, становятся более активными, чем это позволяют их жизненные силы. Они бросаются в круговорот различных занятий, стараются выглядеть молодо и даже одеваются как молодые люди. Эта гиперактивность имеет компенсационный характер, под ее покровом можно отыскать чувства угнетенности и смирения. Иногда старость приносит с собой внутренний покой, связанный с ощущением достойно прожитой жизни. Многочисленные дела, которые раньше будоражили, отступают на задний план, видятся как будто на расстоянии, *sub specie aeternitatis*. Такой внутренний покой сообщается общему настроению и противостоит печали, приходящей с возрастом. Упомянутые выше исключения не противоречат, как может показаться, справедливости утверждения, что в старости понижается жизненная активность, а вместе с ней и общее настроение.

См. работу 623.

## **Пожилой человек в современном обществе**

Упадок жизненной активности можно считать биологическим фактором, влияющим на понижение настроения. К этому следует добавить сопутствующее старости ухудшение состояния организма, заболевания пожилого возраста и немощность. Все эти факторы не могут оказать положительное влияние на настроение.

Определенное значение имеют также причины социально-психологического характера. Может быть самым важным из них является ощущение собственной ненужности. Положение людей старшего возраста в современном обществе научно-технической цивилизации претерпело значительные изменения и не в пользу пожилых людей. До недавнего времени в различных культурах сохранялась социальная модель, в которой пожилые люди занимали более высокое положение в социальной иерархии. Высоко ценилась их житейская мудрость. Часто они

наделялись большой властью, особенно в мирное время. Когда во время войны власть переходила в руки молодых, они по-прежнему занимали в целом высокое экономическое положение, поскольку до самой смерти старались сохранить накопленные ими в течение всей жизни материальные ценности. Описанная выше модель соответствует тому, что происходит в большинстве клеток в многоклеточных организмах. В них также большей властью обладают старшие клетки (нервные) и обеспечение их жизнедеятельности является самым дорогим, поскольку они потребляют намного больше энергии, чем остальные клетки. В современном обществе господствует утверждение лозунга полезности: человек хорош, пока он приносит пользу. Это утверждение идентично тому, которое принято при оценке технических средств: бесполезные вещи идут на слом. Такой подход направлен прежде всего против людей старшего возраста. Они отстают от ритма современной жизни, им не хватает сил справиться с различного рода обязанностями и ролями, навязанными им обществом, они теряются в хаосе информации и т. д. Ощущение собственной ненужности обычно значительно ускоряет процесс старческой деградации и, как правило, ухудшает самочувствие. Это является одной из главных причин, приводящих к депрессии. Такое ощущение направлено против самого себя: ненужный человек становится приговорённым к социальной смерти. Такой человек не интересуется больше никого в своей социальной группе, предоставлен самому себе, вызывает в лучшем случае жалость, становится кем-то, доставляющим одни хлопоты; неизвестно, что с ним делать. Образ самого себя является чутким отражением человека в зеркале общественного мнения. В значительной мере образ человека формируется под его воздействием. Именно поэтому человек, получивший негативную оценку общественного мнения, как правило, вынужден соответственно изменить самооценку. Ощущение ненужности автоматически изолирует человека от контактов и активного взаимодействия с социальным окружением. «Если я никому не нужен, то мне нечего делать в этом обществе». Молодой человек еще может попробовать отыскать для себя иную среду, но старый человек не имеет для этого необходимой энергии и гибкости. Уменьшение интенсивности взаимодействия с окружением приводит к вторичному понижению жизненной активности, которому, как правило, сопутствует ухудшение настроения.

См. работы: 167, 550.

## **Итог жизни**

Важным фактором, влияющим на самочувствие человека, является подведение итогов его жизни. В зависимости от их результатов формируется образ самого себя. Если итог положительный, то и образ становится светлее, а если отрицательный — то темнее. Возраст, в котором человек обычно начинает подводить итоги собственной жизни, как правило, находится на рубеже, отделяющем прошлое и будущее человека. С этого переломного момента прошлое становится более протяженным, чем будущее. И до этого человек нередко подводит жизненные итоги, однако всегда существует возможность начать жизнь заново, будущее еще впереди и многое можно успеть сделать.

За этим рубежом утрачивается вера в будущее, усиливается ощущение, что уже мало что можно в жизни изменить, и жизнь в определенном смысле закончена. Такой кризис может наступать в различном возрасте. Похоже, что у мужчин он наступает раньше — около 40 лет, а у женщин позже — обычно в период увядания.

Пожилому человеку уже не раз приходилось подводить жизненные итоги, поэтому он обладает определенным опытом самооценки. Если она положительная, то человеку легче переносить невзгоды старости, поскольку за его спиной хорошо прожитая жизнь. Если же она отрицательная, то собственный образ становится мрачнее, а печаль старости еще глубже.

В психотерапии старческих депрессий важную роль играет умение врача раскрыть перед больным позитивные аспекты его жизни, чтобы помочь ему изменить знак оценки прожитой жизни с отрицательного на положительный. Нередко в жизни, которая внешне воспринималась как поражение, можно обнаружить много хорошего, и наоборот: жизнь, внешне наполненная успехами, оказывается поражением. Психиатр, благодаря своей способности видеть человека в различных ипостасях, не может ограничиться тем, что лежит на поверхности, и поэтому его оценки должны иметь иной характер, чем у обычного человека.

## **Проекция в будущее**

Настроение тесно связано со способностью проекции в будущее. Радостный человек легко обращается к будущему, а для человека в депрессии будущее оказывается закрытым

черной стеной. Человек, перед которым будущее открыто, обычно весел и полон жизненной энергии, у него множество планов, и он верит в возможность их реализации. В старости отрезок времени жизни, принадлежащий будущему, становится все короче, человек вынужден быть более скромным в своих планах и мечтах, потому что времени на их осуществление уже не хватает. Как правило, люди в старости не принимают перспективу смерти и мысль о том, что все кончено, и ведут себя так, как будто им предстоит жить многие годы. Они строят различные планы, принимают близко к сердцу свое будущее, будущее своих близких и всего общества, беспокоятся, что с ними будет через несколько лет или даже через несколько десятков лет, хотя все это мало реально и шансы дожить до этого времени у них ничтожны. Такую способность не считаться с неизбежностью смерти следует признать своеобразным защитным механизмом, аналогичным механизму защиты у больных раком, которые убеждены, что они здоровы, несмотря на все очевидные признаки болезни. При депрессии действие такого защитного механизма ослабевает или даже совсем прекращается. Больной оказывается лицом к лицу со смертью. Вероятно, именно отсюда приходит бред нигилизма и катастрофы. Все умирает и разрушается, внешние органы чувств перестают действовать и сам человек становится живым трупом. Ему и его семье угрожают голод, разорение и крайняя нужда. Катастрофа может принять в больном воображении и большие масштабы: человечеству угрожает война, нужда, полное уничтожение и т. д. Призрак собственной смерти в этих случаях становится призраком гибели всего человечества.

Отрицание перспективы смерти в целом оказывается таким сильным, что даже во время депрессии печальные мысли больного вращаются не вокруг приближающейся смерти, а среди мелких повседневных забот. Эти заботы, как часто бывает при депрессиях, приобретают огромные размеры. Больной приходит в отчаяние из-за незначительных материальных потерь, из-за собственных хлопот и проблем с детьми, под впечатлением ссоры с соседом и т. д. При наличии симптомов психоорганического комплекса на фоне развития конфликтных ситуаций возникает бредовое и псевдобредовое искаженное восприятие окружающей действительности. Ослабление критического восприятия действительности и нарушения сознания

(стирание границы между сном и бодрствованием, когда сонные видения мешаются с действительностью) облегчают возникновение галлюцинаций и бреда.

## Ослабление памяти

Способности создания новой информации в памяти с возрастом значительно ослабевают и эта тенденция проявляется довольно рано (чуть позже 30 лет). Пожилой человек не в состоянии адекватно воспринимать то, что его окружает. Ближайшее окружение становится для него все более чужим и непонятным. Вместо того чтобы переживать то, что происходит в настоящее время, человек все чаще переживает то, что уже произошло. Между глубиной переживаний и способностями к созданию новой информации в памяти существует известная корреляция. Чем сильнее переживания, тем дольше хранится информация об этом. И наоборот, для того чтобы переживать, человек должен обладать способностями регистрировать события. Если бы он был лишен этой способности, то любое переживание было бы тотчас утрачено сознанием, а значит — не было бы даже зафиксировано. Регистрация, таким образом, является первым этапом функции памяти. При недостаточном развитии механизма памяти нарушения наблюдаются уже на первом этапе. Вследствие деградации функций памяти и, особенно, способности создания новой информации пожилой человек теряет способность полноты переживаний окружающей действительности. Его настоящее время в значительной степени окрашено цветами прошлого, так что, в конце концов, прошлое почти полностью вытесняет настоящее.

То, что происходит сейчас, кажется серым, пустым, нередко неприятным. Человек погружается в воспоминания о прошлом, которые становятся все более живыми и приобретают свежесть непосредственных переживаний. Нередко из самых глубин прошлого приходят давно забытые образы, и они воспринимаются такими живыми, как будто только что родились. Вероятно, образная память в старости доминирует над памятью предметной. Предметная память — это та память, которой мы постоянно пользуемся: на основе хранящейся в памяти человека информации формируются причинно-следственные структуры, но ни одна из них не является точным отражением содержания зарегистрированного переживания. Такое удается

только в редких случаях, например, под влиянием случайного раздражителя — чаще всего вкусового или обонятельного (поскольку эти раздражители обладают несомненно наибольшей силой воздействия при формировании новой информации в памяти в ее первичных формах), а также во время приступов эпилепсии. Пенфилд добивался возникновения такого рода образных воспоминаний, возбуждая височную область во время операций над больными эпилепсией. Также как и во сне отдельные фрагменты информации, хранящейся в памяти, возникают со всей силой непосредственного переживания. Перед глазами пожилого человека возникают сцены далекого прошлого с такой живостью, как будто они только что произошли у них на глазах. Благодаря этому прошлое становится ближе и свежее, чем настоящее. Кроме того, эмоциональные отношения к прошлому также оказываются более сильными, чем к современности. Прошлое кажется светлым и прекрасным, потому что человек в то время был молод, а настоящее воспринимается как нечто неприятное, серое и холодное, поскольку пришла старость.

В целом в воспоминаниях наблюдается своеобразная динамика цветовой палитры: воспоминания прошлого кажутся светлее, забываются неприятности или смягчается острота их восприятия, на первый план выступают приятные события. Благодаря этому прошлое, как правило, выглядит лучше и светлее настоящего. Только у лиц с невротической формой фиксации конфликтов описанный выше механизм «просветления» прошлого как будто не функционирует. Психические травмы детства и молодости в течение всей жизни сохраняют свой мрачный колорит. При этом нередко бывает, что старческие воспоминания о давно прошедшем воспринимаются его близкими как нечто нудное и утомительное.

При лечении пожилых людей и, особенно, страдающих депрессией, довольно важную роль играет желание слушать их воспоминания. Они относятся, как правило, к самым ярким страницам жизни человека и если к ним часто возвращаться в беседах с больным, то его настроение заметно улучшается. Настоящее становится менее докучливым, поскольку рядом с больным есть тот, кто способен понять его прошлое. Прошлое больного благодаря этому как будто проецируется в настоящее. Прислушиваясь к воспоминаниям больного, врач может значительно пополнить свои знания о мире и о людях, так что с этой точки зрения он не потратит времени напрасно. При

лечении больных, страдающих старческой депрессией, как правило, приходится иметь дело с множеством проблем, связанных с соматической медициной, с геронтологией, с психопатологией старости и социологией данного периода жизни.

## ШИЗОФРЕНИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ

### Пустота

С уверенностью можно утверждать, что шизофреническая депрессия требует отдельного рассмотрения. Речь идет не только о депрессивной фазе шизоаффективного психоза, при которой элемент депрессии проявляется симптомами циклофренического круга, но, прежде всего, о такой депрессии, которая наступает вследствие развития шизофрении. Обычно, при непосредственном контакте с больным сразу ощущается разница между эндогенной (циклофренической) и шизофренической депрессией. Трудно, однако, передать, чем обусловлены эти различия. Предполагается, что наиболее очевидно эти различия проявляются в колорите обеих форм депрессии.

При эндогенной депрессии колорит мрачен, как будто действительность уходит из внутреннего и внешнего мира, окружающего больного, и неожиданно обнаруживается ее противоположная, черная сторона. То, что обычно наполнено яркими, разнообразными красками жизни, становится черным и благодаря этому приобретает специфическую глубину. Человек видит бессмысленность и мелочность своей прежней жизни и не может понять, как он мог жить до сих пор так легкомысленно.

В отличие от этого при шизофренической депрессии в ощущениях доминирует специфическая, трудная для определения, мрачная пустота. Больной апатичен, не проявляет никакой инициативности, ему трудно принять какое-либо решение или просто совершить усилие воли. Девизом его жизни становится гамлетовское «заснуть и умереть». Время теряется в пустоте жизни, день летит за днем. Больной, несмотря на то, что ничего не делает, не скучает и не отдает как будто отчета о том, что время уходит. Иногда время в его восприятии как бы останавливается в начале болезни и по прошествии многих лет он по-прежнему считает себя молодым человеком.



При эндогенной депрессии структура времени не нарушается и даже, благодаря тому что она включает в себя отрезок будущего, приобретает большую плотность. Больному кажется, что время замедлилось, секунда подчас воспринимается как целая вечность. Себя человек ощущает глубоким старцем, так как у него нет будущего, а прошлое, вследствие того что оно окутано мраком, угнетает своей безмерностью.

В пустоте шизофренической депрессии размерность времени становится нечеткой, в ней нет ни начала, ни конца. Пустота воспринимается как мгла, в которой человек тонет, теряет ориентацию и перестает различать себя и окружение. В отличие от этого в темноте эндогенной депрессии теряется ощущение времени, и в ней становятся неразличимыми пределы настоящего времени. Мгновение тянется вечно и ничто не может измениться. Не верится, что будущее может принести какие-либо изменения, так как будущего нет, а есть только черная стена. В отличие от этого при шизофренической депрессии время растворяется во мгле и теряет свое значение, ибо ничего не происходит, и оно становится «несостоянием», как его определил один из пациентов краковской психиатрической клиники.

Шизофреническая депрессия выявляет, в какой степени настроение зависит от целей, которые ставит перед собой человек, и благодаря которым он активно вступает во взаимодействие со своим окружением. При шизофренической депрессии больной не ставит перед собой конкретных целей. Его «королевство» не от мира сего и вследствие этого, нарушается порядок обычного взаимодействия с окружением. Отсюда происходит аморфность восприятия жизни, здесь рождается пустота и мгла, в которой теряются границы между прошлым, настоящим и будущим, а также границы между «Я» и окружающим миром. Таким образом, деятельность является главным фактором кристаллизации пространственно-временной структуры человека.

Ощущение «бессмысленности», ощущение того что ничего не происходит, что жизнь протекает во мгле, иногда оказывается для больного невыносимым. Ему хотелось бы вырваться из беспредметной массы, окружающей и заполняющей его. Чаще всего это ему не удается, и тогда единственным выходом для него становится самоубийство.

Шизофренические депрессии, как правило, являются переходной формой шизофренического процесса. После периода

бури (то есть острой стадии процесса) такое состояние представляется понятным как с биологической, так и с психологической точки зрения. Острая стадия шизофрении приводит обычно к истощению организма. Возвращение к прежнему состоянию или переход к новому нередко превышают физические возможности больного, поэтому истощение организма дополняется дезорганизацией его функций. С точки зрения психологии в острой фазе заболевания перед больным открывается мир настолько необычный и непохожий на нормальный, что «возвращение на Землю» оказывается невозможным. Больной остается как бы подвешенным в пустоте. Мир острого психоза уже померк, а мир действительности не вызывает интереса. К этому присоединяются социальные причины (клеймо тяжелого психического заболевания), затрудняющие больному возвращение к обычной жизни.

Продолжительность шизофренической депрессии, наступающей, как правило, после каждого острого приступа болезни, бывает разной. Иногда нормальное состояние возвращается через несколько месяцев. Однако нередко депрессия может длиться годами. Порой она протекает в скрытой форме. Больной ведет обычный образ жизни и только в глазах его отсутствуют блеск радости и интерес к окружающей действительности: они как будто погасли, устремлены куда-то в даль — за границы обычного мира. Временами депрессия снова обостряется, и больной погружается в апатию: ничто его не интересует, и ко всему он остается равнодушен.

Случается, что шизофренический процесс начинается с депрессивного комплекса. Такое происходит преимущественно при простых формах болезни. Пустота, в которой существует больной, заполняется жалобами и ипохондрическими иллюзиями.

См. работы: 431, 437, 498, 532, 576.

## **Лечебные рекомендации**

Проблема лечения шизофренической депрессии в целом сводится к способности врача воодушевить пациента вернуться к активной деятельности. Если больной отыщет что-нибудь увлекательное для себя в жизни, то его активность в этой сфере возрастает, а апатия и самоизоляция уменьшаются. Чем больше

он занимается какой-либо деятельностью, тем выше его жизненная активность и лучше настроение.

При тяжелых депрессивных состояниях противопоказано назначение тимолептиков или электрошоковой терапии. В обоих случаях следует считаться с опасностью возникновения психоза. Попытки искусственного улучшения настроения и жизненной активности, когда больной еще недостаточно готов к встрече с действительностью, приводит к тому, что повышенная жизненная активность переносится в мир психоза больного.

Представляется, что наибольшую роль в лечении шизофренической депрессии играют социо- и психотерапия. Речь идет об укреплении у больного ощущения собственной значимости, благодаря чему уменьшается боязнь общества, изолирующая пациента от контактов с людьми, а также от возможности обнаружения в реальном мире такой области, которая оказалась бы для больного привлекательной в эмоциональном плане. Это может быть работа, эротическая, материнская или отцовская привязанность, дружба, благотворительная деятельность и т. д.

Следует также защитить больного от клейма «шизофренической ущербности», такие отношения ведут к социальной деградации. Само название говорит о том, что такой человек воспринимается окружающими как социально неполноценный и осужден прозябать на периферии общественной жизни. Это отражается на самочувствии больного, его восприятие самого себя приобретает все более мрачный колорит, а желание активно участвовать в жизни становится все меньше. Поскольку мы никогда не знаем, как будет дальше развиваться шизофрения, то для блага пациента следует всегда поддерживать в нем максимальный оптимизм. Никогда не следует терять веру в человека, поскольку именно вера нужна ему больше всего, и благодаря ей, когда все уже кажется утраченным, когда больной уже воспринимается окружающими как «дефективный», он все-таки может вернуться к жизни.

При назначении трудовой терапии следует обращать внимание на то, чтобы работа соответствовала интересам больного. Можно даже воспользоваться его чудаческими увлечениями: например, интересом к сочинению псевдонаучных трактатов, любительскими занятиями скульптурой, рукоделием и т.п. Работа, поначалу воспринимаемая как чудачество и развлечение, постепенно становится все более связанной с реальной

жизнью и не один раз являлась первым шагом на пути возвращения к обычной жизни.

Каждая работа представляет в какой-то степени реализацию творческих способностей, заложенных в человеке. При шизофрении эти способности играют важную роль, потому что нередко приобретают патологические размеры и, вследствие отрыва больного от действительности, не имеют шансов на реализацию. Соответствующим образом организованная трудотерапия должна помочь возможностям реализации таких способностей. Их реализация, как у каждого человека, является источником удовлетворения (радости творчества), и поэтому при шизофренических депрессиях трудовая терапия может стать важным лечебным фактором.

См. работы: 8, 74, 115, 210, 310, 625, 628.

## НЕВРОТИЧЕСКИЕ ДЕПРЕССИИ

Среди различных видов депрессий невротическая депрессия (депрессия невротозов), по числу страдающих ею людей занимает, пожалуй, одно из первых мест, и именно в этой форме наблюдается в течение последних 20 лет наибольший рост заболеваний депрессией. Практически при любом невротозе настроение ухудшается. Действительно, нет никаких поводов для радости, когда кто-то чувствует себя больным. При невротической депрессии пониженное настроение выступает на первый план. Поэтому очень часто приходится сталкиваться с большими трудностями при попытках отличить ее от эндогенной депрессии, тем более, что при невротозах эндогенный фактор, вероятно, также имеет существенное значение. Нередко болезнь обостряется или затихает независимо от влияния невротических факторов или психологических причин.

Существует определенный ритм изменчивости настроения. Его патологическое понижение связано с рецидивами невротоза. При депрессивных невротозах обычно ощущается невротическое «искривление» ощущений: неестественные эмоциональные отношения, обиды, непреодолимые конфликты и т. д., что, как правило, не встречается при эндогенных депрессиях. Больной, страдающий эндогенной депрессией, как бы «проще устроен», чем невротик.

## Генезис понижения настроения

### *Негативные чувства по отношению к себе и окружающим*

Результаты исследований невротических депрессий достаточно полно освещают психологический генезис понижения настроения. Если при эндогенных депрессиях понижение настроения является основным вопросом, связанным с понижением жизненной активности, вероятно обусловленным влиянием биологических факторов, то при нервных депрессиях это вторично. Психологические факторы, влияющие на понижения настроения и жизненной активности, отличаются большим разнообразием. Приблизительно их можно разделить на основании следующих рассуждений: связаны ли они с характером эмоциональных отношений с окружением или относятся к эмоциональному восприятию самого себя, или к возможности проявления своих творческих способностей и принципиальных эмоциональных установок.

Корреляция между настроением и чувствами, берущими начало в отношениях с окружающими и самим собой, хорошо известный феномен. Когда человек счастлив, то он влюблен в окружающий его мир и в самого себя. В таком состоянии весь мир кажется прекрасным, а свой автопортрет воспринимается в светлых тонах. Положительные чувства связаны с хорошим настроением, а отрицательные — с пониженным. Эндогенным депрессиям часто сопутствуют отрицательные эмоции по отношению к самому себе, а иногда и по отношению к окружающим. Обычно ненависть является чувством, порожденным отношением к самому себе, а страх доминирует в чувствах, порожденных отношением к окружающему миру.

Во время нервных депрессий отрицательный характер эмоциональных отношений к самому себе и окружающим является причиной ухудшения настроения. Очевидно, что не всегда удается легко разобраться в том, что же является первичным: ухудшение настроения или особенности эмоционального состояния. И нередко случается, что легкие формы эндогенной депрессии первоначально диагностируются как невротическая депрессия. Намного реже имеет место обратное. Вероятно это происходит потому, что психиатры, как и все люди, склонны искать психологические причины понижения настроения («Зачем ты грустен так?»).

Однако если во время бесед с больным на первый план выдвигаются его отрицательные установки (например, ненависть к людям, с которыми он постоянно сталкивается: родители, жена или муж, начальник и т. д.), то в этом случае можно предположить, что причиной общего понижения настроения являются его собственные чувства. Беседы с врачом, благодаря возможности вербализации эмоциональных установок и получения возможности взглянуть на них со стороны, обычно снимают эмоциональную напряженность и настроение больного благодаря этому улучшается. *Ex juvantibus* тогда можно признать формой проявления нервной депрессии

Как уже ранее говорилось, автопортрет больного также сильно взаимосвязан с настроением. Краски автопортрета светлы в состоянии приподнятого настроения и становятся темными при пониженном. И наоборот, улучшение самооценки («автопортрета») вызывает повышение настроения, а ухудшение — его понижение. Неизвестно, не связано ли наблюдающееся у многих людей стремление успокоить свои ненасытные амбиции с желанием восстановить настроение, «поправив автопортрет». Таким образом, каждый успех становится как будто светлым мазком кисти, ложащимся на полотно автопортрета. Однако, что из этого, если светлый колорит начинает быстро темнеть и нужно опять добиваться новых успехов?

В известные периоды жизни образ самого себя отличается особой неустойчивостью, что, как правило, отражается на настроении. К таким периодам следует отнести юношеский возраст и возраст увядания. Переход от роли ребенка к роли взрослого человека связан с изменением прежнего «автопортрета». Вопрос «Какой я?» воспринимается с особой остротой. «Автопортрет» то темнеет, то светлеет, что явно взаимосвязано с изменчивостью настроения. Характерной для этого периода жизни является периодическая и, как правило, непродолжительная депрессия (хандра), с которой можно отчасти бороться, стараясь стабилизировать ее воздействие на «автопортрет» молодого человека.

В возрасте увядания склонность к подведению итогов жизни в целом не влияет благоприятно на «автопортрет», поскольку баланс жизни чаще оказывается отрицательным, чем положительным, что в свою очередь отражается на настроении. Негативное восприятие «автопортрета» в данном случае отличается большей стабильностью, чем в молодом возрасте, и поэтому пониженное настроение сохраняется значительно дол-

ше. Нередко в этот период можно наблюдать рост амбиций, что является своеобразным механизмом компенсации ухудшения настроения и «потемнения» красок «автопортрета».

Характер эмоциональных отношений к самому себе тесно связан с характером эмоциональных отношений с окружающими. Одной из отличительных черт эмоций в сравнении с другими психическими функциями является то, что граница между субъектом и объектом восприятия не обозначена в явном виде. В процессах мышления и волевых актах такая граница приобретает большую определенность: субъект противопоставляется объекту восприятия, то что является «моим» строго противопоставляется окружению. В противоположность этому в эмоциях такая граница отличается большей неопределенностью, и свет эмоционального состояния пробивается наружу. Если человек с любовью относится к себе, то он с любовью относится и ко всему миру. Если он ненавидит себя, то его ненависть переносится и на окружающих. Субъект и объект восприятия не противопоставляются друг другу, а взаимодействуют друг с другом. Эмоциональный колорит распространяется в равной мере на обе стороны процесса взаимодействия: субъект и объект.

Затронутый вопрос можно дополнительно проиллюстрировать примерами ощущений, возникающих как реакция вины или обиды. Оба вида эмоций часто наблюдаются при неврозах. В случае ощущения чувства вины «автопортрет» «темнеет» под влиянием угрызений совести («судьи»), выполняющей у каждого человека функции важнейшего органа самоконтроля. Последствиями такой оценки является закрепление отрицательного отношения к самому себе.

В отличие от этого в отношениях к пострадавшим от нас, стараясь рассуждать логично, должны развиваться положительные эмоции, хотя бы как рекомпенсация за нанесенную им обиду. Однако такая ситуация обычно становится источником негативных эмоций вместо положительных. Данное чувство становится причиной душевных страданий и ощущения вины. Темный колорит «автопортрета» отражается на восприятии образа обиженного и, по мере усиления чувства вины, становится все более мрачным, так что в конце концов, нанесенная нами обида представляется в сознании чем-то вполне справедливым, потому что пострадавший сам это заслужил. Благодаря такой эмоциональной проекции, чувство вины ослабевает, а палитра «автопортрета» становится более светлой.

При возникновении чувства обиды негативные эмоции, кажется, должны быть сконцентрированы на ее внешней причине, однако чувства оказываются обращенными во внутренний мир и обиженный человек чувствует себя несчастным не только потому, что был обижен, но и вследствие ощущения отрицательных эмоций по отношению к самому себе. Насколько он ненавидит обидчика, настолько он начинает ненавидеть самого себя. Ненавидит за свои враждебные чувства к окружающим, за свою неспособность добиться справедливости, за то, что окружающие его не понимают и т. д.

Как и в случае чувства вины, так и в случае чувства обиды приходится сталкиваться с пониженным настроением, вследствие «потемнения» «автопортрета» и под воздействием груза негативных эмоций, с проекцией как во внутренний, так и во внешний мир. Если больной благодаря беседам с врачом сумеет понять происхождение своих эмоциональных установок и приобрести способность оценить их со стороны, то его настроение, как правило, улучшается.

При невротических депрессиях, как правило, можно обнаружить закрепление отрицательных эмоциональных установок по отношению к окружающим или самому себе. И усилия врача должны быть направлены на то, чтобы их разрушить.

Большинство современных психиатров, специализирующихся в области лечения неврозов и, вследствие этого, невротических депрессий, пытается отыскать корни генезиса закрепления отрицательных эмоциональных установок в переживании детского возраста. Невротические конфликты более поздних периодов жизни возникают под влиянием базовых отрицательных эмоциональных установок, сформировавшихся в детстве или, скорее всего, еще в младенчестве. Таким образом, «трудное детство» лежит в основе любого нервного заболевания. Это утверждение впервые было сформулировано в концепции Фрейда, которая, получив дальнейшее развитие в США, возвратилась в Европу уже в американской версии и нашла здесь широкое распространение (похоже, что это одно из проявлений американизации нашего общества, не всегда положительного). Однако данный тезис требует к себе критического отношения.

Как, например, на основе данного утверждения можно объяснить известный факт проявления невроза только у одного члена семьи, несмотря на то, что все ее члены живут и воспитываются в условиях одной среды? Существует ли в природе «легкое детство» или можно говорить о наличии или



отсутствии условий развития ребенка в детстве, способствующих возникновению и закреплению негативных эмоциональных установок?

С раннего детства каждый человек по-своему воспринимает окружающую его действительность, и детство «трудное» для одного человека для другого может показаться идеальным. Эмоциональный колорит настоящего проецируется в прошлое. Когда под влиянием переживаемых в настоящее время или недавно пережитых невротических ситуаций этот колорит становится темным, то эти мрачные краски передаются колориту прошлого больного: детство его начинает восприниматься как трудное и полное обид. Когда невротическое состояние проходит, то, как правило, становится светлее и колорит прошлого, детство перестает быть «трудным» и радуется в воспоминаниях яркими красками начала жизни.

### *Творческая фрустрация*

Другим важным элементом, вызывающим невротическое ухудшение настроения, является невозможность реализации присущей человеку потребности творчества. Вероятно тот факт, что нервная система человека участвует в формировании практически бесконечного количества функциональных структур, указывает на то, что потребность в их реализации является принципиальным свойством человека. Таким образом, отношения типа «над» (потребность реализации в окружающей среде собственных функциональных структур и ее преобразования «по образу и подобию своему») в сочетании с отношениями типа «к» и «от», передающими характер базовых эмоционально-чувственных отношений к окружению, становятся основными компонентами структуры личности человека и влияют как на его развитие, так и на его отношения с окружением.

Окружение, которое позволяет реализовать отношения типа «над», является притягательным для человека, а то, которое мешает реализации этой базовой поведенческой установки, становится отталкивающим. От такого окружения человек стремится бежать или пытается его разрушить. В свою очередь для того, чтобы получить возможность преобразования окружения в соответствии со своими функциональными структурами, необходимо вступить с ним в тесный контакт. Отношение «к» должно стать более значимым, чем отношение «от». Таким

образом, эмоциональные установки «к» и «от» оказывают взаимное влияние друг на друга и тесно связаны с творческой позицией «над».

Одним из основных способов реализации жизненной активности у человека является возможность реализации постоянно формирующихся в его сознании функциональных структур. Человек проверяется делом и в повседневной деятельности реализуется его жизненная энергия. Без наличия условий для реализации отношения «над» жизнь человека стала бы чем-то похожим на мечты в сновидениях. Данная проблема с особой ясностью проявляется в шизофрении. Невозможность реализации отношения «над» вызывает у человека чувства стесненности, физическое ощущение связанности. Его функциональные структуры остаются нереализованными и со временем атрофируются. Человек не имеет условий для того, чтобы испытать себя, его жизненная активность падает, поскольку не имеет выхода. Окружение, не позволяющее реализовать желания человека, становится враждебным. Негативные эмоции (в соответствии с идеей о проницаемости эмоций сквозь барьер, разделяющий внешний мир и мир собственного «Я») проецируются во внутренний мир, и человек начинает себя ненавидеть, что при одновременном упадке жизненной активности приводит к депрессивному состоянию.

Пространство, окружающее человека, может быть открытым или замкнутым. В первом случае оно позволит ему реализовать свою позицию «над»: человек легко входит во взаимодействие с окружением, может его преобразовывать и сам подвергаться изменениям под влиянием окружения. Открытое пространство имеет положительный знак, притягивает к себе, в отношении к нему явно доминирует установка типа «к» над установкой типа «от». Эмоционально-чувственный колорит открытого пространства светел, а его атмосфера наполнена теплом. Человек чувствует себя там хорошо и связывает с ним свое будущее, поскольку такое пространство предоставляет ему возможности для реализации собственных целей.

Замкнутое пространство затрудняет, а иногда делает принципиально невозможной реализацию поведенческой установки «над». В эмоциональном плане оно имеет отрицательный знак. В отношении к такому пространству над установкой «к» доминирует установка «от». Эмоциональный колорит замкнутого пространства темный, а его атмосфера отталкивает и наполнена холодом. Такие условия парализуют движения че-

ловека, и он чувствует себя связанным, неловким и неестественным. Он не видит перед собой будущего, потому что не видит возможности реализовать в таких условиях свои планы. Он чувствует здесь себя чужим и пространство это чуждо ему. Оно угнетает его и человек испытывает потребность разорвать навязанные ему пути.

Восприятие пространства зависит от настроения. В радостном состоянии пространство воспринимается как открытое. Человек полон жизненной активности, у него возникает впечатление, что он легко может осуществить свои планы. Патологическим примером такого рода открытого пространства является восприятие мира в маниакальном состоянии. При подавленном настроении окружающее пространство воспринимается как замкнутое. Любой план действий сталкивается в этих условиях с противодействием извне, его реализация кажется невозможной и даже выполнение самых незначительных дел становится сопряженным с огромными проблемами. В состоянии депрессии больной испытывает чувство, что он находится на дне глубокого колодца, где отовсюду его окружают обрывистые стены, и он не в состоянии выбраться наружу.

С другой стороны, существует и обратная корреляция: характер пространства оказывает влияние на жизненную активность и настроение. В компании, в которой мы чувствуем себя хорошо, в которой нас одобряют и в которой мы можем спокойно разговаривать и двигаться (а значит — имеем возможность реализовать свои функциональные структуры), наше настроение автоматически поправляется и жизненная активность возрастает. И совершенно наоборот обстоит дело в компании, в которой мы себя чувствуем неловко, в которой вынуждены следить за каждым своим словом и каждым жестом. В таком обществе возможности самореализации ограничены, и человек там, как будто, схвачен судорогой, связан и не чувствует себя самим собой.

Аналогичная ситуация складывается и на работе, только в данном случае проблема изменения окружения, навязывания ему собственных функциональных структур проявляется еще выразительней. Рабочая среда, в которой можно реализовать свои проекты, в которой по-настоящему ценится труд и видится его смысл и т. д., дает удовлетворение. Ощущается она как открытое пространство, в котором можно реализовать себя.

И напротив, рабочая среда, в которой постоянно приходится сталкиваться с преградами и осуществление собственных

проектов является совершенно невозможным, где требуется слепое выполнение поручений, часто непонятных, а иногда и бессмысленных, является примером замкнутого пространства, делающего невозможным реализацию собственных функциональных структур. Поначалу замкнутое пространство возбуждает протест и желание его уничтожить, а затем дело доходит до смирения, и человек, как будто схваченный судорогой, уходит в себя, агрессия, не нашедшая выхода, приводит к понижению настроения.

Похоже, что существует определенная корреляция между проектированием пространства и проектированием времени. Человек, отягощенный собственным прошлым и размышляющий о будущем, обладает меньшей свободой проектирования пространства, поскольку слишком связан тем, что было, и тем, что должно быть. Напротив, человек, живущий настоящим и не принимающий в расчет то, что было или еще будет, чувствует себя свободным в окружающем его пространстве и его проектирование осуществляется, прежде всего, в пространстве, а не во времени. Примером этого может быть известная свобода движений у негров и связанность движений у белого человека современного общества.

### *Утраченная любовь*

В генезисе невротических депрессий важнейшую роль тем не менее играет характер эмоциональных отношений с окружающими. Человек, утративший предмет своей любви или не сумевший добиться взаимности, обычно пребывает в печали («кто не любит, тот не живет») и ему не поможет даже реализация его творческих амбиций, поскольку эмоциональные установки типа «к» или «от», исходя из степени их влияния на настроение, являются более важными. Нередко с утратой предмета любви жизнь совершенно теряет свой смысл, становится серой и пустой. Такое нарушение эмоциональных связей с тем, что придает колорит жизни, может стать причиной самоубийства.

В худшем положении оказываются люди, не встретившие в своей жизни любви. Их жизнь пуста и бессодержательна. Ее колорит серый, унылый, и живут они только из чувства долга. Может случиться так, что в силу различных обстоятельств в человеке еще не вспыхнул огонь любви. Ведь это зависит не

от него: чувствами нельзя управлять, а тем более искусственно возбуждать их в себе. Это может происходить только опосредованно и не всегда успешно. Например, когда мы размышляем о нанесенных нам обидах, то в нас просыпаются отрицательные эмоции, или наоборот, когда мы вспоминаем нечто положительное о человеке, к которому испытываем отрицательное отношение, то мы, таким образом, уменьшаем эмоциональную напряженность такого отношения. Тем не менее таким способом легче вызвать отрицательные чувства, чем положительные.

По природе своей чувства обладают высоким уровнем автономности. Приходят они нередко неожиданно, неизвестно откуда и неизвестно почему. Так же как и настроение, чувства уходят из-под контроля воли. Можно конечно попытаться управлять эмоциональной экспрессией, играющей важную роль в человеческих отношениях. Благодаря тому, что она подчиняется нашей воле, существует возможность руководствоваться в отношениях определенными социальными нормами. В некоторой (правда незначительной) степени эмоциональная экспрессия влияет на настроение и на основные эмоционально-чувственные установки: на внутренний мир как бы накладывается маска. Вспомним известное требование «keep smiling» (храни всегда улыбку, не огорчайся). Улыбка, которую мы стараемся сохранить на лице, в конце концов, помогает нам вернуть хорошее настроение, а наши отношения с окружающими становятся более доброжелательными.

Вообще такое влияние является довольно поверхностным. Ведь колорит эмоций многослоен и на поверхности могут оказаться светлые краски, а в глубине — темные и наоборот. Усилием воли можно оказать воздействие только на поверхностный слой. Но невозможно таким же образом вызвать в себе естественные чувства или настроение.

Выделяя среди разнообразных функций человека зависящие и независящие от нашей воли, можно получить впечатление, что большая часть важнейших жизненных функций отличается высоким уровнем автономности (не зависит от воли), как будто наша жизнь должна продолжаться независимо от того, куда бы мы ни хотели ее направить.

То, что зависит от воли, относится к «настройке» жизни, а не к ее «устоям». Мы можем направлять прежде всего собственную деятельность по отношению к окружению, однако внутренний мир организма не подчиняется контролю воли. Но даже в сфере взаимодействия с окружением многие

функции вследствие постоянного повторения выполняются автоматически. Тот факт, что они повторяются, свидетельствует об их жизненной важности. Благодаря своему автоматизму они не отвлекают наше сознание и не требуют его усилия, то есть проявления акта воли. Если чувства считать субъективным выражением основ ориентации двигательной активности по отношению к внешнему миру (сближение с ним, бегство от него или борьба с ним), а настроение — субъективным выражением характера жизненной активности, то следует предположить, что эти функции играют решающую роль в обеспечении жизнедеятельности и в соответствии с таким пониманием данного вопроса остаются за пределами волевой активности.

Депрессия, происходящая от душевной пустоты, является, может быть, наиболее трагическим примером, подтверждающим исключительность значения в жизни человека эмоциональных связей с окружающим миром (аналогичные формы депрессий можно наблюдать и в мире животных, особенно у домашних животных. Например, депрессия у собаки или кошки, потерявшей своего хозяина). Это легко понять, рассматривая позитивные эмоционально-чувственные отношения как необходимое условие реализации основных биологических законов (полового влечения и инстинкта материнства). Невозможность реализации этих законов затрагивает основы биологического смысла существования человека. И ухудшение настроения в подобной ситуации является вполне понятной реакцией.

Очевидно, что «вершины любви» у каждого человека могут быть своими и не всегда легко отыскать очевидные следы действия закона продолжения рода. В чувственной природе любви всегда можно обнаружить тенденцию к единению с окружающим миром и людьми, и источником такого чувства, по всей видимости, является потребность сексуальных контактов с окружением и материнской опеки над ним. Трудно вообразить, в какой степени красота и богатство колорита жизни связаны с действием биологического закона продолжения жизни. Множество фактов можно объяснить, пользуясь таким подходом. Что касается психической жизни человека, то вне всяких сомнений все, что есть в ней прекрасного и возвышенного, связано с любовью. Без нее жизнь становится серой и унылой, теряет свои краски и очарование.

Депрессии, возникающие из-за отсутствия любви, можно приблизительно разбить на три группы: возникающие вследствие

утраты предмета любви; возникающие вследствие того, что любовь меняет свой знак и превращается в ненависть и те, которые объединяют людей, никогда не знавших что такое любовь.

*Утрата предмета любви.* Классическим примером первого типа являются депрессии, возникающие вследствие утраты близких. Такая утрата, если она связана со смертью близкого человека, вызывает ощущение пустоты и потребности воссоединиться с ним (случаются самоубийства, главным мотивом которых является именно желание вновь соединиться с любимым), а иногда — чувство вины по отношению к любимому человеку из-за того, что не был с ним раньше достаточно добр.

У домашних животных депрессии такого типа могут привести даже к их гибели. Животные становятся вялыми, отказываются от пищи, избегают контактов с людьми, прячутся по углам. Иногда их поведение приобретает регрессивные формы: они становятся беспомощными, неухоженными и т. д. У людей обычно подобные реакции на утрату близких выражены в меньшей степени вероятно потому, что их отношение к жизни не является чувственным в той степени как у животных (особенно у высших животных). У человека над установками типа «к» и «от» превалирует установка «над». Нарушение эмоциональных связей с окружением, наступающее вследствие утраты близкого человека, не затрагивает так сильно представления о смысле жизни, как это бывает у высших животных. Пустота, в которой оказывается человек после утраты близкого ему существа, вскоре заполняется различными мелкими заботами, повседневной деятельностью и благодаря этому его изоляция не может быть абсолютной.

*Изменение знака чувств.* Совершенно иначе проявляется психопатология депрессии, когда причиной утраты предмета любви становится изменение знака чувств. В этом случае на передний план выступают негативные чувства как по отношению к особе, которая нанесла обиду, оставив нас, так и по отношению к самому себе, поскольку уход любимого человека всегда является ударом в самое чувствительное место в наших представлениях о себе.

Чувства изменяют свой знак. Любовь превращается в ненависть. Причины таких изменений могут быть различными.

Обычно в этом случае у предмета чувств отыскивается его вина по отношению к обиженному. То он обманул связанные с ним надежды, то он изменил своим чувствам, то он не оказался достойным наших собственных чувств и т.д. Предмет наших чувств, недавно идеализированный в состоянии любви, теперь неожиданно воспринимается совершенно иначе: под влиянием негативных эмоций его образ из прекрасного становится едва ли не самым отвратительным.

В психиатрии часто приходится быть свидетелем подобных метаморфоз, так что нередко возникают сомнения — действительно ли причина таких изменений связана с предметом чувств. Не происходят ли они в соответствии с законами динамики чувственной жизни, являющейся весьма специфическим процессом. После периода взрыва чувств (например, «любовь с первого взгляда»), после фазы амбивалентности («люблю и ненавижу»), знак минус начинает доминировать («я его ненавижу»), так что в конце концов когда-то сильное чувство совсем угасает. Естественно, такой процесс может протекать по-разному и не всегда приводит к полному угасанию чувств (например, в материнских чувствах данная фаза вообще не наступает и, напротив, в эротических отношениях охлаждение чувств и разочарование являются обычным правилом). Убежденность во внешней причинности эмоциональных связей (а значит — в ее зависимости от особенностей поведения предмета чувств) является у людей настолько сильной, что они совершенно забывают о своеобразной спонтанности чувств.

Настроения и чувства нередко рождаются неведомо как и неизвестно почему гаснут. Наверное, в такой спонтанности колорита чувств существует определенная причинность, но она может быть совсем иного рода, чем та, к которой мы привыкли в нашем обычном восприятии жизни. Причинность восприятия жизни в нашем сознании связана главным образом с характером деятельности по отношению к окружающей действительности («действую и пользуюсь результатами собственной деятельности»), а значит — на отношения типа «над».

В то же время причинность в области эмоциональных отношений формируется словно в ином измерении, и ее логика совершенно отлична. Этот факт мы осознаем тогда, когда пытаемся установить причины своего настроения или изменения эмоциональных отношений. Нередко мы ощущаем, что наши этиологические конструкции являются надуманными и



искусственными. По сути дела мы до сих пор не знаем, почему мы становимся печальны, когда неожиданно перестаем кого-либо любить.

Если причинно-следственные отношения типа «над» могут быть уложены в схему обычных пространственно-временных отношений (действие разворачивается в определенном месте и в определенное время, и там же наблюдается эффект этой деятельности), то реализация установок типа «к» и «от» осуществляется уже в ином измерении. В генезисе любого чувства запечатлены переживания самых различных периодов времени и географических координат, нередко совершенно не связанные с настоящей ситуацией. Пространственно-временная структура подвергается своеобразной кристаллизации: формула «здесь и сейчас», характерная для причинно-следственных связей в отношениях типа «над» трансформируется в формулу «всегда и везде».

Отсюда, может быть, происходит распространенное представление о неизменности чувств и настроений, которое продолжает существовать вопреки очевидной истине о присущей им изменчивости. Похоже, что грусть или радость вечны, любовь и ненависть продолжают до гробовой доски и т.п., а весь наш повседневный опыт, убеждающий в противоположном, ничего не значит. Эмоциональный колорит распространяется на все элементы пространственно-временной структуры бытия человека: на его прошлое, настоящее и будущее; на его настоящие отношения, а также на различные ситуации и разнообразные формы отношений с окружением. Таким образом, предмет чувств может вобрать в себя различные значимые образы из жизни данного человека, необязательно непосредственно связанные с настоящей ситуацией.

Описанное явление обнаруживается в сновидениях и касается любых переживаний. В эмоционально-чувственной жизни (в филогенетическом и онтогенетическом аспектах являющейся более древней, чем интеллектуальная и волевая жизнь) сохраняется первичность сновидений. В своих чувствах мы идем по жизни как сквозь мираж сна.

Очевидно, что исследования логики эмоционально-чувственной жизни потребуют еще многих усилий от исследователей. Фрейд первым обратил внимание на отличия между первичной (*primary process*) и вторичной логикой (*secondary process*). Первая опирается на бессознательные процессы мышления, а вторая на законы действительности. Пока наши

знания законов эмоционально-чувственной жизни не являются достаточно полными, остается помнить о том, что не всегда причина изменения знака чувств связана с предметом чувств. Значительно чаще причину этого явления следует искать в субъекте, а не в объекте данных отношений и особенно — в своеобразии динамики эмоционально-чувственных процессов.

*Жизнь без любви.* Самые несчастные люди те, кто никогда не любил. Их жизнь становится серой и пустой, она лишена вкуса и цвета. Воистину «Nacht und Nebel» («ночь и мгла»). Такие люди продолжают жить только из чувства долга и не испытывают радости жизни. В терминах психиатрии такое состояние определяется как тяжелый депрессивный невроз или депрессивная психопатия.

Обычно бывает трудно определить генезис «серости» жизни. Следует принимать во внимание также причины генетической природы (есть люди, которым конституционно присуща доминирующая установка «от»). Определенное значение имеют также и эмоциональная обстановка первых лет жизни, когда происходит формирование базовых стереотипов эмоционально-чувственных отношений. Холодная атмосфера семьи отражается на всей дальнейшей жизни. Таким людям труднее любить, чем тем, которые выросли в теплой, домашней атмосфере. Иногда в генезисе можно обнаружить неразделенность первой любви и эта травма, «замороженность чувств» сохраняется на всю оставшуюся жизнь.

Очень важную роль играет характер эмоциональных отношений с родителями, особенно отношений с родителями противоположного пола, поскольку именно на примере этих отношений формируется модель поведения с будущим сексуальным партнером. Большую роль играет также соотношение способностей «отдавать» и «получать» («брать») в эмоциональном плане.

Превалирование способности «брать» над способностью «отдавать» может быть определено как эмоциональная незрелость. Дети, впрочем, по сути дела больше берут, чем отдают. Материнская среда является обязательным условием развития не только человека, но и животных. Но даже у детей наблюдается стремление поделиться своими чувствами, «отдать» их другому человеку. Наиболее очевидно это обнаруживается в детской потребности заботы о животных, куклах и т.п. У многих людей такая потребность не находит должного развития

обычно из-за недостатка материнского тепла в детстве. Такие люди в течение всей оставшейся жизни как будто хотят вернуть то, чего им не хватало в детстве. Они испытывают постоянный эмоциональный голод и в большей степени «потребляют» чужие чувства, чем отдают свои. Вследствие «недополучения» любви в детстве сами они неспособны к этому чувству и поэтому никогда не ощущают себя по-настоящему счастливыми, поскольку только вместе со способностью дарить любовь приходит радость жизни.

См. работы: 4, 95, 230, 233, 332, 362, 363, 435, 620, 642, 665, 719.

### *Врачебные указания*

Лечение невротической депрессии требует, в первую очередь, понимания ее генезиса. Поскольку подход к больному может быть одним в том случае, если его депрессия связана с творческой фрустрацией, и совершенно другим, если она происходит вследствие накопления негативных эмоций в отношениях с окружением или вследствие душевной пустоты. В первом случае мы имеем обычно дело с проявлением избыточной деспотической установки в отношениях человека с окружающими: такому человеку хочется изменить свое окружение, вследствие чего он постоянно сталкивается со всё возрастающим сопротивлением, которое становится причиной бессильного раздражения или даже ярости. Ослабление деспотических наклонностей больного, научение его привычке довольствоваться малыми успехами, а также воспитание у него уважения к чужим планам деятельности может вырвать такого человека из замкнутого пространства деспотии.

В том случае, когда причиной депрессии является накопление негативных эмоций, особое значение приобретает возможность их разрядки в беседе с врачом и возможность помочь пациенту взглянуть на конфликтную ситуацию со стороны. Это позволяет ему «сбросить» с себя груз «недобрых чувств», что, как правило, положительно сказывается на настроении.

Самым трудным является лечение депрессии, связанной с душевной пустотой. Врач не в состоянии заполнить ее самостоятельно. Правда случается, что больной глубоко привязывается к своему врачу и возникшие чувства симпатии становятся зачатком ростков позитивных эмоций. Врач становится как бы

катализатором чувств, которые без его участия не могли бы появиться в отношении к потенциальному предмету любви. Однако врач не может отыскать для больного такой предмет любви, поскольку решающим в таких отношениях нередко является случай, внешняя ситуация и т. д. Роль врача сводится к тому, чтобы повысить у больного своеобразную «готовность» к любви. Речь идет об изменении эмоциональных установок, для того чтобы отношения типа «к» доминировали над установками типа «от». Тогда легче будет возникнуть естественному чувству любви.

См. работы: 178, 435, 719.

## ДЕПРЕССИИ ПРИ ПСИХОПАТИЯХ

Как известно, отличить хронический невроз (*charakter neurosis*) от психопатии довольно сложно. То же самое относится и к неврозам и депрессивным психопатиям. О психопатии мы обычно говорим тогда, когда начинают доминировать факторы конституционной природы. Люди, у которых преобладает темный колорит жизни, для которых жизнь в тягость и является неприятной обязанностью, которые нередко мечтают о том, чтобы «заснуть и умереть», часто принадлежат к шизоидным, обсессивным (ананкастическим), психастеническим и реже — к циклотимическим типам личности.

### Депрессии у шизоидов

У шизоидов в отношениях с окружением, как правило, доминирует установка типа «от» над установкой типа «к». Окружающий мир им не нравится, они хотели бы его изменить (что им никак не удастся), им хочется навязать свое представление о том, каким он должен быть. Таким образом, установка типа «над» становится более значимой в отношениях с окружением в сравнении с установками типа «к» и «от». Поэтому в их отношениях с окружением доминирует форма над цветом, рационализм берет верх над эмоциями. Когда к таким людям приходит любовь, то это обычно бурные, трудные, полные конфликтов отношения. Мир, благодаря любви, становится светлым и красочным, но в то же время полон напряжения, светлые краски смешиваются с темными, чувства любви и

ненависти переплетаются. У таких людей наблюдается сильно выраженная амбивалентность чувств.

Негативные эмоции нередко оказываются сосредоточенными на собственной личности: может дойти до того, что недовольство самим собой принимает характер мазохизма. Такие люди получают удовольствие от созданного в их сознании «сада страданий». Порожденное отрицательными эмоциями, связанными с характером отношений к самому себе и окружению, пониженное настроение поддерживается и укрепляется компонентом мазохизма. Эти люди как будто находят счастье в своем несчастье. Очевидно, что компонента мазохизма серьезно затрудняет возможность выхода из состояния депрессии.

Доминирование установки «над» также часто является причиной пониженного настроения. Желание преобразования мира «по своему образу и подобию», как правило, оставляет в реальной жизни после себя только фрустрацию. Ощущение собственного бессилия укрепляет агрессивность по отношению к окружению, что в свою очередь вызывает ухудшение настроения. Радость, свойственная эмоциональным установкам типа «над», имеет иной характер, чем радость при эмоциональных установках в отношениях с окружением типа «к» или «от». При установках типа «над» радость приходит вместе с победой над окружением одновременно с реализацией собственной функциональной структуры или завершением дел. Печаль приходит тогда, когда человек лишен возможности реализовать свои функциональные структуры, когда дело не клеится, или когда окружение оказывает слишком сильное сопротивление деятельности. В отличие от этого на более низком уровне отношений с окружением (установки «к» и «от») радость приносит соединение с окружением, максимальная полнота которого достигается в эротических связях или в материнстве. Печаль, таким образом, порождается негативными эмоциями (установка «от»), когда окружение отторгает человека и у него возникает желание или уничтожить свое окружение, или бежать от него.

Генезис изменчивости настроений в обеих плоскостях отношений с окружением является, таким образом, иным. На нижнем горизонте (в плоскости действия установок «к» и «от») колебания настроения связаны с изменениями условий взаимодействия человека и среды и степенью его удаленности от окружения. Человек в таких отношениях как будто подчинен

ритмам природы и тесно с ними связан. Таким образом, в осцилляциях этого типа в целом доминирует влияние конкретного типа установок (в отношении характера взаимодействия с окружением). Изменчивость настроения такого рода наблюдается обычно у людей, относящихся к группам экстравертов, циклотимиков и синтоников.\* В то же время под углом плоскости взаимодействия с окружением (установки типа «над») человек стремится к победе над окружением, находится «над» ритмом природы, становится «хозяином и властелином» природы. Отсюда берут начало специфические для данной эмоциональной установки черты человеческого характера. Изменчивость настроения в данном случае связана с ритмом побед и поражений: то человек становится победителем, то побежденным. Преобладание состояния пониженного настроения возникает тогда, когда человек чаще оказывается побежденным, чем победителем. Очевидно, что подобная ситуация зависит не только от данного человека, но и от внешних условий: в какой степени они помогают ему добиваться побед. С другой стороны, жажда победы может оказаться ненасытной.

Обычно уровень потребностей одинаково возрастает как при победах, так и при поражениях. В первом случае всегда имеет место неудовлетворенность, и отсутствует возможность удовлетворения жажды власти. Во втором случае, чем сильнее поражение, тем нереальнее становятся амбиции, с помощью которых человек как будто стремится возместить моральный ущерб от испытанного поражения. В накренившейся плоскости взаимодействия человека с окружением, для которой собственный абстрактный план (отсюда — абстрактная установка) доминирует над действительностью, человек остается наедине с собственными концепциями, тоскует о возможности воссоединения с окружением, но это недостижимо в полной мере. Окружающий мир для него — его собственная умозрительная конструкция, поэтому форма преобладает над цветом, а абст-

---

\* *Экстраверты* — психологическая характеристика личностей, направленных на внешний мир и деятельность в нем, отличающихся преобладающим интересом к внешним объектам.

*Циклотимики* — психопаты, подверженные легкой форме маниакально-депрессивного психоза, настроение и жизненная активность которых в течение всей жизни повышены — гипоманиакальные психопаты. Их противоположность — дистимики (см. стр. 87—88).

*Синтоники* — (англ. *Syntonic*) — категория людей, настраивающих свою психику как бы в резонанс событиям, тону, частоте.

рация — над реальностью. Поэтому вкус и цвет жизни неизвестны этому человеку. Жизнь в плоскости («над»), накрепившейся по отношению к окружению, требует больших усилий, чем жизнь на более низких горизонтах отношений «к» и «от». В такой деформированной плоскости необходимо постоянно бороться с окружением для того чтобы иметь возможности навязать ему собственные формы активности, а радость и жизненная энергия при этом берутся из одержанных побед. На нижних горизонтах отношений человек то приближается к своему окружению, то отдаляется от него, а радость и жизненную энергию получает из возможности взаимодействия с окружением.

При лечении хронических депрессий у шизоидов большое значение имеет возможность оказания помощи больному в достижении успехов. Облегчение усилий для достижения победы достигается благодаря уменьшению уровня притязаний больного, а также обучением больного искусству проигрывать (to be a good loser). Укрепление чувства собственного достоинства снимает внутреннее напряжение, связанное с потребностью постоянно одерживать победы. Окружающий мир благодаря этому становится не таким враждебным, оказывает меньшее сопротивление и к нему легче приблизиться. Может даже дойти до того, что больной сможет с ним соединиться, почувствует вкус жизни и его колорит. Для шизоида это является воистину необыкновенным переживанием, поскольку такого рода испытания для него совершенно чужды.

### **Депрессии у людей с обсессивными\* (ананкастичными) свойствами личности**

Обсессивные психопаты (*psychopatia obsessiva vel anancastica*) живут под гнетом чувства долга. Основной формой переживаний у них является ощущение «я должен». С детства их поведение регламентируется различного рода запретами и указаниями. В период полового созревания, когда биологические изменения вызывают повышенное возбуждение эмоционально-чувственной сферы, беспокойство, приступы агрессии, бунта и эротические фантазии, внутренние барьеры становятся еще

---

\* обсессии — навязчивые состояния.

сильнее, а нормы и табу приобретают чудовищные размеры. Такой человек никогда не доволен собой, ему хочется быть другим и лучше.

Психопатологическим выражением избыточной значимости внутренних барьеров являются ананкастические симптомы, достаточно часто впервые наблюдающиеся в период полового созревания. Для обсессивного психопата любая радость воспринимается одновременно с чувством вины. Ему нельзя радоваться, поскольку это противоречит его ощущению чувства долга. Радость никогда не может быть обязанностью. Она является в какой-то степени освобождением от любых связующих пут, но именно эти путы являются для него сущностью жизни. В глубине души такой человек тоскует о свободе, о том, чтобы разорвать все что ее ограничивает. Но одновременно ничто его так не страшит, как освобождение от этих пут.

Если у шизоида окружающее пространство имеет скорее абстрактный характер (не является реальным пространством) и позволяет ему реализовать собственные функциональные структуры, то у обсессивного психопата пространство ограничено различными запретами и указаниями. Оно является тесным и запутанным. В нем невозможно свободно передвигаться. Такая стесненность пространства является главной причиной ухудшения настроения. Радость всегда предполагает ощущение свободы. Скованный человек не может проявить свою жизненную активность и бунтует против своих пут. Бессильный бунт превращается в аутоагрессию, которая в свою очередь становится причиной ухудшения настроения.

Если к шизоидному психопату радость приходит вместе с одержанной победой, то у обсессивного психопата ее приносит удовлетворенность от выполнения обязанностей и следования нормам, и соблюдение табу является для него главным источником радости. Это радость с оттенком мазохизма. Путы, конечно, жмут, но чем сильнее их давление, тем сильнее степень удовлетворенности. Размерность пространства-времени у шизоидного психопата велика. Чем с большим трудом и отвращением перемещается он в реальном времени и пространстве («здесь и сейчас»), тем с большим желанием обращается он к их абстракциям. В них больше места для будущего и прошлого, чем для настоящего, и больше пустоты, позволяющей ему реализовать собственные мечты и планы, чем естественного колорита жизни.



У обсессивного психопата пространство-время является тесным, запреты и указания окружают его со всех сторон. Человек не в состоянии увидеть в нем будущее и не чувствует свободы пространства. Он остается пленником своего «я должен». Такого рода ограничения пространства-времени задерживают развитие человека. Вероятно, поэтому у обсессивных психопатов часто наблюдается недостаточность эмоционального развития. Жизнь в обсессивном замкнутом пространстве-времени не может быть легкой и веселой. Радости жизни присущ вкус свободы, но с другой стороны, свобода несет в себе опасность нарушения норм бытия, неизбежных в повседневной жизни. Это противоречие становится причиной возникновения чувства вины и ощущения потребности самонаказания.

Обсессивный психопат находится, таким образом, в заколдованном круге, из которого нет выхода. Ощущение замкнутого пространства вызывает у него постоянную повышенную агрессивность. Причем эта агрессия может быть направлена как против самого себя, так и против окружения. Поскольку проявление агрессии (особенно внешней) сдерживается сильным табу, то подавление внутреннего напряжения агрессии становится дополнительной причиной ухудшения настроения.

При лечении таких больных следует прежде всего обратить внимание на возможность проявления скрытой агрессивности. Часто сам врач становится ее объектом. Именно на него больной выплескивает все свои сдерживаемые «недобрые» чувства. Сам факт безнаказанности нарушения табу (в данном случае нарушения табу на экспрессию отрицательных эмоций) становится для него первым шагом на пути к свободе. Уменьшается внутреннее напряжение, связанное с подавлением внутренней агрессии, и вместе с ним уменьшается внутреннее сопротивление ее экспрессии.

Негативные эмоции обладают большей подвижностью и в связи с этим требуют над собой более строгого контроля. Однако им легче найти выход, чем положительным эмоциям, динамика которых намного ниже. Поэтому для того чтобы преодолеть барьер внутреннего сопротивления большого лучше стимулировать у него экспансию отрицательных эмоций, чем положительных. Похоже, что это является принципиальным отличием врачебного подхода к людям с чертами обсессивной личности (эмоциональный контакт с которыми устанавливается в агрессивном состоянии) и подхода к людям с чертами психастенической или шизоидной личности (эмоциональный

контакт с которыми достигается с помощью стимуляции положительных эмоций).

Если человек с чертами обсессивной личности начинает понимать, что каждый человек может испытывать как положительные, так и отрицательные эмоции, и что экспрессия отрицательных эмоций не является чем-то настолько страшным, как ему до сих пор казалось, то он приобретает большую свободу в своих эмоциональных контактах с окружающими и может не прятаться от них за барьером норм и табу. Человек становится больше самим собой, поскольку его естественное состояние не отягчается чувствами зла и собственной вины.

В восприятии обсессивной личности положительный смысл присущ только норме, а в нем самом скрывается зло. Борьба с этим злом в самом себе становится как бы целью его жизни. Когда говорят об изменении взглядов больного на природу человека, то речь идет не об изменении его восприятия в интеллектуальном плане, а о соответствующем эмоциональном восприятии. Таким образом, его отношения к самому себе и другим людям приобретают большую толерантность, а запреты и требования теряют свою магическую силу. Больному становится легче выражать свои как негативные, так и позитивные чувства, а ощущение своей значимости он может отыскать не только в патологически напряженном следовании нормам, но и в самом себе. Таким образом, пространство-время больного расширяется и вследствие этого улучшается его настроение, повышается жизненная активность, а сам он начинает чувствовать вкус и цвет жизни.

См работы: 57, 709, 710, 711, 712.

## **Депрессии у психастеников и истериков**

Как для психастенических, так и для истерических психопатов основным вопросом их жизни является: «Кто я?». Этот вопрос возникает из невозможности создания объективного автопортрета, что в свою очередь является подтверждением определенной эмоциональной незрелости. Если приведенный выше вопрос является естественным и понятным в юношеском возрасте (когда формируется «автопортрет»), то в более позднем возрасте (когда человек уже должен иметь более или менее сформировавшееся представление о самом себе и не должен мучиться вопросом, какой он на самом деле и каким его видят

другие люди и т. д.) это уже является патологией, значительно затрудняющей нормальные контакты с действительностью.

Поскольку такой вопрос становится главным девизом человека, то и его постоянное взаимодействие с окружением происходит в определенной плоскости. Неважно, имеет ли смысл то, что он делает, приносит ли это удовольствие ему и другим и т. д. Главным является то, как его воспринимают окружающие, и может ли он рассчитывать на похвалу или на осуждение. Психастенические и истерические психопаты крайне чувствительны к общественному мнению. Их жизнь как будто разворачивается на сцене: постоянно кто-то на них смотрит и оценивает их поступки.

Только отношения истерика и психастеника к общественному мнению различны. Истерик хочет обратить на себя внимание, добиться аплодисментов от окружающих, оказаться в центре событий, словом борется за свое признание у окружающих. В отличие от него психастеник всегда готов к отступлению. Он еще больше, чем истерик, нуждается в признании окружающих, но испытывает страх перед необходимостью борьбы за это. Охотнее он провалился бы сквозь землю; он краснеет, когда кто-то на него смотрит; не знает, что делать с собственными руками и самим собой; чувствует себя неловко; в голове возникает ощущение пустоты. Прежде чем он решится произнести хоть одно слово или сделать что-либо в данной ситуации, события уже успевают пройти своим чередом. (*l'esprit d'escalier*).

Уже само желание разорвать отношения с окружающими, отличающее психастеника от истерика (впрочем истерик довольно охотно в них вмешивается), указывает на пониженную жизненную активность. Можно было бы говорить о большей жизненной активности истерика и о меньшей у психастеника, если бы не тот факт, что в трудной ситуации психастеник (так же как и истерик) может мобилизовать свои силы и волю. Например, во время войны психастеники могут импонировать окружающим своей отвагой.

В итоге баланс показывает, что истерики в целом отличаются большей безмятежностью, чем психастеники, и обладают большей, чем они, жизненной энергией. Депрессия у психастеников наблюдается чаще всего в циклической форме, таким образом, их периодически застигает печаль и полная неуверенность в себе, часто без серьезной причины. Иногда такой причиной может стать легкая житейская неудача. Депрессия

может продолжаться от нескольких дней до нескольких десятков месяцев. Клиническая форма нередко очень напоминает эндогенную депрессию: последняя отличается большей динамизмом и глубиной. Иногда из картины психастенической депрессии развивается шизофрения. Наиболее характерным симптомом психастенической депрессии является потемнение колорита «автопортрета».

Как мы пытались рассказать выше, проблема «автопортрета» является основным вопросом как в жизни истериков, так и в жизни психастеников. У первых он обычно отличается более светлыми красками, чем у вторых. Вероятно вследствие слабости и неразвитости «автопортрета» он в большей степени подвержен осцилляциям: то он светел, то он темен. У психастеников он обычно темнее и обнаруживает большую изменчивость.

Способность видеть самого себя в черных красках вызывает специфическую направленность агрессии: ее копьё направлено прежде всего против самого себя. В состоянии депрессии психастеники часто предпринимают попытки самоубийства: по счастью, также как и попытки истериков, обычно неудачные. У тех и других последнее и, наверное, важнейшее решение в жизни — «жить или умереть» — не отличается достаточно сильными мотивами. Подспудно в сознании существует альтернативное решение: «А может, еще пожить?». Неустойчивость мотивов принятия решения снижает динамику попыток самоубийства, хотя понятно, что довольно часто они все же заканчиваются трагически.

Недовольство самим собой, ощущение собственного ничтожества, поиски одобрения у окружающих, частые реакции в форме ощущения вины — все это не способствует хорошему настроению. Психастеники обычно не знают радости жизни. Они живут больше из чувства долга, только потому что они родились и поэтому необходимо все это как-то перенести. Жизнь их не балует и не особенно привлекает. Больше всего их радует похвала окружающих, ощущение хорошо выполненных обязанностей. В тех случаях, когда аутоагрессия особенно усиливается, утешением для них становится собственное терпение. На фоне практически постоянно пониженного настроения время от времени возникают кризисы депрессии, о которых уже говорилось раньше.

При лечении психастенических депрессий следует обратить особое внимание на характер восприятия больным самого себя.

Если существует возможность улучшить самовосприятие, и если больной сможет увидеть себя в более светлых красках, то немедленно обнаруживается возможность улучшения его настроения. Истерик обычно рисует свой «автопортрет», пользуясь более светлой палитрой, чем психастеник. Его самооценка, как правило, выше, чем оценка окружающих, и в этом кроется источник многих конфликтов. Истерик чувствует себя обиженным, поскольку его «не ценят», «плохо понимают», «пренебрегают им». Если у психастеника доминирует чувство вины, и оно часто является главной причиной его пониженного настроения, то у истерика преобладает в настроении чувство обиды, и оно нередко приводит к конфликтам с окружающими.

У психастеника чаще наблюдается аутоагрессия, а у истерика простая агрессия. Если он совершает аутоагрессивные поступки (истерические самоубийства), то они обычно являются следствием невозможности внешней разрядки агрессии или желанием показать окружающим, какой он бедный и обиженный (самоубийство как зов о помощи).

Подобно ребенку истерик легко переходит из одного крайнего состояния в противоположное. Палитру его эмоционального колорита можно назвать скорее ограниченной, и поэтому истерик относительно легко достигает ее крайних спектров: от предельного отчаяния он переходит (нередко из-за ничтожной причины) к беспредельной радости, от восторженной любви — к смертельной ненависти. Благодаря такой неустойчивости эмоциональные депрессии истериков, как правило, кратковременны, в отличие от психастеников, у которых депрессии, связанные с негативным восприятием самого себя отличаются большой продолжительностью.

Одной из наиболее характерных черт истерической психопатии является формирование в сознании больного искаженного образа действительности: истерик видит то, что хочет видеть (*wishfull thinking*). И он чувствует себя обиженным, если окружающие не разделяет его мнения. Такое рассогласование внутреннего восприятия действительности и восприятия, принятого в окружении, нередко является причиной конфликтов с окружающими и постоянного ощущения, что окружающие плохо его понимают. Человек теряет способность двигаться в своем нереальном мире, этот мир часто пытается сокрушить его, и поэтому истерик часто хочет начать свою жизнь заново. Ему хотелось бы зачеркнуть все что было, но это невозможно, и тогда приходит неудовлетворенность жизнью.

Своеобразной трагедией истерика является то, что он постоянно нуждается в признании окружающих. Он борется за него стилем поведения, манерой речи, эмоциональной экспрессией и т.д. Он старается всеми силами обратить на себя внимание окружающих, стремится быть обласканным, а добивается обычно противоположного эффекта — его отвергают. Само слово «истерик» звучит уничижительно. Социальное окружение обычно стремится к нивелированию различий: того, кто возвышается, оно стремится принизить, а того, кто принижен — возвысить. В то время как психастеники обычно пользуются любовью окружающих, истерики воспринимаются окружающими с трудом. Очевидно, что бывают исключения, например, так называемые «добродушные» истерики, которые благодаря своему добродушию и инфантилизму пользуются общей симпатией окружающих.

Поэтому первым шагом в лечении истерической депрессии является моральная поддержка больного. И только во время последующих контактов следует постараться постепенно и осторожно помочь больному обрести более реальный взгляд на окружающий его мир и на самого себя. Это приводит к стабилизации эмоционального состояния и к более уравновешенной оценке собственной личности, что в свою очередь улучшает самочувствие больного.

### **Депрессии у дистимических типов личности (циклотимических)**

Психопаты, принадлежащие к циклотимической группе, довольно редко встречаются в Польше и являются противоположностью шизоидам. Их основной эмоциональной установкой в отношениях с окружением является установка типа «к». Мир их влечет, они испытывают радость жизни, чувствуют ее вкус и колорит. В отличие от абстрактной установки к окружающему миру, свойственной шизоидам, в их установках явно преобладает конкретность: они тесно связаны со своим окружением, являются реалистами, не очень склонны к обобщениям и абстракциям.

В этом отношении к жизни, однако, могут проявляться различные уровни жизненной активности и ее изменчивости. К подобному типу личности следует отнести циклотимиков, настроение и жизненная активность которых в течение всей

жизни повышены. Они также классифицируются как гипоманиакальные психопаты. Депрессивные психопаты являются их противоположностью. Общий уровень настроения и жизненной активности у последних понижен. Правда, они не испытывают ощущения, что жизнь отталкивает их так, как шизоидов, но у них слишком мало энергии, чтобы ей радоваться. Они видят в жизни больше темных чем светлых красок. Тоска о слиянии с окружающим миром для них равнозначна тоске о смерти.

Высшей точкой выражения установки «к» по отношению к окружению становится тоска о слиянии с ним, чаще всего в форме сексуального акта или в форме мистического слияния, а также как тоска о смерти, являющейся своеобразной формой слияния с окружающей средой. Эрос и Танатос соединяются в зените выражения эмоциональной установки «к». Дистимических психопатов отличает значительная изменчивость настроения: от субдепрессивных состояний до гипоманиакальных состояний. Такой изменчивости обычно еще не свойственна амплитуда психопатической изменчивости. Продолжительность отдельных фаз может сильно отличаться: от одного дня до нескольких месяцев. Что касается лечения, то необходимость в нем возникает только в случаях глубокой депрессии. Обычно, наиболее эффективным оказывается назначение тимолептиков. Состояние же повышенного настроения вообще не требует специальных методов лечения. Действительно, никому не может доставить удовольствие лечение «страдающего» избыточной радостью жизни.

## ДЕПРЕССИЯ НЕРВНОГО ИСТОЩЕНИЯ

В психиатрии стран, пользующихся немецким языком, прижился термин *Erschöpfungsdepression* (Kielholz) — *depressio ex exhaustione* — депрессия нервного истощения. Депрессии такого типа возникают вследствие продолжительного эмоционального напряжения в сочетании с перенапряжением системы саморегуляции организма. В итоге дело доходит до истощения всего организма, заявляющего об этом первоначально (и чаще всего) симптомами неврастения, а затем симптомами апатии и абулии. Как правило, это затяжные депрессии. Возникает ощущение, что в больном что-то сломалось, и былая радость жизни и энергия бесповоротно исчезли. Депрессия такого рода наблюдалась у людей, прошедших через гитлеровские концен-

традиционные лагеря и гетто. Наблюдаются они также у людей, у которых сложились особо тяжелые отношения в семье или на работе, превратившиеся для них в ежедневный ад.

См. работы: 345, 439, 476.

## ДЕПРЕССИЯ «ВЕРШИНЫ»

Известной аналогией предыдущего типа депрессии является «депрессия победителя» — *Entlastungsdepression* — описанная Э. Блейлером. Впрочем, как одна, так и другая форма является следствием долговременного эмоционального напряжения в соединении с перенапряжением системы саморегуляции организма. Только в случае депрессии истощения это напряжение заканчивается поражением (*depressio calamitatis*), а в случае «депрессии победителя» — заканчивается победой (*depressio victoriae*).

Это действительно депрессия «вершины»: она наступает в тот момент, когда спустя многие годы сильнейшего напряжения и труда человек неожиданно достиг цели, о которой так долго мечтал (например: стал профессором, построил дом, написал книгу своей жизни или добился любви, казавшейся невозможной). Часто при этом типе депрессии наблюдается явление социальной индукции. Например, одновременно с мужем, ставшим профессором, состояние депрессии возникает и у его жены, поскольку они вместе в течение многих лет жили только этой целью. Теперь, когда они достигли желанной цели перед ними возникла пустота. В краковской психиатрической клинике депрессия такого типа наблюдались у людей, которым после многолетних усилий удалось построить домик, о котором они так долго мечтали. Мы называли в обиходе эти депрессии «депрессиями венца» (венец достижений: «Конец — делу венец!»).

В депрессии этого типа обнаруживается одна из наиболее характерных черт человеческой природы: она не терпит покоя. Человек должен к чему-то стремиться, а когда достигает своей цели, то обычно чувствует беспокойство, пустоту, ощущение того, что «что-то не так», заставляющее его идти дальше. В море, на закате часто возникает впечатление, что можно доплыть до самого огненного шара Солнца, но это совершенно невозможно. Так же и в жизни: мы постоянно к чему-то стремимся, но конечной цели достичь не можем. Такого же



рода чувства беспокойства и пустоты охватывают нас после удовлетворения основных биологических потребностей. После первых мгновений блаженства от удовлетворения наших потребностей, например, потребностей воздуха, пищи, сексуального желания или возбуждения, приходит состояние расслабленности и упоминавшееся ощущение пустоты. Необходимо снова двигаться вперед.

Такого типа депрессии являются характерными для людей, занятых напряженным творческим трудом: после периодов творческого подъема у них часто наблюдаются периоды застоя. Тогда они начинают жаловаться на ощущение внутренней пустоты. Работа у них не идет, они не довольны своим делом и собой, у них исчезают куда-то все творческие замыслы. Многие стараются преодолеть этот период с помощью алкоголя. Депрессии такого типа бывают настолько глубокими, что могут закончиться попытками самоубийства. Противоположностью для них является состояние творческого подъема, когда человек испытывает вдохновение, когда в голове у него легко рождаются новые замыслы, когда работа приносит удовлетворение.

Очевидно, что описанные выше состояния изменения творческой активности можно отнести как к нормальным колебаниям настроения, так и к колебаниям с патологической амплитудой, свойственной циклофрени. Кажется, что творчество требует настолько больших усилий человеческого организма, что здесь могут существовать особые закономерности. Стоит упомянуть, что по природе своей творчество близко к изменчивости жизненной активности. Обычно после периода интенсивного творческого труда наступает период стагнации, в определенном смысле необходимый для глубокого отдыха организма. Творчество требует мобилизации всех сил организма для создания как можно большего числа функциональных структур, а затем для принятия решения (из множества идей необходимо выбрать лучшую) и, в конце концов, для реализации выбранной идеи, нередко требующей длительного кропотливого труда.

Творчество требует огромной напряженности процессов информационного метаболизма. Творчество как будто требует выхода за пределы ежедневного ритма, за пределы отлаженных структур. Оно ищет новые и необычные пути. Привычный порядок должен быть разрушен и на его месте должен возникнуть новый. При этом неизбежно приходится сталки-

ваться с сопротивлением окружения, которое должно быть изменено под воздействием творческого усилия. Кроме того, необходимо преодолеть инерцию прежних, традиционных отношений человека с окружением.

При лечении творческих депрессий важным является помочь больному понять природу естественного ритма творческого труда, причину его взлетов и падений. Речь идет о том, чтобы в состоянии депрессии творец не утратил веры в себя, в свою творческую избранность и в то, что к нему опять вернется вдохновение.

См работу 92.

## РЕАКТИВНЫЕ ДЕПРЕССИИ

Реактивная депрессия выделяется светлым пятном на фоне обычно довольно мрачных причин, приводящих к пониженному настроению. В данном случае причина срыва является очевидной: потеря любимого человека, состояния или общественного положения, угроза тюрьмы, столкновение с непреодолимыми (или с кажущимися таковыми) жизненными преградами, поскольку не так часто случается, что эндогенная депрессия (органическая или шизофреническая) начинается реактивно. Только дальнейшие наблюдения за течением болезни позволяют поставить точный диагноз.

Причины реактивной депрессии в целом аналогичны причинам невротических депрессий. Принципиальное отличие связано с продолжительностью действия причинно-следственных факторов. При неврозах этот временной отрезок очень большой и начало его уходит в переживания раннего детства, а при реактивных депрессиях — очень короткий. Можно выделить три группы причин возникновения реактивной депрессии, связанные с нарушением эмоциональных отношений: а) с окружением; б) с самим собой; в) творчества.

Реактивная депрессия может быть вызвана неожиданной утратой — потерей предмета любви. Оценка последствий такой травмы всегда должна производиться с учетом точки зрения больного, а не наблюдателя, поскольку речь идет о чувствах пациента, а не врача. В этом случае глубина эмоциональных отношений не имеет объективной меры. Один и тот же человек может спокойно перенести смерть матери и отреагировать глубокой депрессией на смерть своей кошки. Потеря предмета

любви может быть непосредственной, например, связанной со смертью любимого человека или с утратой состояния. А может быть опосредованной, когда меняется характер эмоциональных отношений, например, любовь обращается в ненависть. В последнем случае вопрос усложняется тем, что причины ухудшения настроения дополняются влиянием отрицательных эмоций (ненависти), еще более углубляющим депрессию.

Реактивная депрессия может быть вызвана неожиданным изменением самооценки («автопортрета»), например, вследствие утраты прежнего социального положения (потери должности, угрозы тюремного заключения, утраты состояния) или вследствие отрицательной оценки личности окружающими (осуждение, высмеивание, остракизм), а также вследствие отрицательной самооценки (приступы сомнения, чувство вины, потеря «собственного лица»).

Если человек неожиданно сталкивается с непреодолимой преградой, когда он упорно стремится к цели (преграда для реализации психологической установки типа «над»), то это может вызвать депрессивный кризис. Например: высокие налоги заставляют его бросить многолетние занятия ремеслом; нехватка рук вынуждает продать семейное дело; из-за недоброжелательного отношения окружения или из-за так называемых «объективных» трудностей он не может осуществить собственные планы и т. д.

Характерным для реактивных депрессий является то, что мысли больного кружат все время вокруг одной темы и поэтому он живет более настоящим, чем прошлым. При эндогенных депрессиях очень часто прошлое (чувство вины) становится тяжестью, невыносимой для больного. Клиническая картина реактивной депрессии отличается разнообразием и зависит от глубины и силы полученной ранее психической травмы и особенностей типа личности больного.

При глубоких реактивных депрессиях, как правило, обязательным является соматическое лечение (применение в больших дозах тимолептиков и нейролептиков, допускаются методы лечения электрошоком). В то же время при лечении относительно легких форм депрессии обычно достаточно психотерапии, во время которой больному разрешается свободно беседовать на темы, связанные с наиболее удручающей его причиной депрессивного состояния (а значит, связанной с причиной реактивного возбуждения), что, как правило, снимает отрицательную эмоциональную нагрузку.

С другой стороны, можно попытаться открыть больному возможности новых жизненных перспектив («не все еще утрачено»).

См. работы: 214, 388, 408, 668, 689, 706.

## ДЕПРЕССИИ ЦИВИЛИЗАЦИИ

В последние годы много внимания уделяется причинам неврозов, порожденных современной цивилизацией. Этой проблемой занимаются люди разных специальностей: историки культуры, психологи, философы и т. д. Но даже неспециалистов поражает диспропорция между научно-техническими достижениями нашей цивилизации и уровнем нашей удовлетворенности собственной жизнью. Угадывается в этом печаль сказки воплотившейся наяву. Самые смелые мечты человечества осуществились, но несмотря на это человек не радуется, и даже более того — он недоволен тем что совершил. Человек недоволен своим временем, чувствует бессмысленность собственного существования, тоскует о более примитивных и простых формах жизни, о возможности возвращения к природе. Он поднимает бунт против времени, в котором живет, не видит смысла в своей роли и своём существовании. Он с завистью смотрит на людей, ведущих примитивный образ жизни, но способных радоваться жизни, искренне смеяться и веселиться. А сам он, несмотря на все блага и преимущества, принесенные современной цивилизацией, печален, терпит скуку, недоволен собой и окружающим его миром, не видит возможности его изменения к лучшему, боится уничтожения в ядерной катастрофе.

*Откуда берется эта печаль нашей цивилизации?* Очень трудно ответить на вопрос, отчего зависит человеческое счастье и способность радоваться жизни. Однако можно приблизительно указать, какие причины в современной цивилизации влияют на понижение настроения. Кажется, целесообразно выделить три группы причин, а именно: влияющие на усиление отрицательных эмоций; затрудняющие возможность реализации установки «над» (творческих потребностей) и парализующие способность планировать будущее, включая события находящиеся за пределами собственной жизни (трансцендентные способности).

## «LEBENSRAUM» (ЖИЗНЕОПИСАНИЕ)

Земной шар становится все меньше, а людям на нем все теснее. Помимо роста численности народонаселения на это влияют и другие причины: урбанизация; развитие средств телекоммуникаций, благодаря которым человек непрерывно сталкивается с событиями, происходящими в самых удаленных уголках земного шара; сложные отношения взаимозависимости, присущие современным особенностям социально-экономического развития и т. д. Упомянутые выше причины, а также множество других приводят к тому, что человек постоянно сталкивается с многими людьми, зависит от них, и они часто оказываются препятствием на пути осуществления его личных планов. Человек чувствует себя как в переполненном автобусе или в трамвае: окружающие его люди ему мешают, и поэтому он относится к ним с равнодушием или даже с враждебностью.

Равнодушие к беде другого человека и взаимная враждебность возникают в значительной степени из-за ощущения социальной тесноты. Негативные эмоции по отношению к окружающим вызывают у современного человека ощущение одиночества («одиночества в толпе»). Он перестает ощущать свою связь с другими людьми, поскольку они для него становятся основной помехой в жизни. Его отношение к окружающим становится все более эгоцентричным, поскольку трудно испытывать естественный интерес к тем, кого он «не любит». Потребность «брать» начинает преобладать над способностью «давать», потому что в такой тесноте необходимо прежде всего бороться ради того, чтобы выдержать все это.

В терминах этнографии такая установка во взаимоотношениях соответствует определению антропоэмии, противоположностью которой является антропофагия. Людоед пожирает другого человека, чтобы таким образом унаследовать его свойства и воссоединиться с ним настолько это возможно. И напротив, при установке антропоэмического типа, его тошнит от одного вида другого человека, он возбуждает в нем отвращение и желание быть от него как можно дальше.

Проблема жизненного пространства является одной из важнейших в биологии. Каждое биологическое существо должно обладать определенным жизненным пространством. Невозможно выращивать дерево в цветочном горшке, потому что оно может вырождаться или погибнуть. В течение последних лет проводились многочисленные исследования поведения живот-

ных, принадлежащих к различным филогенетическим формам (от низших до высокоразвитых) в условиях ограниченного пространства. В таких условиях животные гибли, переставали размножаться, у них обнаруживались сексуальные аномалии и повышенная агрессивность и т. д.

Определение жизненного пространства человека невозможно свести к установлению конкретных размеров необходимой ему площади в квадратных метрах. Несомненно, что важнейшую роль играет ощущение индивидуального пространства, то есть ощущение пространства, в котором обеспечивается полная свобода перемещения. Ощущение свободы и раскованности в большой мере зависит от характера эмоциональных отношений человека с окружающими. Когда человек находится в обществе людей, которых он любит, его жизненное пространство представляется обширным и в нем он может перемещаться без каких-либо ограничений, проявляя в полной мере свою жизненную активность. В отличие от этого, в чужом для него обществе человек чувствует себя скованно, грустно и тоскливо. Ему хочется бежать от такого окружения.

Ощущение свободы и раскованности не является равнозначным в отношении определения размеров жизненного пространства. Человек может располагать ограниченным пространством и чувствовать себя хорошо, и наоборот, располагать большим пространством, но чувствовать себя скованно (например, в цыганской кибитке или в королевском дворце). Поэтому следует различать два понятия: реальное (физическое) и переживаемое пространство. Физическое пространство не зависит от актуальных переживаний конкретного человека и всегда остается таким, каким и было. В отличие от этого, размеры переживаемого пространства могут изменяться в соответствии с характером переживаний и, особенно, в соответствии с динамикой эмоционально-чувственных установок по отношению к окружению.

Если преобладают положительные ощущения восприятия, то окружающий мир кажется привлекательным, человек испытывает желание слиться с ним, и переживаемое пространство увеличивается в размерах. В таком состоянии человек испытывает радость, его жизненная активность возрастает, себя он чувствует свободным, ничто его не угнетает. В верхней точке проявления установки «к» он испытывает ощущение растворенности в окружающем его мире, образует вместе с ним одно целое. Исчезает граница, отделяющая «Я» от внешнего мира.

Стремление соединиться с окружением вызывает экспансию переживаемого жизненного пространства, связанную с убеждением, что этим пространством является весь мир.

Ситуация становится противоположной, когда преобладают отрицательные ощущения восприятия. Тогда окружающая среда кажется отталкивающей, а у человека появляется желание уничтожить ее или скрыться. Он замыкается в себе, установка аутизма начинает доминировать над установкой синтонизма. Переживаемое пространство становится все теснее, человек ограничивается в своих контактах только теми, кто его не раздражает. Таких лиц становится все меньше, так что в конце концов он остается совсем один, замыкается в себе и чувствует себя одиноким во враждебном окружении. Вследствие стесненности переживаемого пространства его взаимодействие с окружением слабеет, а с ним слабеет и его жизненная активность, что вместе с негативными эмоциями усугубляет ухудшение настроения.

Размерность жизненного пространства тесно связана с чувствами, испытываемыми по отношению к окружению и с актуальным настроением. Обычно трудно определить, какая из этих причин является главной, что является причиной и что следствием. Пониженное ли настроение вызывает отрицательные эмоции по отношению к окружению и усиление ощущения стесненности переживаемого жизненного пространства, или стесненность жизненного пространства вызывает формирование отрицательных эмоций к окружению и ухудшает настроение.

Потребность обладания реальным физическим пространством связана с особенностями процессов энергетического метаболизма, а потребность обладания переживаемым пространством — с особенностями процессов информационного метаболизма. Для того чтобы энергетический обмен осуществлялся без нарушений, живой организм должен обладать определенным физическим пространством, иначе он погибнет от голода. В более стесненных условиях наблюдаются задержки в развитии живых организмов, усиливается взаимная агрессивность и острота борьбы за обладание жизненным пространством, поскольку от этого зависит само существование. В то же время для создания необходимых условий информационного обмена между организмом и окружающей средой принципиальным вопросом становится возможность реализации потребности сближения или удаления от окружения.

Если преобладает установка отношений к окружению типа «от», то автоматически происходит редукция информационного метаболизма. В случае преобладания установки типа «к» метаболизм усиливается. Поэтому для процессов информационного метаболизма более важным является размерность переживаемого пространства, чем реального физического. Человек должен бояться не столько перенаселенности земного шара, сколько собственного страха и ненависти, закономерно приводящих к уменьшению размерности переживаемого пространства.

## **ПСИХИЧЕСКАЯ «ДИСПЕПСИЯ» И НЕВОЗМОЖНОСТЬ САМОРЕАЛИЗАЦИИ**

Современный человек не может пожаловаться на недостаток пищи для процессов информационного метаболизма. Пожалуй ни в одном историческом периоде не было столько интересных событий как сейчас, а развитие представлений об окружающем мире — таким динамичным. И несмотря на это человек чувствует себя тоскливо, испытывает внутреннюю пустоту, страдает от психической «диспепсии», связанной с невозможностью усвоения избыточной информации. Он мечтает о том, чтобы оказаться в иной, более примитивной культурной среде или в другой эпохе. Словом, не обнаруживает интереса к информационному взаимодействию со своей средой вследствие отрицательного к ней отношения. В крайнем случае он прибегает к употреблению наркотиков или галлюциногенов для того, чтобы хоть на мгновение прекратить процессы информационного метаболизма с враждебным для него окружающим миром.

Не существует идеальной модели культуры и, сравнивая различные взгляды культурологов, даже трудно определить, какая из моделей лучше и обеспечивает наиболее благоприятные условия развития личности. Однако можно в достаточно обобщенном виде определить требования, которым должна удовлетворять модель культуры, обеспечивающая наиболее полное развитие личности.

Проблема переживаемого пространства личности была рассмотрена выше. Вторым по своему значению условием является проблема возможности реализации установки «над». Такая установка может трактоваться как естественное свойство человека. Развитие коры головного мозга у человека создает



предпосылки для формирования значительно большего числа новых функциональных структур, чем у животных. Если животным вполне достаточно среды обитания для нормального развития процессов информационного метаболизма, то у человека всегда обнаруживается определенный дефицит необходимых условий. Ему недостаточно одного избытка пищи, ему еще необходимо изменить окружающий мир и навязать ему собственные функциональные структуры.

Даже у людей с наиболее явными свойствами синтонического типа личности (циклотимиков, по определению Кречмера) конкретные установки в плане интеграции с окружающей средой не являются исчерпывающими в отличие от животных, у которых конкретная установка в отношениях с окружающей средой позволяет полностью реализовать возможности их нервной системы. У человека подобным установкам всегда сопутствуют абстрактные установки. Они обеспечивают практически неограниченные возможности создания новых функциональных структур. Человек может без конца мечтать, строить планы и создавать новые концепции.

Проблема в конечном итоге может быть сформулирована следующим образом: в какой степени окружающая среда располагает предпосылками реализации созданных функциональных структур, и в какой степени она позволяет осуществить переход от абстрактных установок к конкретным. Человек не может как животное существовать, руководствуясь только конкретными установками, но он также не может существовать руководствуясь только абстрактными установками. Он должен подобно представителям животного и растительного мира развиваться вместе с окружающей средой (*concrescere*). Он может правда от него оторваться (*abstrahere*), чего не могут животные, но этот отрыв не может быть полным. Только реализация созданных нервной системой функциональных структур дает человеку ощущение действительности, без этого его жизнь была бы чем-то похожим на состояние между фантазией и сном.

Человек проверяется деятельностью. Не имея возможности реализовать свои мечты и планы, он утратил бы ощущение действительности происходящего. В то же время восприятие действительности и окружающего мира было бы гораздо слабее, если бы это ощущение формировалось под влиянием сопротивления, которое оказывает окружение процессу реализации функциональных структур. Окружение, которое не дает

возможности осуществить собственные планы и мечты человека, становится для него чужим миром, враждебным и непонятным. Доходит до того, что этот мир теряет в восприятии человека свою реальность и напоминает скорее кино, чем действительность, и человек в отношениях с ней начинает руководствоваться установками потребителя и наблюдателя, поскольку ему в этом мире нечего делать. Модель культуры, не обеспечивающая возможность реализации установки «над», сдерживает развитие человека, поскольку оно осуществляется в непрерывном взаимодействии с окружением, и человек развивается благодаря тому, что он преобразует окружающий мир, и сам изменяется под его воздействием.

Много факторов влияет на то, что человек в современной цивилизации не может принять установку активного взаимодействия с окружающей средой и вынужден руководствоваться установкой потребителя. Усложнение социально-экономических отношений приводит к тому, что среда, окружающая современного человека, оказывает ему непреодолимое сопротивление и вынуждает его отказаться от желания реализации своей установки «над».

## **АНТИТРАДИЦИОННОСТЬ И АНТИТРАНСЦЕНДЕНТНОСТЬ**

Многочисленность и разнообразие потенциальных функциональных структур, которыми располагает человек, приводит к тому, что ему становится тесно в пределах «здесь и сейчас» (то есть в рамках конкретных установок). Его жизненные интересы выходят далеко за пределы собственной жизни, как в прошлое так и в будущее. Возможность обращения к прошлому связана с культурной традицией. Человек принимает на вооружение уже известные примеры поведения и эмоционального восприятия, благодаря чему приобретает, не прилагая никаких усилий, знания о существующем порядке вещей не менее важные, чем генетически наследуемые представления о биологическом порядке.

С возможностью обращения в будущее связаны трансцендентные свойства природы человека, надежда, что с его смертью не все будет кончено («non omnis moriar»), и что порядок, им созданный, переживет его. Такой порядок становится как будто мифом, придающим смысл жизни и смерти.

Впрочем, нередко случается, что такому мифу посвящается вся жизнь.

Глядя на развитие культуры, испытываешь впечатление, что все значительное в ней, что сохранялось веками, совершенно не связано с конкретикой жизни, а непосредственно порождается трансцендентной тоской, доходящей порой до абсурда. Что, например, принесло человеку сооружение пирамид, строительство святынь, восхитительная резьба, кропотливое изготовление витражей, которые невозможно разглядеть даже вблизи и т. д.? Титанические усилия создателей не были связаны с конкретными целями, с тем, что непосредственно удовлетворяет потребности человека. То, что было воистину великим, не могло поместиться в конкретных установках по отношению к жизни. Более того, все это было чем-то не имеющим практического значения и прямого отношения к человеку, а скорее почвой для абсурда, мифа, не имеющей названия идеи.

Человек в этой деятельности выходил далеко за границы собственной жизни, своего (от сих до сих), обращаясь как к прошлому, так и к будущему. Такой трансцендентный характер культуры имел определенное значение и для жизни индивида, придавал его жизни особый смысл, хотя сама идея, вносящая в жизнь свой порядок, была лишена смысла. Существенным здесь является и аспект веры: она оказывала мобилизующее воздействие на организм не только в психическом, но и в физическом плане. Хорошо известно, что эффективность применения лечебных препаратов в значительной мере зависит от степени доверия к ним (*placebo effect*).

В психотерапии, помимо доверия к врачу, немалую роль играет вера в определенный миф о человеке, который пропагандирует данное направление в психотерапии. Человек, имеющий веру, обладает большей жизненной активностью, чем тот, который ни во что не верит. Кроме эффекта активизации, вера оказывает также организующее влияние на весь мир человека. Она создает определенную иерархию ценностей, благодаря которой человеку легче упорядочить информационный обмен с окружением.

В мире животных такой обмен намного беднее, чем у человека, и полностью соответствует биологической иерархии ценностей. Из окружающей среды воспринимается только информация, имеющая определенное биологическое значение, создаются и реализуются только такие функциональные структуры (участвующие в информационном процессе), которые

имеют биологическое значение для организма. Информационный метаболизм человека намного богаче его биологических потребностей, поэтому биологической иерархии ценностей ему уже недостаточно.

Человек, лишенный культурных традиций, мог бы потерять-ся в информационном хаосе и в хаосе собственных творческих возможностей создания функциональных структур. Подобная проблема информационной дезориентации и хаоса в патологической форме наблюдается при шизофрении. Мифы культуры, благодаря своей эмоциональной содержательности (компоненте веры), играют важную роль как своеобразные иерархические системы ценностей, под влиянием которых упорядочивается информационный метаболизм. Одной из характерных черт человека нашей цивилизации является отсутствие веры. Даже если он не принадлежит к какой-либо религиозной конфессии, то все равно очень часто выбирает миф, чтобы благодаря этому и в такой форме упорядочить свою жизнь и придать ей большой смысл. Таким образом, веру нельзя выбрать, она приходит сама, поскольку важнейшим элементом веры является ее эмоциональная компонента, а чувства невозможно выбрать, они приходят и уходят сами по себе.

Закат мифов приводит к тому, что современный человек остается предоставленным самому себе и намного острее чувствует одиночество, чем человек, принадлежащий другим культурам. Он вынужден самостоятельно устраивать порядок своей жизни и искать в ней определенный смысл. Но очень часто за его усилиями в этом направлении скрывается неверие, ощущение бессмысленности жизни, уверенность в том, что с его смертью все закончится, а также ощущение господствующего как во внешнем, так и во внутреннем мире хаоса, то есть в нем самом. Закат мифов всегда угрожает возникновением новых, нередко еще более абсурдных, чем имеющих многовековую традицию. Действительно, человеку трудно жить в хаосе, руководствуясь агностицизмом, поэтому он может легко поддаться «очарованию» нового мифа, подчас бессмысленного и даже преступного. Подверженность уверениям «лжепророков» является, быть может, самой большой опасностью современной культуры.

Проблема компенсации отрицательных эмоций и возможностей реализации творческих и трансцендентных потребностей, присущих человеку, является, скорее всего, важнейшей проблемой нашей культуры. В настоящее время невозможно

предугадать, каким образом она будет решена, но от этого решения и способа решения зависит возможность выхода из кризиса, переживаемого нашей культурой. Данный кризис, как мы старались показать, отражается на жизни каждого отдельного человека, мешает ему радоваться жизни и в полной мере реализовывать свою жизненную энергию.

См. работу 137.

## ГАММА ЧУВСТВ

### Печаль

Если представление мира переживаний больного шизофренией затруднено вследствие его непохожести на обычный мир человеческих переживаний, то при депрессии трудности его описания связаны со специфическим темным колоритом, закрывающим этот мир, сквозь который можно увидеть только страх и печаль. Но долгом психиатра является необходимость войти в этот мир, и когда его глаза привыкнут к темноте, он сможет разглядеть то, что невозможно было разглядеть в первые мгновенья.

Изменение колорита является, несомненно, сущностью страданий больного. С наибольшей очевидностью данный факт подтверждается в случае циклофрении, когда по непонятным до сих пор для нас причинам происходят колебания жизненной активности, а вместе с ней изменения настроения или колорита жизни. Наблюдая за одним и тем же человеком в стадии депрессии, а позднее — в стадии мании, часто испытываешь впечатление, что имеешь дело с совершенно разными людьми, настолько изменение настроения меняет всего человека.

Для того чтобы понять, насколько представление об окружающем мире изменяется под влиянием настроения, особенно при патологических его изменениях, стоит взглянуть и сравнить картины Гойи, написанные в разные периоды. Одни, написанные в хорошем настроении, наполнены солнцем, их отличает богатство красок и радостная тематика, представляющая развлечения людей, сбор винограда и танцы. Другие — необычно унылы, в них обитают кошмарные чудовища, преобладают сцены насилия и образы, вызывающие отвращение.

Доминирует мрачный колорит и поразительные нагромождения сюжетов мерзости и жестокости жизни («Саргичос»).

При других формах депрессии (то есть, кроме циклофрении) на первый план могут выступать другие элементы переживаний больного, например, агрессивность по отношению к окружению и самому себе, тоска о личных утратах, безысходность, отчаяние и т. д. Тем не менее представляется, что и в этих случаях изменение колорита является наиболее существенной проблемой.

При депрессиях колебания колорита происходят в диапазоне от серого до черного. Интенсивность темных тонов позволяет установить: принадлежит ли еще депрессия области так называемой «малой психиатрии», или ее следует трактовать уже как невроз, или как депрессивный психоз. Установить такие отличия бывает очень трудно и часто для этого требуется дополнительный арбитраж. В зависимости от интенсивности колорита изменяется структура и тематика мира переживаний.

В отличие от острой формы шизофрении, которой свойственно необычайное богатство гаммы чувств, ошеломляющих своей необычностью, при депрессии их можно назвать убогими. Тремя основными «красками» эмоционального мира депрессии являются: печаль, подавленность, а также страх и агрессивность.

### **Подавленность (заторможенность)**

Ослабление жизненной активности проявляется внешне как заторможенность. В первую очередь замедляются наиболее сложные процессы жизнедеятельности организма, требующие наибольших от него усилий, то есть принятия определенных решений. Любое решение становится чрезмерным для ослабленного больного. По мере углубления депрессии замедляются процессы памяти, нарушается ассоциативное мышление и мышление в целом. Больному трудно собраться с мыслями, он не в состоянии решить простейшей задачи: «Дни мои прошли; думы мои — достояние сердца моего — разбиты.» (Библия. Книга Ветхого Завета. Книга Иова. Гл. 17, стих 11).

Речь больного также становится заторможенной, заторможенность речи может перейти в форму мутизма (больной вообще может перестать разговаривать). Движения становятся скованными, тяжелыми и скупыми. Сила тяжести как будто

берет верх над мышечной деятельностью, борющейся с гравитацией: уголки губ и глаз опускаются вниз, силуэт принимает характерную согбенную форму. В отличие от этого, в хорошем настроении у человека сила мышц уверенно побеждает силу тяжести. Далее торможение распространяется на многие вегетативные функции. Затем наступает двигательное беспокойство и даже возбуждение, когда становятся особенно сильными чувства страха и агрессии (*depressio agitata*).

Субъективно заторможенность воспринимается как ощущение подавленности. Некоторые больные убеждены в том, что вес их тела значительно увеличился. Подобные субъективные ощущения тяжести своего тела, очевидно, связаны с настроением. Веселый человек не ощущает веса своего тела, хотя на самом деле он может быть большим. Объективно его движения также отличаются легкостью. Печальный человек ощущает тяжесть своего тела и — несмотря на свой пониженный вес — может утратить легкость движений. Нельзя исключить того, что современная мода на похудение связана в известной степени с общим понижением настроения («здравствуй грусть»).

Чувство тяжести может быть локализовано в отдельных частях тела. Вспомним, например: «тяжело мне на сердце», «чувствую тяжесть в голове», «у меня руки налились свинцом» и т. д. Ощущение тяжести тела обратно пропорционально скорости формирования функциональных структур в сознании. Движения «тяжелой руки» — медленные, и она не в состоянии выполнять сложные мануальные функции. Наоборот, для «легкой руки» нет никакой сложности в выполнении самых трудных двигательных функций. Голова становится «тяжелой», когда мысли задерживаются на одном и том же и невозможно отыскать решение для любой проблемы, и «легкой», когда мысли легко рождаются и легко переходят от темы к теме. На сердце становится «тяжело», когда чувства его переполняют и невозможно от них избавиться.

Отсутствие материалов соответствующих исследований не позволяет нам утверждать, в какой форме проявляется быстрая потеря веса (например, состояние недостаточного веса) на настроение и жизненную активность. Возможно, что космическая медицина располагает сейчас какими-либо данными наблюдений. Кажется, можно предполагать, что такое состояние должно проявляться в форме эйфории (улучшение настроения и рост жизненной активности). Несомненно, что в известной степени этот эффект был использован при лечении с помощью



популярной в прошлом столетии «центрифуги». Последняя применялась с большим энтузиазмом и жестокостью при лечении психических заболеваний, особенно при лечении того, что называлось тогда меланхолией. На карусели люди чувствуют себя обычно молодыми и веселыми, а действие центробежной силы уменьшает ощущение тяжести тела.

## Страх и агрессия

Когда печаль глубока, то ей очень часто сопутствует страх. Это легко понять, поскольку страх часто приходит к нам в темноте: чем сильнее мрак, тем сильнее страх. И чаще всего это необъяснимый страх. Больной сам не знает, чего он боится, но чувствует, что ему что-то угрожает, что его самого и его близких подстерегает какая-то опасность. В этом страхе очень важным является элемент ожидания.

Человек вынужден обращаться к будущему. Организм человека, также как и организмы любых других живых существ, устроен таким образом, что в нем структурно отражается будущее и прошлое. Классическим примером подобных структур являются механизмы генетической наследственности. Поэтому, когда при депрессиях будущее оказывается закрытым стеной тьмы и невозможно разглядеть собственное будущее, потому что все погружается во мрак, то это затрагивает основные законы человеческого существования. Потому что жизнь человека это не только прошлое и настоящее, это — прежде всего — будущее, и нарушение данного закона жизни становится источником страха. Таким образом, по своему генезису это биологический страх.

Если депрессия не очень сильная, то над страхом начинает преобладать агрессия. Эти чувства, как известно, сопутствуют друг другу, но агрессивность требует большей жизненной активности, чем страх, поэтому легче обнаруживается при легких формах депрессии. Агрессивность при депрессиях чаще всего проявляется в форме аутоагрессии — ненависти к самому себе, желания самоуничтожения. В данном случае опять же важную роль играет градиент жизненной активности: агрессия, направленная во внешний мир, требует большей энергии, чем внутренняя агрессивность.

Внешняя агрессивность принимает чаще всего форму отворачивания ко всему миру. Он становится отталкивающим, каждый

контакт с ним вызывает болезненные ощущения, самым желанным становится бегство от него и возможность спрятаться где-нибудь в потаенном уголке. Иногда отвращение к окружающему миру с особой остротой ощущается в утренние часы, когда перед больным открывается перспектива целого дня вынужденных контактов с действительностью.

В зависимости от того, в каком сочетании и с какими цветовыми акцентами смешаны «краски» депрессии, возникают различные картины симптоматических комплексов заболевания. Поэтому, в одних случаях может преобладать печаль или заторможенность, а в других раздражительность, беспокойство, страх и т. д. Кельгольц выделяет целых девять симптоматических комплексов депрессивных состояний: апатии, агрессии и страха, депрессивного ступора страха, ипохондрии, неврастении с вегетативной дистонией (астенично-гиперистерический комплекс, характеризующийся чрезмерной впечатлительностью и ослабленностью), фобийно-ананкастический, бред с нарушением ассоциативного мышления, амнестический и, наконец, комплексы с не описанной в данном случае симптоматикой. Постановка правильного симптоматического диагноза позволяет сделать правильный выбор соответствующих антидепрессантов, поскольку одни лекарства оказывают влияние на настроение, другие на процессы заторможенности, а третьи — на состояния страха и агрессии.

*Осуждение печали.* Тот факт, что печали нередко сопутствует скрытая агрессивность, вероятно, оказывает влияние на формирование негативного отношения окружающих к грустным людям. Наиболее выразительно этот факт подтверждается в американской культуре, в которой достаточно жестко утверждается требование «хранить улыбку» — «keep smiling». И маска улыбающегося лица является обязательным условием успеха при любых социальных контактах. Веселый человек считается добрым, а печальный — злым. Вспоминаются слова Закки (XVII в.) — личного врача папы Иннокентия X: «Gaudet humore melancholica daemon» («Дьявол радуется меланхолии»), — или изречение Св. Терезы: «У некоторых людей меланхолией поведует бес и, таким образом, обольщает их» (цитирую по Зильборгу).

Существует определенная закономерность эмоциональной жизни, основанная на том, что при преобладании светлого колорита доминируют позитивные чувства, а при преобладании

темного — отрицательные. Когда человек весел, весь мир и все люди кажутся ему прекрасными, человек полон к ним доброжелательности и даже любви. Если же он грустен, то и чувства его становятся другими. Существует очевидная корреляция между чувствами и настроением. Если преобладают положительные чувства, то настроение улучшается, а если преобладают отрицательные чувства — ухудшается. Установить, что является первичным — изменение настроения или изменение эмоциональных установок по отношению к окружению — часто бывает невозможно.

Моральные оценки окружающих неоднозначны по отношению к настроению и к чувствам. Негативное эмоциональное отношение к окружающим вызывает их ответную реакцию в форме осуждения данного человека. Это является своего рода самообороной: «Раз ты нас не любишь, значит ты плохой». Таким образом социальная группа стремится укрепить свои эмоциональные связи. Отрицательные чувства, ослабляющие эти связи, решительно осуждаются.

В то же время пониженное настроение обычно находит у окружающих сочувствие: «Отчего ты грустен? Что с тобой? Не болен ли ты?». Однако внутренняя корреляция, существующая между эмоциональными установками и настроением, обуславливает возможность переноса моральной оценки также и на настроение. Тотчас приметы печали становятся «стигматами дьявола». Но не во всех культурных слоях существует негативное отношение к печали, часто она воспринимается как атрибут мудрости, глубокомыслия, вдохновения и т. д.

## **ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЧУВСТВЕННАЯ КОРРЕЛЯЦИЯ И ЧТО ПЕРВИЧНО?**

В психиатрической практике установление корреляции между настроением и чувствами вызывает нередко большие трудности, поскольку необходимо оценить с разных сторон, что же является первичным: изменение чувств или изменение настроения. А это, как уже выше отмечалось, не всегда представляется возможным. От результатов выбора альтернативы зависит и выбор формы обращения с больным. Если причиной пониженного настроения являются отрицательные эмоциональные установки к окружению, то лече-

ние должно быть направлено на то, чтобы уменьшить силу отрицательных эмоций и изменить эмоциональные установки. Если же первичным является изменение настроения, то легче всего улучшить его с помощью фармацевтических средств.

Корреляция между эмоциями и настроением непосредственно связана с проблемой этиологии настроения. Впрочем, если настроение можно определить как субъективное ощущение жизненной активности, то его зависимость от внутреннего (эндогенного) состояния организма представляется очевидной. Чувства являются, во-первых, субъективным отражением принципиальных эмоциональных установок по отношению к внешнему миру, а во-вторых — выражением принципиальных установок по отношению к самому себе. Таким образом, чувства находятся в большей зависимости от характера отношений организма с окружающей средой (являются более эндогенными), чем настроение.

Колебания настроения имеют свой собственный эндогенный ритм, независящий или зависящий в незначительной степени от окружающей среды. В целом, как уже говорилось, бывает трудно разделить влияние двух этиологических факторов, определяющих изменчивость настроения: эндогенного и экзогенного. Изменение настроения является субъективным отражением всего того, что происходит внутри организма и в его отношениях с окружением. Такую сложную целостность нелегко разбить на составляющие. Поэтому ответить на так часто задаваемый вопрос: «Почему ты грустишь?», — бывает иногда просто невозможно. А если же удастся отыскать ответ, то он нередко оказывается искусственной этиологической конструкцией (*ad hoc*).

Попытки отделить настроение от эмоций являются заведомо надуманными. Не лучше ли дать этим двум понятиям одно общее наименование — эмоциональный колорит? Независимо от генезиса депрессии ее главной чертой является темный колорит. Темнота царит как внутри, так и снаружи. И окружающий мир становится таким же темным и мрачным, каким воспринимает свое состояние больной.

## ТЕМНОТА

### Ритм дня и ночи

Что такое темнота? С точки зрения биологии темнота является антитезой жизни. Жизнь на нашей планете связана прежде всего с Солнцем. От него растения черпают энергию, необходимую для жизни и, в свою очередь, сами становятся источником энергии для остальных живых существ. В животном мире Солнце также становится обязательным условием жизненной активности и роста. Существуют, правда, животные, активность которых возрастает по ночам или живущие в темноте. Тем не менее, в целом цикличность сна и бодрствования непосредственно связана с ритмом смены дня и ночи.

В человеческой психике ритм смены дня и ночи связан не только с основным ритмом сна и бодрствования, но и с характером отношений с действительностью. При солнечном свете дня действительность воспринимается как нечто светлое, рациональное, с чем возможно установление логичных взаимоотношений. Ночью окружающая действительность становится темной, вызывает ощущение угрозы извне. Пустота мрака заполняется порождениями фантазий и чувств, а отношение к действительности приобретает явно иррациональный характер. Наверное, наиболее удачно дал определение этим двум формам отношений с действительностью Ницше, рассуждая о двух направлениях развития культуры: о традициях культа Аполлона и культа Диониса. С точки зрения психоаналитика ночь является областью бессознательного, а день — сознательного.

### Психотическое пространство

Основным свойством темноты является то, что в ней исчезают краски и контуры действительности. Их место заполняется темной пустотой, но поскольку природа не терпит пустоты (*natura horret vacuum*), то она наполняется порождениями внутреннего мира человека. Поэтому темное пространство всегда является психическим пространством. В него переносится все то, что скрывается в глубине души человека и становится его «нереальной действительностью».

Примером подобного физиологического психоза являются сонные фантазии человека. Степень отрыва от действительности

ти прямо пропорциональна темноте. Контуры предметов в сумерках изменяются, обычно увеличиваясь в размерах, а в полной темноте приобретают совершенно новые формы, нередко ничего общего не имеющие с действительностью. Аналогичные явления можно наблюдать во время депрессии. При легких формах депрессии незначительные проблемы приобретают патологические, большие размеры, а при глубоких депрессиях в сознании возникают болезненные конструкции, часто ничего общего с действительностью не имеющие.

Интенсивностью темных тонов в общем колорите действительности определяется граница между неврозом и психозом. Депрессивные сумерки соответствуют уровню невроза, а депрессивная тьма соответствует психозу. В состоянии психической депрессии в темном пространстве оказываются все тайные чувства и порождения души большого: страх, агрессивность, чувство вины и т.д. Различия восприятия психического пространства при шизофрении и депрессии скорее всего определяются уровнем жизненной активности.

В состоянии депрессии жизненная активность ослабевает. Угасает интерес к жизни, все погружается в сумерки и границей этого мира становится смерть. При шизофрении, особенно на ее ранних стадиях, жизненная активность часто становится патологически высокой. Это мрак бури, который освещается вспышками озарений, экстатических состояний и т.д. Темнота возникает здесь вследствие полного ухода от света дня. Такой уход от действительности дня может быть следствием аутизма, как это бывает при шизофрении, или нарушений сознания, то есть нарушений ритма дня и ночи, как это наблюдается при психоорганических комплексах и при эпилепсии.

Человек обычно погружается в эту темноту во время сна и тотчас происходит уход от действительности. Правда интенсивность информационно-энергетического обмена в этот период понижается до минимума, однако жизненная активность не уменьшается, или уменьшается, но не в такой степени, как во время депрессии. Переживания большого во время сна, например, эротического содержания, ощущений страха и агрессивности и т. д. — свидетельствуют даже о повышении жизненной активности.

## **Одиночество ночи и всеобщность дня**

Переживания дня как бы укладываются в рамки определенных норм: то, что им не соответствует, обычно подавляется. Ясность дня является ясностью определенного порядка — общего для всех людей, поскольку Солнце светит одинаково для всех. «Мир для всех» («*koinos kosmos*») может возникнуть только при солнечном свете дня, потому что ночью открывается в человеке наиболее интимное и личное: желания, страхи, экстаз и т.д. Одиночество принадлежит ночи, как всеобщность принадлежит дню. Поэтому традиция культа Диониса отличается большей динамичностью и оригинальностью, чем традиция культа Аполлона. Ночь несет с собой нечто безумное и непредсказуемое. В ночи происходит встреча с пределами действительности, соединение с мраком и смертью, свидание с предметом любви. Благодаря близости с ними человек спасается от глубокого одиночества, которое ночью воспринимается особенно остро.

Если напряженность депрессии невелика, то в сознании царят сумерки, в нем нет полной темноты, и еще существует возможность сохранить структурные отношения и содержание дневной жизни. Такие депрессии воспринимаются окружающими как невротические. При депрессиях такого вида люди еще остаются в пределах общего мира, в котором одно Солнце светит для всех. Когда же наступает ночь, мир больного перестает быть частью всеобщего, он становится отдельным и интимным миром, в котором действуют другие законы, в котором открывается бессознательное и в котором человек теряет связь с другими людьми, за исключением возможности переживания экстаза любви или проявления крайней агрессивности.

## **Физиологические основы двух ритмов (бодрствования-сна и жизненной активности)**

Ритм смены дня и ночи является главным жизненным ритмом на нашей планете. В соответствии с ним устанавливается ритм информационно-энергетического метаболизма с окружающей средой. С ним переплетается ритм жизненной активности (ритм смены времен года), от которого зависит

общий эмоциональный колорит переживаний человека. Несмотря на интенсивные исследования в данной области, мы до сих пор еще не знаем какие биохимические и нейрофизиологические механизмы лежат в основе двух главных ритмов человеческой жизни: ритма бодрствования-сна и ритма жизненной активности.

Многое указывает на то, что у человека и высших животных управление ритмом бодрствования-сна осуществляется ретикулярной формацией головного мозга (*formatio reticularis*), а ритмом жизненной активности управляет промежуточный мозг, в первую очередь его подбугровая область, совместно со зрительными буграми.

Биохимические исследования позволили выделить вещества, которое повышают или понижают проводимость нервных синапсов. Что касается более глубоких эффектов действия данных веществ, то они могут: повысить жизненную активность и тем самым способствовать улучшению настроения (тимолептики), ослабить информационный метаболизм (нейролептики и атарактики) или усилить его (дислептики — галлюциногены).

В модели жизнедеятельности клетки ритм жизненной активности, очевидно, морфологически связан с митохондриями, они таким образом, являются «энергетическими станциями» клетки, в них происходит синтез и накопление основных энергетических носителей (АТФ и АДФ). Близкий этим процессам ритм дня и ночи (периодических изменений интенсивности информационно-энергетического метаболизма) вероятно связан с проницаемостью мембраны клетки, регулируемой ее ядром. Но он также в значительной степени зависит от деятельности митохондрий, которые выполняют функции управления энергетическим потенциалом клетки.

Данная модель, которая, очевидно, будет еще совершенствоваться по мере углубления наших цитологических знаний, позволяет нам понять, что упомянутые выше ритмы оказывают влияние уже на самые низкие уровни живых структур и, таким образом, становятся интегральной компонентой любых жизненных процессов. Человек, как любое живое существо, также подчиняется этим ритмам и не может освободиться от их власти. Человек, склонный к логическому мышлению, нередко с поразительной дотошностью пытается отыскать причины изменчивости эмоционального колорита, забывая о его эндогенном ритме.



## Эволюция внутренней и внешней активности

Логическое мышление связано с привычной для нас формой воздействия на окружающий мир: «Действую и наблюдаю эффект своей деятельности». Таким образом, формируются причинно-следственные отношения. Данный подход применительно к миру переживаний часто оказывается ошибочным, поскольку существует большое различие между возможностями человеческой деятельности по отношению к окружающему миру и возможностями этой деятельности по отношению к внутреннему миру. Эволюция активности в мире животных сосредоточена на ее внешних формах, то есть на таких, которые влияют на положение животного относительно окружения. Внутренняя активность, то есть направленная на обеспечение сохранения внутренней целостности организма, заметно отстает в эволюционном развитии от внешней активности.

С наибольшей очевидностью это различие проявляется у человека, уровень развития внутренней активности которого соответствует высшим млекопитающим, а внешняя активность, особенно речь, намного опережает их развитие. Во внутренней активности преобладают традиционные функциональные структуры, эффективно действующие и давно доведенные до автоматизма. Внешняя активность требует больших усилий, субъективно воспринимающихся как проявление воли. Внутренняя активность, близкая к автоматизму, такого усилия не требует, и акты воли не играют в этом никакой роли.

Эмоциональный колорит в значительной мере зависит от внутренней активности, то есть от того, что происходит в самом организме. Правда, на колорит также оказывают влияние внешние условия, но это воспринимается как реакция целого организма. Последняя связана с усилением или ослаблением жизненной активности, что субъективно отражается как изменение настроения или изменение ориентации в отношениях с окружающим миром (установки «к» или «от»), что в свою очередь воспринимается как изменение эмоциональных установок.

Как изменения настроения, так и смена чувств сопровождаются целым рядом физиологических и биохимических изменений в организме, а также изменениями состояний мышечно-двигательного аппарата (напряженности мышц, быстроты движений, позы тела), практически не зависящими от волевого усилия (также как и наши чувства и настроение). В то же время

внешняя активность, оказывающая непосредственное влияние на преобразование окружающего мира и которая в максимальной степени проявляется в развитии мануальных способностей и речи, зависит от воли человека. Такая активность постоянно изменяется по форме и содержанию, отражая особенности эволюционного развития человека. Субъективным выражением этого вида активности являются мысли, планы, мечты, акты воли. По отношению к ним в области ясного сознания возникает ощущение возможности управления. Очевидно, что все эти явления не могут быть не зависящими от настроения и чувств, которые как бы являются для них фоном.

С точки зрения анатомии скачок в эволюционном развитии человека, каким стало появление вида *Homo sapiens*, связан с развитием *neocortex* (коры головного мозга). Она обеспечивает возможности создания все новых и новых функциональных структур. Эти структуры связаны с функциями анализа сигналов, приходящих из внешнего мира, и с созданием различных форм двигательных реакций. Причем, как уже говорилось, развитие данных форм движения сосредоточено на развитии мануальных способностей (прежде всего наиболее развитой правой руки) и человеческой речи, поскольку эти функции оказывают наибольшее влияние на окружающий мир. Таким образом, в этой сфере осуществляются процессы новообразования.

На низших уровнях филогенеза нельзя найти такого богатства возможностей функциональных структур. Отношение к окружающему миру здесь отличается большей стереотипностью и в значительной степени сводится к автоматическим процедурам. Трудно определить, в какой степени такие действия осознаны, поскольку наши представления о мышлении у животных являются только гипотетическими.

У человека сознание сосредоточено на его отношениях с окружающим миром, а особенно, на тех формах взаимодействия с окружением, которые являются новыми и поэтому требуют активного участия всей нервной системы. То, что является известным, закрепляется как автоматическая функция и осуществляется почти бессознательно. Таким же образом механизмы интеграции внутренних функций организма, получившие у нас наименование внутренней активности, являясь старше в филогенетическом отношении, не требуют активного участия всего сознания, за исключением «аварийных» ситуаций, когда нарушается выполнение автоматических функций и

необходима мобилизация возможностей всего организма. Сигналами тревоги в этом случае являются страх или боль.

В антиномии дня и ночи внешняя активность связывается прежде всего с дневной активностью, а внутренняя — с переживаниями ночи. Активность, обращенная во внешний мир, требует ясного сознания, а внутренняя активность, как уже говорилось, осуществляется преимущественно на уровне бессознательного. Если же связанные с ним переживания затрагивают сознание, то они оказываются сумеречными, неопределенными и таинственными. Поэтому справедливо в данном случае говорить о темных областях сознания.

В общих чертах данную проблему можно было бы представить рассматривая нервную систему как барьер, отделяющий внутреннюю среду организма от внешней среды (нервный эктодермис). Среди пограничных функциональных структур можно выделить те, которые участвуют во взаимодействии с внешней средой (во внешней активности), и те, которые участвуют во взаимодействии с внутренней средой организма (во внутренней активности). В субъективном восприятии то, что относится к наиболее индивидуальному, интимному и специфичному, связывается с внутренней активностью. Она является физиологической базой нашего настроения, чувств, желаний и т. д. В отличие от этого, внешняя активность связывается с возможностями манипуляций над окружающей средой (установка «над»). Поскольку такая активность наиболее тесно связана с окружающей средой, то для нее характерно проявление закономерностей, свойственных данной среде. Поэтому в субъективном восприятии внешняя активность никогда не может быть сугубо индивидуальной, интимной и специфичной, поскольку она должна подчиняться закономерностям сопредельного мира.

4

## **Осцилляции ритма смены дня и ночи**

Независимо от ритма смены дня и ночи продолжается жизнь, а вместе с ней и ее переживание как психологический аспект жизни. Невозможно нарушить непрерывность процесса переживания. Однако он имеет различный характер днем и ночью. Характер переживаний изменяется в зависимости от состояния сознания и настроения. Такая осцилляция связана с различными процессами: протекающими в светлых областях сознания и подчиняющимися законам логики (поскольку данное

пространство является общим для всех людей), и с процессами, протекающими в темных, наиболее личных и интимных областях сознания (где царят страсти, угнетенные чувства и фантазии). Граница дня и ночи не может быть строго определенной. В области ясного сознания существуют элементы темного пространства и, наоборот, в сонных фантазиях можно отыскать фрагменты светлого. Наша эмоциональная жизнь, хотя и зависит от событий, происходящих в светлом пространстве сознания, генетически связана с темным пространством подсознания, берет свое начало во мраке ночи, определяющем ее индивидуальный и интимный характер.

Если какие-либо события, находящиеся в светлом пространстве сознания, вызывают те или иные чувства или настроения, то они увлекают за собой и отдельные фрагменты темного пространства подсознания. Поэтому никогда жизнь человека не происходит в полном блеске дня, всегда на нее падает тень ночи. Психические элементы, являющиеся компонентами темного пространства, приходят к человеку вместе с настроением и сильными чувствами. Человеческий рационализм — это только тонкая наружная оболочка, под которой скрываются таинственные силы царства ночи. Отсюда возникает так часто встречающееся несоответствие между определенными ситуациями и связанными с ними чувствами и настроением. Поэтому иногда бывает трудно понять как свои, так и чужие чувства и настроение. В светлых областях сознания непрерывно формируются причинно-следственные связи и логическая структура окружающего мира, поскольку глаза человека всегда обращены к внешнему миру и участвуют в процессе взаимодействия с ним. Однако внутри человека царит мрак.

Мы до сих пор не сумели поместить царство ночи в логические структуры, поэтому нас нередко поражает и ошеломляет его необычность и иррациональность. Неизвестно, в какой степени познание облегчает управление уже познанным объектом. На допущении данной ситуации построена вся прикладная наука. Познав что-либо, мы надеемся, что сможем этим управлять. Возможно, что более глубокие знания законов, которым подчиняется наша эмоциональная жизнь, позволят нам лучше управлять ею. Пока же в этом вопросе больше темноты, чем ясности.

Психические элементы депрессии берут свое начало прежде всего в уходе от света дня. В состоянии депрессии обнаруживаются элементы ночи, которые обычно в состоянии бодрство-

вания неизвестны. Смерть манит миражом покоя, конца всего, тайной небытия, возможностью снятия агрессивности в отношении к самому себе. Из темноты всплывают уже давно забытые проступки и приобретают формы кошмаров, большого угнетает ощущение собственной греховности. Мелкие заботы повседневности во мраке вырастают до гигантских размеров и превращаются в непреодолимые трудности. Будущее обращается в черную стену и не остается иного выхода кроме смерти. Больной живет предчувствием катастрофы, нередко угрожающей и его близким, что становится распространенным мотивом самоубийств.

«Автопортрет» становится черным. Ничто не нравится больному в самом себе. Он кажется себе глупым, подлым, ни к чему не способным, ненавидит себя и охотнее всего сам себя уничтожил бы. Образ окружающего мира также становится темным. Люди, живущие в другом, светлом мире, раздражают своим глупым смехом, своими фальшивыми масками. Как пустая забава раздражают краски жизни, кажущиеся искусственными, под которыми больной ощущает темноту ночи. Темнота может сгущаться вокруг больного, подавляя деятельность его организма. Он чувствует себя похудевшим, слабым, болезнь его терзает, у него меняется внешность. Нередко его самого поражает вид собственного постаревшего лица и тела. Если депрессия протекает в легкой форме, то больной ищет помощи у врача-терапевта, а если в тяжелой — отказывается от нее, уверенный, что скоро умрет.

### **Ритм жизненной активности (времена года, воскресение и смерть)**

Вследствие того, что цветовая палитра психозов при депрессиях сохраняет только темные краски, общий колорит становится беднее и нет в нем той силы и непредсказуемости, как при шизофрении. Темный спектр колорита депрессии связан прежде всего с ослаблением жизненной активности.

Ритм жизненной активности можно было бы сравнить с ритмом смены времен года. Жизненная активность меняется в течение жизни. Она бывает наибольшей в начальных периодах развития, а затем постепенно ослабевает, так что в старости довольно быстро снижается к нулевому уровню, то есть к смерти. Колорит изменяется в соответствии с этой динамикой. Он богат, пока

высока жизненная активность, тускнеет, когда она ослабевает, так что в конце жизни уходит в спектр черного и серого.

Как уже упоминалось, ритм смены времен года является проекцией ритма смены дня и ночи в течение всей жизни. Весна — молодость — утро жизни, лето — возраст зрелости — разгар дня, а осень — старость — вечерний закат жизни. Зимой можно было бы назвать ночью смерти. В ритме смены времен года депрессии более всего соответствуют поздняя осень и зима. Человек чувствует себя старым и измученным, чувствует приближение смерти, жизнь теряет свой колорит и становится серой, голой и ветхой.

Известный во многих религиях миф о воскрешении и смерти (до сих пор укрепляющий веру людей в свое бессмертие или хотя бы в бессмертие собственных идей и убеждений) передает распространенное представление о вечности жизни, отражением которой становится неизменный ритм смены времен года. Одной из важнейших черт жизни является постоянный процесс строительства и разрушения, относящийся также к энергетическому и информационному метаболизму. Одни функциональные и морфологические структуры исчезают, чтобы на их месте появились новые.

Этот своеобразный ритм воскрешения и смерти является настолько привычным, что мы его не замечаем. Иногда только по прошествии времени, в ретроспективе мы оказываемся в состоянии оценить происшедшие изменения и нередко не можем узнать самих себя: «Неужели это был я, неужели я так выглядел и думал?». Хотя в то же время хорошо понимаем, что несмотря на совершенно другой внешний вид, мы по-прежнему остаемся теми же самыми людьми. Ощущение подобия сохраняется (я по-прежнему остаюсь сам собой) и в то же время изменяется (я теперь не такой как раньше). В этом проявляется свойство изменчивости неизменного и их диалектика.

Тем не менее в нашей жизни бывают мгновения, когда мы испытываем ощущение смерти прежнего человека, необходимой для того, чтобы мог родиться новый. Происходящая в человеке перемена может оказаться слишком значительной и внезапной для сознания. Человек может быть этим потрясен. Он как змея сбрасывает старую кожу для того чтобы вместо нее обрести новую. Во многих религиозных культурах змея была символом жизни, и может быть поэтому со временем стала символом врачебного искусства. Змея является символом характерного для живой природы обновления.

Момент смерти одной формы и рождения другой во многих культурах как бы сознательно подчеркивается: например, обряд инициации,\* во время которого «умирает» ребенок и рождается мужчина; обряд свадьбы, во время которого девушка становится женщиной. Кандидат на звание знахаря-колдуна подвергается многим испытаниям, после которых он должен стать как бы новым человеком, наделенным магическими силами. Психология процесса посвящения связана с ощущением смерти прежнего человека и рождения нового.

После тяжелых соматических заболеваний, после того как проходит острая фаза психоза или после тяжелых переживаний человек нередко испытывает ощущение, что заново родился. Старое в нем умерло для того чтобы могло родиться новое. В большем масштабе (социальном) это явление обнаруживается во время войн, революций и других социальных катаклизмов с массовым кровопролитием. В таких условиях людей утешает обычно надежда, что тяжелые кровавые муки и жертвы не окажутся напрасными, и после войны или иных форм истребления людей наступит новая, лучшая эра — эра справедливости и мира. Очень ярко проблема воскрешения и смерти обнаруживается в психопатологии шизофрении. Старые формы бытия оказываются разрушенными, поскольку в них больной себя чувствовал слишком тесно. Ему хотелось бы стать другим человеком: новым, свободным, ощущающим собственную избранность, лучшим, сильнейшим (ощущение божественной мощи) и т. д. Обычно это ему не удается, и вместо того, чтобы начать новую жизнь, он все глубже погружается в атмосферу смерти (бездеятельности, социальной деградации), в чем, к сожалению, ему нередко помогают сами психиатры. Иногда больному удается создать новые формы социальной жизни (*schizophrenia paradoxalis socialiter fausta*). В последние годы обращалось внимание на возможность использования склонностей к перевоплощению (воскрешению) при лечении шизофрении. Такой подход указан, например, в так называемой концепции социотерапии «villa 21» Дэвида Купера.

См. работы: 131, 139, 143, 166, 265, 494, 495.

---

\* инициация (от лат. *initiatio*) — совершение таинств в первобытном обществе, связанное с переходом от юности к взрослой жизни. Пережитки инициаций — обрезание в иудаизме и исламе, у христиан — крещение.

## Некоторые симптомы понижения жизненной активности

### *Трудности принятия решения*

Понижение жизненной активности проявляется в первую очередь как проблема принятия решения. Принятие решения в системах с саморегулированием требует наибольших энергетических затрат. Для печального человека все становится трудным, чрезмерным для его сил. Мелкие заботы превращаются в большие проблемы. Это нагромождение трудностей, характерное для каждого вида депрессии, возникает потому, что больной не в состоянии выбрать соответствующую форму взаимодействия с окружением и его ошеломляет сама необходимость выбора. Доходит до того, что даже автоматические функции организма требуют от него усилий для принятия решения. Больной сомневается, стоит ли подниматься с постели или остаться в ней, бриться или не бриться и т. д. Каждое действие становится проблемой. Поэтому по утрам больной в состоянии депрессии обычно чувствует себя хуже всего: ему тяжело начинать день, его угнетает множество забот, требующих решения.

### *Чувство возраста*

Жизненная активность взаимосвязана с субъективным ощущением возраста. Радостный человек чувствует себя молодым, а печальный — болезненно ощущает свою старость. При депрессии обнаруживается много психологических черт, характерных для старости, таких как ощущение близости смерти, склонность к подведению итогов жизни, преобладание прошлого над будущим (при глубоких депрессиях будущее вообще перестает существовать), чувство усталости от жизни, ослабление информационного метаболизма (а при глубоких депрессиях — и энергетического) и т. д. В состоянии депрессии изменяется структура времени: протяженность будущего сокращается, а при глубоких депрессиях вообще перестает существовать, поскольку будущее обращается в ничто — в смерть.

Так и в старости: от будущего остается немного и человека ждет только смерть. Правда пожилой человек обычно пытается спастись от сознания ожидающей его смерти, занимаясь раз-



ными мелкими делами, тем не менее объективная реальность напоминает о себе самым жестоким образом как неотвратимость конца бытия. При депрессии угроза смерти объективно отсутствует, однако возникает ощущение ее близости. Отрезок будущего на шкале времени при депрессии настолько сокращается, что остается только одна точка — смерть. В то же время отрезок времени, принадлежащий прошлому, пропорционально увеличивается. При этом в прошлом приобретают особую яркость моменты, отягощающие сознание. Больной в состоянии депрессии перегружен своим прошлым, у него нет перед собой будущего, которое смогло бы уравновесить груз перенесенных поражений.

### *Ослабление информационного метаболизма*

Ослабление жизненной активности охватывает в целом все функции организма прежде всего те, которые являются самыми сложными и наиболее молодыми в филогенетическом и онтогенетическом развитии, то есть функциональные структуры, связанные с информационным метаболизмом. В состоянии депрессии мышление становится тяжелым, больного не покидают неприятные мысли и от них невозможно отвлечься. Теряется способность создания новых функциональных структур, а концептуальная и творческая деятельность становится вообще невозможной. Больной может в лучшем случае ограничиться наиболее рутинной интеллектуальной деятельностью, не требующей больших умственных усилий.

При тяжелых депрессиях даже такого рода деятельность становится невозможной. Мыслительные способности притупляются, все вокруг становится серым и бесцветным, сознанием воспринимаются только неприятные события. В связи с ослаблением процессов перцепции ослабевают также способности к созданию в памяти новых записей информации. Больной жалуется, что ничего не помнит и все забывает, что у него в голове пустота, где гнездятся одни только черные мысли.

Как уже говорилось, ослаблению жизненной активности непосредственно сопутствует нарушение процесса выбора альтернатив среди функциональных структур, поскольку принятие решения является действием, требующим наибольших энергетических затрат. В состоянии депрессии даже простейшие решения, обычно не требующие никаких усилий и

происходящие скорее на уровне подсознания (такие, например, как решения, связанные с повседневной деятельностью и выполняющиеся почти автоматически), становятся трудными и требуют максимальной мобилизации организма. Иногда у больного все силы, необходимые для принятия решения, оказываются сосредоточенными на одном — последнем решении — «Жить или не жить?» Все его мысли кружат вокруг этого вопроса.

Процессы, связанные с информационным метаболизмом, в состоянии депрессии затормаживаются пропорционально глубине развития депрессии. Усвоение информации, создание новых информационных записей в памяти, формирование новых функциональных структур, сравнение и выбор альтернатив, а также их реализация — все это происходит как при замедленной проекции кадров фильма. Движения становятся тяжелыми и заторможенными, в крайних случаях можно столкнуться с полной обездвиженностью (*stupor melancholicus*). Иногда, когда психические элементы (ритм смены дня и ночи) берут верх над элементами жизненной активности (ритм смены времен года), течение депрессии становится особенно бурным и нередко страх проявляется в большей степени, чем печаль. Это вызывает двигательное возбуждение (*depressio agitata*).

При тяжелых депрессиях понижение жизненной активности проявляется не только в информационном, но и в энергетическом метаболизме. Обмен веществ замедляется, температура тела понижается, наблюдается дискинезия пищевода (отсюда характерные для депрессии запоры), иногда даже нарушается кровообращение. Происходят биохимические изменения в организме, что является предметом продолжающихся исследований, однако полученные результаты не позволяют принять убедительную концепцию.

Нарушается также ритм бодрствования и сна. Если подойти к данной проблеме сугубо теоретически, то можно предположить, что сон должен преобладать над бодрствованием, поскольку сон — это отдых организма, и жизненная активность в таком состоянии уменьшается. Теоретические предположения, впрочем, совпадают с ощущениями больного, который нередко мечтает о том, чтобы заснуть и уже никогда не просыпаться. Но только в редких случаях действительность подтверждает теорию о том, что страдающие депрессией спят значительно больше, чем здоровые люди. Преимущественно все происходит наоборот: как правило, подобные больные

страдают бессонницей и часто она является первым симптомом депрессии.

Своеобразный характер бессонницы позволяет отличить эндогенную депрессию (а, значит, связанную с патологической осцилляцией жизненной активности) от нервной депрессии. Поскольку при неврозах большой чаще всего не может заснуть, то в отличие от этого при эндогенных депрессиях просыпается очень рано (часто спустя 2—3 часа сна) и остаток ночи проводит в бессоннице, угнетаемый дурными мыслями, которые ночью становятся особенно докучными. Нет ничего удивительного в том, что утром он встает совершенно разбитый.

Сон требует расслабленности. При неврозах больной не может заснуть, потому, что все время испытывает напряжение, беспокойство активизирует деятельность организма и нарушает режим сна и бодрствования. В состоянии депрессии страх наряду с пониженным настроением является основной компонентой в колорите эмоционального состояния. Мешающий заснуть страх в какой-то мере ослабляется упадком жизненной активности (последнее обстоятельство казалось бы должно помочь заснуть). Однако вполне вероятно, что в течение ночи страх будет усиливаться и может вызвать раннее пробуждение. Свидетельством этого могли бы стать кошмарные сны, часто терзающие больных депрессией. Случается тем не менее что обнаруживается отрицательная корреляция между содержанием жизни наяву и содержанием сонных фантазий. В таких случаях в состоянии депрессии день воспринимается как кошмар, а сновидения бывают скорее приятными. Иная картина наблюдается при маниакальном состоянии: день приносит радость, а ночью больного мучают кошмары.

Проблема нарушения ритма сна и бодрствования до сих пор еще недостаточно познана для того чтобы надлежащим образом объяснить характерное для эндогенных депрессий раннее пробуждение больных.

## **НЕВРОТИЧЕСКИЙ ИЛИ РЕАКТИВНЫЙ КОМПОНЕНТ**

### **Опасности взаимодействия с окружением**

Представляя колорит депрессии как результат наложения двух ритмов — смены времен года и смены дня и ночи, рассмотрим отдельно невротическую или реактивную компо-

ненту, играющую в некоторых формах депрессии очень важную роль. В отличие от ритмов смены времен года, а также дня и ночи, связанных с биологической природой человека и потому являющихся более эндогенным фактором, невротическая или реактивная компонента возникает вследствие нарушения процессов взаимодействия организма с окружающей средой. В таком взаимодействии нельзя избежать влияния элементов потенциально вредных для организма, поскольку в природе не существует условий среды, влияющих на развитие организма только положительно.

Среди отрицательных факторов влияния среды следует выделить физические и психические. Первые имеют отношение прежде всего к энергетическому метаболизму, а вторые — к информационному. К неблагоприятным физическим факторам следует отнести, например, разного рода механические и химические травмы, вирусные и бактериологические инфекции и т. д., нарушающие процессы энергетического обмена в организме. Косвенно они влияют и на информационный обмен. Человек, страдающий соматическим заболеванием, обычно находится в пониженном настроении, отказывается от контактов с окружающими (что снижает интенсивность информационного метаболизма), испытывает страх (биологический страх) и т. д.

Психические травмы можно рассматривать как сигналы или совокупность сигналов, поступающих из внешней среды и нарушающих обычный порядок информационного обмена. С одной стороны, уменьшается интенсивность обмена, а с другой — этот процесс подвергается характерным искажениям, для которых свойственно постоянное повторение одних и тех же патологических функциональных структур, не адекватных условиям окружающей среды. Вследствие полученных психических травм нарушаются также интегративные функции нервной системы, что субъективно воспринимается как толчея мыслей, хаос в голове, неспособность к мышлению, ослабление памяти и т. д.

Нарушение процессов информационного метаболизма отражается на процессах энергетического метаболизма. При этом следует отметить, что оба типа метаболизма тесно взаимосвязаны друг с другом. Информационный метаболизм является как бы предшественником энергетического метаболизма. Информационный метаболизм затрагивает не только процессы взаимодействия организма с окружающей средой,

он также реагирует на сигналы о внутреннем состоянии организма. Таким образом, воздействие каждого внешнего раздражителя отражается на функциях всего организма, и наоборот, деятельность внутренних органов отражается на процессах информационного обмена с окружающей средой. Такое принципиальное для медицины определение системной сущности психофизиологических процессов приводит к выводу о взаимозависимости обоих типов метаболизма.

Психическая травма отражается, таким образом, не только на характере взаимодействия организма с окружением, но и на деятельности внутренних органов. Как правило, такая травма вызывает вегетативно-эндокринную мобилизацию организма, отрицательно влияющую на деятельность отдельных органов человека вплоть до возникновения психосоматических заболеваний.

### **Классификация психических травм**

Классификация психических травм является необыкновенно трудной задачей. Характер взаимодействия каждого человека с окружением является сугубо индивидуальным, и психические травмы у каждого человека отличаются своей спецификой. Для того чтобы точно оценить последствия перенесенной психической травмы необходимо знать всю историю жизни данного человека во всех подробностях, и кроме того, проанализировать генетические аспекты его конституции. Одна и та же травма может быть связана с различными последствиями для личности шизотомического, психастенического или циклотимического типа. История жизни данного человека может объяснить его повышенную чувствительность к травмам определенного рода, например, затрагивающим болезненное самолюбие (болезненные амбиции), отношения зависимости, эротические привязанности или утрату предмета любви. Иногда можно говорить о своеобразной психической «аллергии». Нередко даже самая незначительная психическая травма вызывает несоизмеримо сильную реакцию. Поэтому невозможно дать объективную оценку тяжести подобных травм. Каждым человеком они воспринимаются по-своему. Поэтому психиатр не может руководствоваться собственными оценками психических травм и в каждом случае должен определить специфическую иерархию ценностей больного. Такая иерархия тесно связана с эмоцио-

нально-чувственными стереотипами поведения данного человека. Важным является и то, что занимает в них главное место.

В сильно упрощенном виде эмоциональный стереотип поведения можно представить как сумму двух векторов, направленных в разные стороны — к внутреннему центру данной личности и наружу. Настроение взаимосвязано с результатом векторной суммы. Если ее знак положительный, то настроение повышается, а если отрицательный — понижается. Психическая травма увеличивает значение отрицательной составляющей вектора эмоционального состояния, изменяя его значение с положительного на отрицательное. Если внешние условия напоминают те, которые были связаны с ощущениями страха и ненависти по отношению к окружению, и если воздействие таких условий продолжается в течение длительного времени, то можно утверждать, что данная среда является травматической.

То же самое следует отнести к чувствам по отношению к самому себе. Если влияние окружения вызывает у человека утрату веры в себя, то вместо того, чтобы себя любить, он начинает себя ненавидеть и т. д. Таким образом, внешняя среда оказывает на него травмирующее воздействие. Чувства по отношению к окружению невозможно отделить от чувств, испытываемых к самому себе, как это следует из утверждения: «Возлюби ближнего как самого себя». Вектор эмоционального состояния всегда является двунаправленным: один его конец направлен внутрь своего «Я», а другой во внешний мир.

## **Формирование эмоциональных установок**

Чувства постоянно меняются от отрицательных к положительным и обратно, поэтому изменение знака вектора эмоционального состояния не является достаточным критерием для оценки психических травм, поскольку их может вызвать самый незначительный повод. Только степень устойчивости отрицательных эмоциональных состояний указывает на то, что они имеют травматический характер.

Жизнь постоянно требует изменения эмоциональных установок, необходимых для общей ориентации в окружающей среде. Подобная ориентация является характерной как для мира людей, так и для мира животных. Именно на этой основе возникают более сложные формы взаимодействия с окружением.

ем. Устойчивость отрицательных установок затрудняет, а в крайних случаях делает вообще невозможным нормальное существование в таком окружении и создание новых форм взаимодействия с ним, из-за чего оказывается под угрозой сам процесс эволюции.

Негативные установки приносят вред, поскольку отвлекают значительно больше внутренних сил для мобилизации вегетативно-эндокринной системы организма, чем положительные эмоциональные установки, что в свою очередь также оказывает отрицательное воздействие на организм. Кроме того, все это сопровождается нарушением контактов с окружением, так как доминирующей становится установка «от» по отношению к окружению (то есть бегство или агрессия). Положительные установки при повышенной динамике тоже требуют мобилизации вегетативно-эндокринной системы, но не в такой степени, как при установках типа «бегство—агрессия». Кроме того, в них доминирует тенденция к сближению и взаимодействию с окружением.

Устойчивые позитивные установки могут оказывать не только положительное, но и неблагоприятное воздействие на людей и животных. Существо с такой ориентацией поведения не смогло бы избежать травм и опасностей, исходящих от окружающего мира, и тем самым было бы обречено на гибель. Человек чаще придерживается отрицательных установок, а не положительных, может быть, потому, что отрицательные эмоции соотвествуют в целом большей динамичности поведения, чем положительные эмоции.

Для того чтобы отрицательные эмоциональные установки приобрели устойчивость необходимо, чтобы травма была достаточно сильной, а это чаще всего происходит при соответствующих эмоциональных ситуациях (динамический эмоциональный стереотип). В первом случае травма вызывает нарушение прежней структуры взаимодействия с окружением и, таким образом, ведет к реактивному психозу. Клиническая картина психопатологических состояний при реактивном психозе соответствует реакции на разрушение прежних функциональных структур (форма «предельной усталости»), возникновению патологических функциональных структур (форма бреда) или понижению жизненной активности (форма депрессии).

Патологическая реакция на полученную травму является своего рода защитной реакцией. Реакция в форме «предельной усталости» защищает человека от восприятия сущности травмы.

Патологические структуры бреда также защищают человека от восприятия травмы как реального факта. Благодаря депрессии человек уклоняется от контактов с действительностью, ставшей для него слишком неприятной.

Повторение предпосылок, соответствующих ранее полученной травме, вызывает ее активацию уже как устойчивой болезненной реакции. Например, когда трусливый или неуверенный в себе человек сталкивается даже с незначительными трудностями или с критикой окружающих и т. д., то его «автопортрет», выдержанный и без того не в очень светлых тонах, мгновенно «темнеет». Такой человек утверждает в самом неблагоприятном о себе мнении и становится еще более чувствительным к критике. Человек, испытывающий недостаток чуткого к себе отношения, ищущий душевного тепла у окружающих, столкнувшись с равнодушием или очевидной враждебностью, ощущает еще больший дефицит заботливого внимания, чувствует себя обиженным и отвергнутым. Человек с чрезмерным честолюбием, постоянно испытывающий желание быть первым, намного тяжелее переносит неудачи, чем привыкший к поражениям и обидам. Обида сильнее всего ранит того, кто уже с детства реагирует обидой на травмы, наносимые окружающими, а не того, кто не подвержен таким чувствам.

### **Положительные и отрицательные эмоциональные связи**

Положительные чувства по отношению к окружению можно определить так же как разновидность связей между человеком и окружением, а значит и с самой жизнью. Благодаря положительным чувствам установка «к» преобладает над установкой «от», а это неравенство является необходимым условием информационно-энергетического обмена. Кажется, что в мире животных действует тот же самый закон. То что отрицательные чувства, как правило, вызывают ухудшение настроения, можно объяснить тем, что они угрожают отношениям (связи) человека с жизнью, вследствие чего человек становится как бы «мертвым» и «умирает» окружающий его мир.

К наиболее характерным ситуациям, вызывающим закрепление отрицательных эмоциональных установок по отношению к окружению, следует отнести утрату предмета любви, чувство



обида и ощущение собственного бессилия. Любовь придает жизни колорит и если предмет любви утрачен, то и весь мир погружается в темноту. Предметом любви чаще всего бывает другой человек, реже любимое животное, некоторые вещи (например, коллекция для собирателя или деньги для корыстолюбца), социальное положение для честолюбца. Утрата предмета любви вызывает ощущение, будто земля ушла из-под ног. Человека охватывает пустота, и он не видит больше смысла своего существования, поскольку предмет любви был для него тем, что связывало его с жизнью.

Установка «к» восходит к сущности второго биологического закона. Каждое живое существо ищет возможность соединения с окружающим миром для продолжения рода. Если любовь к другому человеку оказывается безответной, то она переносится на предмет — «заместитель». Что касается депрессивной реакции, то нет большого различия в том, что было утрачено: были ли этим предметом другой человек или животное, материальный объект или нечто социально значимое и т. д. Реакция зависит от силы эмоциональной связи, а не от качества объекта чувств.

Потеря любимого человека может наступить как вследствие его смерти или (что бывает чаще всего) — вследствие изменения положительных чувств на отрицательные. Худшим (с точки зрения психиатрии) является второй пример. В случае смерти любимого человека его образ, казалось бы, должен остаться неизменным, но зачастую он идеализируется и становится еще прекрасней. Человеческая способность отрываться от конкретности жизни (абстрактная установка) позволяет осознать, что несмотря на смерть любимого, можно продолжать жить и даже любить. Таким образом эмоциональные связи с внешним миром сохраняются. В этом случае человек живет одновременно как бы в двух ипостасях действительности. Одна из них (наиболее близкая его сердцу) — это та, в которой он по-прежнему общается с умершим, а вторая — это реальный мир, ставший для него чужим и враждебным, так как напоминает о том, что любимого человека больше нет.

Если характер эмоциональных отношений изменяется и оказывается устойчивым, а не является осцилляцией чувств между двумя полюсами, что характерно для любых сильных чувств, то положительная эмоциональная связь с окружением может окончательно нарушиться, поскольку исчезает возможность сохранения идеализируемого образа бывшего предмета

любви. На прошлом ставится крест, старые чувства вызывают только отвращение к самому себе, оказавшемуся «таким слепым и глупым». Необходимо подождать, когда возникнут новые эмоциональные связи, и это, как правило, быстро наступает.

Если после смерти возлюбленного эмоциональные связи с ним сохраняются в плоскости абстракции, но их характер остается прежним, то в случае потери любимого человека вследствие изменения характера эмоциональных отношений связь с ним может сохраниться благодаря силе влияния отрицательных эмоций. В таком случае людей связывает не любовь, а ненависть. Союз ненависти может быть даже сильнее, чем союз любви. Динамичность отрицательных эмоций захватывает, и человек уже не может вырваться из этих отношений быть может потому, что тогда он окажется в эмоциональной пустоте.

Подобные отношения наблюдаются у многих супружеских пар, реже — в отношениях матери и ребенка (так называемая неразлучная любовь), свидетельствующих о том, что эмоционально-возрастная «пуповина» все еще их связывает. «Ребенок», которому бывает подчас несколько десятков лет, по-прежнему остается ребенком для его матери, посвятившей ему всю жизнь. Обычной для такого типа отношений является их амбивалентность. Иногда отрицательные эмоциональные связи присутствуют в отношениях сослуживцев, чаще всего в отношениях подчиненного и начальника (преследуемый не может жить без своего преследователя).

Негативные эмоциональные связи с окружением могут быть весьма сильными, но они, как правило, оказывают отрицательное влияние на питающие их чувства. Ненависти вообще нельзя давать волю, а если это происходит, то она оказывается ненасытной. Каждое проявление ненависти только ее усиливает. Вследствие генерализации сильных эмоций весь мир становится ненавистным и острое жало ненависти обращается в сторону самого человека, давшего свободу этому чувству. Испытывая ненависть ко всему миру, он ненавидит и себя. Нет ничего удивительного в том, что такой человек чувствует себя несчастным.

Если утраченным предметом любви является не человек или животное, а неживой объект или социальный статус, эмоциональная ситуация развивается иначе, поскольку в такого рода эмоциональных привязанностях доминирующей является пот-

ребность обладания, а не жажда любви. Пустота, возникающая на месте утраченного объекта чувств у такого человека, это пустота утраченных владений. Окружающее пространство свертывается потому, что из него исчезает то, что было своим и самым важным. По отношению к окружающему миру возникает чувство сильной обиды, потому что именно он отобрал то, что считалось самым дорогим.

Утрата предмета, на который распространялась власть и чувство собственности отражалась прежде всего на «автопортрете», поскольку власть и собственность были основными факторами, укреплявшими его. Ощущение собственной значимости было тесно связано с собственностью и властью. В этом заключается основная ошибка при самооценке и утверждении «автопортрета». Люди, чьи чувства направлены на материальные предметы или на место в социальной иерархии, часто обнаруживают трагическое отсутствие уверенности в себе, которое пытаются компенсировать искусственным расширением пределов своего мира за счет включения в его состав атрибутов власти и собственности. На этой территории они чувствуют себя в безопасности. Установление нормальных эмоциональных контактов с окружением часто является для таких людей невозможным, поскольку они чувствуют себя здесь слишком неуверенно. Ощущение безопасности приходит к ним только на территории их собственных владений. Когда эта почва уходит у них из-под ног, они чувствуют себя погибшими и окруженными преследователями со всех сторон.

### **Исчисление правдоподобия (ожидание)**

Отношения живого организма с окружением базируются на своеобразном исчислении правдоподобия. Организм уже заранее как бы «понимает», что его определенное поведение может вызвать соответствующую реакцию окружения. Посаженное в землю зерно «рассчитывает», что будет расти, располагая в достаточной степени необходимыми для своего развития химическими веществами, при благоприятных температурных условиях и получая достаточное количество солнечной энергии. Звереныши, устремляясь к своей матери, «рассчитывают», что она их накормит, защитит от грозящей им опасности и т. д. Слово «рассчитывают» выбрано только для выражения биологического исчисления вероятности, которое передает существо

отношений организма с окружением и то, как он осуществляет планирование будущего.

У человека только некоторые отношения опираются на осознанную оценку правдоподобия. Большинство из них строится на бессознательном «ожидании». Вдыхая воздух, мы предполагаем, что он содержит кислород, необходимый для жизни. Отправляя в рот кусок пищи, мы предполагаем, что это нечто съедобное, а не отравленное. Опуская ноги на землю, мы считываем, что она не уйдет у нас из под ног и т. д. Такого рода предположения не делаются применительно к отношениям нашего организма с окружающей средой, считающимся надежными и устойчивыми настолько, что наша уверенность в том, что реакция окружения примет определенную форму, достигает 100 %. Хотя даже при стопроцентной уверенности в характере отношений организма с окружающей средой, могут проявиться нарушения, вызывающие отклонения от прогнозируемого состояния структуры: воздух может быть отравленным, пища несъедобной или вредной, земля может уйти из-под ног и т. д. Тогда «ожидание» становится осознанным.

Сознание, таким образом, резервируется для работы с достаточно правдоподобными функциональными структурами, но относительно новыми, не совсем достоверными и нуждающимися в дополнительной проверке. Если поведение окружения не оправдывает наши ожидания, то это вызывает чувство замешательства и удивления. Окружение, которое не вписывается в «представления» нашего организма о правдоподобии, вызывает желание уничтожить его или найти от него спасение в бегстве. Существуют, правда, определенные границы, в пределах которых организм осуществляет поиск нового и неизведанного, поскольку только таким образом могут возникать новые формы взаимодействия организма с окружением. Определение положения этих границ базируется на некоторой априорной уверенности. Такая уверенность появляется благодаря существованию своеобразной «материнской» зоны в окружающей среде, границы которой в ходе филогенеза становятся все более очевидными. Таким образом, вероятное может быть испытано достоверным.

В жизни и развитии человека принципиальное значение имеет социальная среда. В отношениях с ней также обнаруживается действие механизма оценки правдоподобия. Такой механизм формируется в течение всей жизни индивидуума и несомненно, что в его формировании играют определенную

роль генетические факторы. Но представляется, что более важными являются факторы внешней среды, если только можно одно отделить от другого.

Механизм оценки правдоподобия и его воздействия на человека основан, прежде всего, на эффекте общественного мнения («социального зеркала»), с которым человек непрерывно сверяется и в соответствии с которым координирует свою деятельность. Социальное окружение наказывает и награждает, выполняя роль «справедливого отца». Взаимодействие с социальной средой требует постоянного формирования все новых и новых, нередко довольно сложных функциональных структур. Следует хотя бы упомянуть о том, что наша речь является результатом данного взаимодействия. Эволюционное развитие человека в сконцентрированном виде проявляется в его отношениях с социальной средой. В них также можно обнаружить своеобразный механизм оценки правдоподобия. Однако поскольку связи этого типа являются довольно сложными, и каждый новый социальный контакт хотя бы несколько отличается от прежних, то для создания соответствующих функциональных структур необходимы значительные усилия организма и полная мобилизация нервной системы. Поэтому в расчетах правдоподобия не может быть той степени уверенности, какая присутствует в оценке рутинных автоматических контактов с окружающей средой, и они являются в большей степени осознанным процессом. Обычно человек отдает отчет в том, какую реакцию окружения может вызвать его поведение и соответствующим образом его моделирует. Однако случается, и не так уж редко, что его предвидение не оправдывается, и реакция окружения не совпадает с априорной оценкой правдоподобия.

## **Чувство обиды**

Если человек ожидает от окружающих доброжелательности, а сталкивается с чем-то противоположным, то у него возникает чувство обиды. Общественное мнение в этом случае оказывается несправедливым судьей. Чувство вины, если вообще о нем можно говорить, кроется в неправильной оценке нас окружением или в собственных ошибочных оценках правдоподобия. Чаще всего и тот, и другой факторы оказывают свое влияние одновременно. Чувство обиды автоматически вызывает усилен-

ние и преобладание установки «от» в отношении к окружению и желание избавиться или сбежать от «несправедливого судьи».

Одновременно обнаруживается феномен регрессии, то есть поспешные попытки отыскать поддержку в более старших и надежных функциональных структурах. Обиженный человек нередко начинает искать у окружающих «отеческой справедливости», ведет себя как ребенок, обнаруживая чисто детские эмоциональные реакции. Вследствие этого механизм оценки правдоподобия относительно характера его социальных отношений также становится «детским» и, соответственно, более чувствительным к обидам, наносимым окружающими, поскольку социальная среда зачастую очень непохожа на «материнскую» с ее терпимостью и «отеческой» справедливостью. Таким образом, возникает замкнутый круг эмоциональных реакций. Чувство обиды вызывает регрессию, включая механизм оценки правдоподобия для социальных отношений, а «детские» оценки легко порождают чувство обиды, поскольку опираются на то, что было заложено «материнской средой».

Мир, наносящий обиды, является враждебным миром, с которым можно бороться в надежде, что справедливость восторжествует, опираясь при этом обычно на ложные оценки правдоподобия. Такая борьба изначально обречена на поражение, в конце концов приходит смирение и покорность, и пропадает вера как в самого себя, так и в окружающий мир. И окружающий мир становится серым и печальным, а к человеку приходит ощущение собственной никчемности. Чувство обиды обычно связано с конкретными людьми и ситуациями, но вследствие генерализации чувств распространяется на все окружение. Враждебность, испытываемая по отношению к одному человеку, таким образом, распространяется на весь мир. В чувстве обиды коренится элемент детского деспотизма, когда человек пытается навязать собственные представления о справедливости всему миру и испытывает фрустрацию, когда окружающий мир эти представления не воспринимает и поэтому воспринимается как злой и несправедливый.

### **Установка «над»**

Одна из основных потребностей человека заключается в том, чтобы навязать собственные представления о порядке своему окружению: изменить мир «по образу и подобию

своему». Так проявляется влияние упоминавшейся ранее установки «над», которую в отличие от установок «к» и «от», наблюдающихся также и в животном мире, можно считать особенностью человека. Благодаря силе влияния этой установки возникает культура, и благодаря ей человек выходит за пределы своей конкретной жизни. Его прошлое и будущее простираются далеко за границы его жизни (происхождение культуры и трансцендентность стремлений человека).

Попытка изменить мир не является легкой задачей. При реализации установки «над» человек встречается с сильным сопротивлением окружающей среды. Каждый человек по-своему пытается изменить окружение, и с этим связано начало многих конфликтов между людьми и сопутствующая им фрустрация. Ощущение собственного бессилия в попытках изменить облик мира приходит раньше, чем ему удастся выполнить хотя бы малую часть своих планов. Бессилие поначалу вызывает повышенную агрессивность по отношению к окружению, которая рано или поздно оказывается исчерпанной, и ее место занимают безразличие и покорность, а окружающий мир уже не привлекает к себе, а отталкивает.

Обычные условия реализации установки «над» предполагают, что на одних полях «жизненных сражений» человек одерживает победы, а на других — сам оказывается побежденным. Он преобразует окружающий мир и меняется вместе с ним. Но если установка «над» связана с избыточной эмоциональной нагрузкой, что зачастую происходит при неудовлетворенности установки типа «к», то легко осуществляется генерализация чувств. Чувство поражения и ощущение собственного бессилия выходят за пределы поля «проигранного сражения» и распространяются на весь окружающий мир.

Невозможность реализации установок «к» и «над» вызывает у человека ощущение одиночества. Утратив возможность любить или созидать, он чувствует себя чужим в окружающем его мире, не видит перед собой никаких целей, и его жизнь становится пустой, лишенной любви и вместе с этим своих красок.

### **«Автопортрет»**

Трудно отделить эмоциональные отношения к окружающему миру от отношения к самому себе. Вектор эмоционального состояния всегда является двунаправленным: одна из его

стрелок направлена наружу, а вторая внутрь человека. Тем не менее, собираясь разобраться в генезисе депрессии, мы должны уметь отличать чувства, обращенные внутрь самого себя от обращенных во внешний мир. От характера этих чувств зависит колорит «автопортрета», а от этого — в свою очередь — характер эмоциональных отношений к окружающему миру. Данная зависимость является обоюдной, так как от настроения и чувств, испытываемых к окружению, зависит также и колорит «автопортрета».

В отличие от образа окружающего мира, который отличается относительной стабильностью и только при психозе явно подвержен изменчивости, образ самого себя все время меняется. Одновременно с изменением колорита происходит и изменение его форм. Из повседневного опыта известно, что человек иначе воспринимает себя, когда грустен, и иначе, когда весел. Под влиянием настроения и чувств изменяется также колорит окружающего мира, хотя его форма остается в целом неизменной.

Причина такого различия кроется, вероятно, в том, что воздействие окружающего мира при формировании его образа значительно сильнее, чем воздействие внутреннего мира при формировании образа самого себя. Образ окружающего мира отличается большей универсальностью и социальностью, а образу человека свойственны индивидуальность и специфичность. Окружающий мир мы должны видеть таким, каким его видят остальные люди. Окружающие будут воспринимать нас как «психов», если на каждом шагу и при каждом столкновении с ними мы будем демонстрировать свое специфическое восприятие мира. Мы настолько привыкли к такому образу действий, что не отдаем себе в этом отчет. Осуществляется это совершенно машинально. Мы не замечаем, например, что наше повседневное окружение (дом, улица, место работы и т. д.) воспринимается нами в определенной форме, и что наше видение в значительной мере является социальным. Мы воспринимаем наше окружение таким, каким научились его видеть, и только гениальность художника позволяет ему вырваться за пределы социально заданного восприятия.

Образ личности отличается большей изменчивостью и неопределенностью. Для него не существует объективных критериев оценки. Он является глубоко внутренним в отличие от образа внешнего мира и вследствие этого более индивидуален и не настолько универсален как образ окружающего



мира. Большую роль в его формировании играет социальная среда: с одной стороны, мы видим себя глазами других, а с другой — своими собственными глазами. Нередко эти две формы восприятия вступают в противоречие друг с другом. Может быть, поэтому образ личности никогда не бывает «автоматическим». Почти постоянно он присутствует в нашем сознании, оставаясь в состоянии *«in statu nascendi»*.<sup>\*</sup> Человек никогда не знает, каким он является на самом деле, а его мнение о самом себе постоянно меняется: то он себя любит, то ненавидит.

Три фактора играют решающую роль при обеспечении правильного выполнения функций «автопортрета»: стабильность, колорит и степень соответствия действительности. Стабильность «автопортрета», его светлый колорит и соответствие действительности облегчают интимную и общественную жизнь человека. К сожалению, такой идеал оказывается редко достижимым. Формирование образа личности является очень сложным процессом и зависит от многих факторов, включая особенности конституции, среды воспитания, характера эмоциональных связей с окружающими, соотношения побед и поражений в жизни и т. д.

Нестабильность «автопортрета» является характерной для периода молодости. Вероятно это связано с гормональными изменениями и усилением полового влечения, а также с выходом за пределы семьи на широкие просторы жизни общества. Любое изменение в социальном окружении вызывает состояние неустойчивости «автопортрета»: человек с беспокойством ожидает, как он будет восприниматься в новых условиях. Неустойчивость «автопортрета» является причиной колебаний настроения, и наоборот — стабильность настроения вызывает изменения в восприятии самого себя.

Обычно с возрастом «автопортрет» становится стабильнее. Человек учится объективно воспринимать самого себя. Соответствие собственного образа действительности придает ему большую устойчивость. Есть, правда, люди, которые до глубокой старости сохраняют юношескую лабильность восприятия себя. Эти люди, как правило, более подвержены изменениям настроения, чем те, чей внутренний образ отличается стабильностью. Впрочем, не только настроение влияет на то, как мы

---

<sup>\*</sup> *«in statu nascendi»* (лат.) — в состоянии зарождения; в момент образования.

себя воспринимаем. Наше восприятие себя оказывает влияние на наше настроение.

Образ самого себя, как правило, отличается двойственностью. Он как бы складывается из двух образов: настоящего (каким являюсь на самом деле) и идеального (каким хочется быть): «Я сам обвинитель и сам подсудимый». (Хильдеберт из Ле Манса, XI в.). Чем сильнее раздвоенность, тем сильнее недовольство самим собой и тем мрачнее колорит «автопортрета». Одним из важнейших факторов в психотерапии является возможность научить больного объективному восприятию самого себя. Это уменьшает диссонанс между идеальным «автопортретом» (каким хочется быть) и фактическим (какой я есть на самом деле). Такой диссонанс является необходимым для развития человека, поскольку недовольство самим собой помогает человеку измениться и стать лучше. На этом, собственно говоря, основывается его эволюция.

Идеальный «автопортрет» является проекцией в будущее, это образ самого себя в будущем. Реальный «автопортрет» возникает вследствие взаимодействия с окружением и прежде всего благодаря общественному мнению («таким меня видят другие» и «таким я вижу себя сам»). При этом во втором случае мы также сталкиваемся с результатом влияния общественного мнения, но уже укоренившимся в нашем сознании. Таким образом, данный образ относится к прошлому и фиксирует наше предыдущее состояние. Двойственность «автопортрета» является приметой существования границы между прошлым и будущим, а значит — выполняет роль важнейшего элемента в установлении временных аспектов нашей жизни и ее эволюционного характера.

Патология начинается там, где порог между прошлым и будущим оказывается настолько высоким, что человек не в состоянии его переступить. Тогда идеальный образ становится несбыточной, пустой мечтой, которую невозможно осуществить никаким способом. А фактический образ самого себя все более отдаляется от желанного и из-за этого становится все более темным и ненавистным. Развитие человека затормаживается, поскольку в его основе лежит сознание возможности хотя бы частично реализовать в жизни идеальный образ, а это оказывается невозможным. Темный колорит фактического «автопортрета» распространяется на весь мир переживаний, и весь мир погружается в сумерки. Если

пропасть между реальным и идеальным «автопортретом» становится непреодолимой, то на идеальном образе ставится крест, а вместе с ним ставится крест и на будущем. Человек лишается последних шансов на осуществление своих идеалов и видит перед собой одни поражения.

Наблюдая стремление некоторых людей успокоить свое тщеславие, часто ненасытное, нельзя избавиться от впечатления, что в его основе лежит патологическое восприятие самого себя. Успех, к которому они так самоотверженно стремятся, должен изменить реальный образ самого себя и стать для них источником радости жизни.

Однако возникает вопрос: «Может ли изменение собственного „автопортрета“ стать таким источником?». Успех, несомненно, оказывает положительное влияние на то, какими мы видим самих себя, и, таким образом, на настроение. Однако такое улучшение является кратковременным. Вскоре человек снова начинает испытывать недовольство собой то ли вследствие неудач, то ли вследствие появления новых, еще более высоких требований.

Поскольку человек осужден на противоречие между идеальным и фактическим образом самого себя, то «автопортрет» выполняет функции системы самоконтроля и поэтому постоянно изменяется и сигнализирует о наличии рассогласований между планом (будущим) и тем, что сделано (прошрое), между собственным «Я» и окружающим миром. Особенностью «автопортрета» как системы самоконтроля является то, что чувства, связанные с ним, должны иметь кратковременный характер, поскольку они выступают как награда или как поощрение за результаты общей деятельности организма.

Чувства являются тем, что соединяет человека, а возможно и животных, с окружением. Они не могут быть обращены внутрь, иначе работа системы самоконтроля будет нарушена, или она перейдет в другой режим. Вместо того чтобы передавать максимально объективную информацию об отношениях с окружением, об отношениях с прошлым и будущим, такая система начинает функционировать как замкнутая, изолирующая человека от внешней среды. У такого человека эмоциональные установки сориентированы на себя, а не вовне. Жизнь человека начинает вращаться вокруг собственной персоны, его развитие останавливается, он становится самовлюбленным и вследствие этого не критичным к самому себе. Или ненавидит себя, вплоть до самоуничтожения.

Вследствие ориентации чувств на себя исчезает возможность объективной оценки личности, и «автопортрет» перестает выполнять свои функции системы самоконтроля.

## Нарциссизм

Согласно Фрейдю человек в раннем детстве должен пройти через нарциссическую фазу развития *либидо*. Установка типа «к» у ребенка направлена на себя и только позже его чувства обращаются в сторону окружающего мира. Очевидно, что рядом со всеми предположениями, относящимися к переживаниям в таком раннем периоде развития человека, можно поставить знак вопроса. Они опираются исключительно на результаты наблюдений за поведением ребенка так же как и гипотезы, касающиеся психической жизни животных. Кроме того, первые годы жизни ребенка, как правило, покрыты беспометством, поэтому невозможно переживания этого периода времени рассматривать в ретроспективе. Вероятно, что они и в качественном, и в количественном отношении отличаются от переживаний взрослого человека, поэтому нужно обладать большой фантазией, для того, чтобы правильно их понять.

Концепция нарциссизма применительно к раннему детскому возрасту требует критического подхода. В раннем периоде развития, как утверждают психоаналитики, не существует границы между «Я» и окружающим миром. Информационный метаболизм, а особенно способности к активной деятельности и восприятию ее результатов, еще не настолько развиты, чтобы такая граница возникла. Поэтому в данном возрастном периоде нельзя говорить о направленности либидо (установки «к») на себя или вовне, поскольку они составляют единое целое. Ребенок является для себя космосом. Тем не менее наблюдателем его эмоциональные реакции, может быть примитивные и хаотичные, воспринимаются как обращенные во внешний мир. Резкие движения, крик, смех — становятся как будто вызовом, брошенным окружению, хотя вероятно в таком возрасте сам ребенок не отдает отчет в существовании этого мира.

Кроме того, чувства, обращенные на себя, всегда связаны с образом личности, а он формируется на более поздних этапах развития. Наиболее бурное развитие организма происходит в период созревания, именно тогда с наибольшей силой обнару-

живается изменение направленности чувств в сторону самого себя. В раннем детстве информационный метаболизм слишком слабо развит, чтобы можно было говорить о формировании такой сложной системы самоконтроля, какой является «автопортрет».

Чувства, обращенные на себя, выполняют роль системы поощрений и наказаний. Наградой становится любовь к самому себе, а наказанием — ненависть. Потемнение красок «автопортрета» под влиянием негативных эмоций, испытываемых к самому себе, является сигналом, что в наших отношениях с окружением произошла какая-то ошибка, требующая коррекции. Чувства, как уже упоминалось, являются двунаправленными (вектор эмоционального состояния обращен как вовне, так и на себя) благодаря тому, что в сфере чувств границы между внутренним и внешним миром никогда в явном виде не существует. Эмоциональный колорит одинаков по обе стороны границы, разделяющей внутренний и внешний миры. Однако если взглянуть на внешний мир как на отражение «автопортрета», выполняющего сложные функции системы самоуправления, то можно проблему двунаправленности эмоций трактовать следующим образом: положительные эмоции в отношении самого себя являются своеобразным поощрением за положительные установки по отношению к окружению, а отрицательные эмоции — наказанием за неспособность установить с ним положительные отношения. Для того чтобы любить себя, человек должен уметь любить окружающих.

Нарциссизм, под которым понимается сосредоточенность чувств на самом себе, означает прежде всего, что данный человек не может направить их вовне. Он ищет любви окружающих, но сам не в состоянии ответить им взаимной любовью. Маленький ребенок в силу биологической потребности в материнской среде больше берет тепла от окружения, чем дает. В этом смысле ребенок является подлинным «нарциссом». Однако даже на ранних стадиях развития у ребенка наблюдается появление потребности отдавать свои эмоции. Иногда эти чувства сосредоточиваются на домашних животных, куклах и т. д., поскольку легче подарить любовь тому, кто слабее и требует опеки, чем тому, кто сильнее нас.

Закрепление нарциссической установки в межличностных отношениях (преобладание «брать» над «отдавать») делает человека несчастным главным образом по той причине, что он

оказывается неспособным любить, он не в состоянии раскрыться в полной мере окружающему миру. Его чувства сосредоточиваются исключительно на собственной персоне. А если положительные эмоции, обращенные вовне, являются слабыми, то и в отношении к самому себе начинают преобладать отрицательные эмоции. Человек-нарцисс не любит себя. Он ненавидит себя или испытывает в отношении к самому себе амбивалентные чувства. Вследствие того, что чувства такого человека сосредоточены на собственной персоне, «автопортрет» не может нормально развиваться и функционировать. Он осциллирует вместе с чувствами, в нем нет достаточной объективности, поскольку каждая отрицательная оценка воспринимается излишне болезненно. В случае, когда положительные чувства обращены вовне, собственная персона и восприятие самого себя становятся менее значимыми и благодаря этому не настолько ранимыми. Под влиянием испытываемых чувств происходит изменение пропорций предмета, с которым они связаны. Предмет любви или ненависти, как правило, вырастает в размерах.

Жизненная активность, субъективным выражением которой является настроение, связана с развитием. Чем интенсивнее развитие, тем выше жизненная активность. Она намного выше у ребенка, чем у пожилого человека. Поэтому ритм жизненной активности можно определить как ритм смены времен года, в своей основе это ритм развития, которое осуществляется в двух формах: морфологической и функциональной.

Наиболее высокие темпы развития морфологических форм у человека и животных наблюдаются на ранних стадиях развития. Оплодотворение вызывает настоящий взрыв жизненной активности, которая затем постепенно слабеет. Наиболее высокий уровень жизненной активности наблюдается на этапе эмбрионального развития, он ослабевает в стадии внутриутробного развития, а на следующем этапе наблюдается уже ее резкий спад. Мы не знаем, существует ли субъективное отражение динамики развития морфологических форм и существует ли оно вообще. В то же время развитие функциональных форм может быть непосредственно связано с субъективными аспектами жизненной активности, то есть с настроением. У радостного человека обнаруживается намного большее богатство форм взаимодействия с окружением и способности к созданию новых форм, чем у грустного человека. В состоянии депрессии темпы активности и мыслительных

процессов замедляются, а мысли кружат вокруг одной и той же неприятной темы.

График развития функциональных форм заметно отличается от графика развития морфологических форм. Максимум последнего приходится, как уже говорилось, непосредственно на момент оплодотворения. После этого момента, напоминающего взрыв, функциональная кривая постепенно опускается. В то же время график развития функциональных форм начинает заметно расти только после того как в достаточной степени сформировались морфологические формы. Очевидно, что функциональные формы возникают значительно раньше, поскольку невозможно отделить функции от морфологии. Однако на ранних этапах развития они относятся прежде всего (если не исключительно) к энергетическому метаболизму. А их бурное развитие непосредственно связано с формированием информационного метаболизма.

Принципиальное различие между человеком и животными, включая высших млекопитающих, относится именно к информационному метаболизму, а не к энергетическому метаболизму. Именно здесь главным образом происходит эволюция человека. В течение всей жизни человека, а не только во время его молодости, возникают новые функциональные структуры информационного метаболизма. Благодаря этому человек постоянно развивается. Темпы образования таких структур, конечно, выше в молодости, чем в старости. Тем не менее их образование происходит до самой смерти человека. Его индивидуальную эволюцию нельзя задержать. Энергетический метаболизм в большей степени подвержен процессам старения, чем информационный.

Функциональные структуры информационного метаболизма связаны прежде всего с процессами взаимодействия организма и окружающей среды: это вытекает непосредственно из сущности метаболизма, под которым понимается совокупность процессов обмена информацией между организмом и средой. Изоляция от внешнего мира, замыкание в самом себе приводит в конечном итоге к ослаблению и даже полному прекращению обмена информацией со средой. Крайним выражением подобной ситуации является хроническая шизофрения. Замыкание эмоциональных отношений на самом себе угрожает сущности процессов информационного метаболизма. Чувства должны быть направлены прежде всего вовне, поскольку только в этом случае возникает взаимодействие с окружением, формируются

новые формы этого взаимодействия, и следовательно, создаются предпосылки эволюции индивидуума.

Таким образом, эмоциональные установки человека-нарцисса не способны принести ему радость, а скорее приносят печаль и удрученность, поскольку вступают в противоречие с основным законом жизни, требующим постоянного обмена информацией с окружением. А необходимым условием для этого является наличие установки типа «к» в отношениях с ним. Для того чтобы жить, необходимо любить жизнь. Отношения человека с окружающей средой являются настолько сложными, что нередко наблюдается разрыв эмоциональных связей с окружением, и вместо того чтобы притягивать к себе, оно начинает от себя отталкивать. Тотчас с повышенной интенсивностью начинает работать система самоконтроля. «Автопортрет» выдвигается на первый план и заслоняет окружающий мир. Чувства человека оказываются сосредоточены на «автопортрете», поскольку данная ситуация предполагает многократное итерационное изменение эмоциональных установок и создание новых форм взаимодействия с окружением, а это требует вначале сосредоточенности на самом себе.

Обращение чувств на собственную персону может быть вызвано различными обстоятельствами. Иногда такое состояние просто необходимо, если человек нуждается в коррекции и самоконтроле. Патология начинается там, где такое состояние стабилизируется. В этом случае происходит накопление эгоистических эмоций, чувства сосредоточиваются на самом себе, а не на событиях внешней среды. Интроспективная установка приобретает нарциссическую форму. От этого всегда страдает в первую очередь объективность интроспекции, а «автопортрет» перестает выполнять свою основную роль системы самоконтроля.

## Чувство вины

Как уже говорилось, в основе работы механизма самоконтроля у человека лежит система наград и наказаний. Наградами являются положительные чувства по отношению к самому себе, а наказаниями — отрицательные. Положительные чувства связаны прежде всего с удовлетворенностью собой. Благодаря этому палитра «автопортрета» светлеет. Человек довольный собой и себя видит в светлых красках. Негативные чувства в



отношении к самому себе вызывают потемнение палитры «автопортрета». Из таких ощущений чаще всего рождается чувство вины.

Чувство вины можно трактовать как наказание за нарушение системы моральных ценностей. Таким образом, оно связано с наиболее сложными формами взаимодействия человека и общества, поскольку нормы морали служат для установления справедливых и гармоничных отношений человека с окружающими. При разнообразии человеческих интересов и эмоциональных отношений создать такой порядок очень трудно: всегда существует опасность с самыми лучшими намерениями кого-либо обидеть или оскорбить чьи-либо чувства. Быть может потому, что отдельному человеку трудно создать свой моральный кодекс, во многих социальных группах появляются разнообразные жесткие моральные системы часто формальные и несоответствующие индивидуальным моральным ценностям. Тем не менее если в них находит отражение общепринятая мораль, то они приносят ощущение безопасности. Во многих культурных сообществах существуют различные способы избавления от чувства вины. Эти способы имеют большое психотерапевтическое значение, поскольку сознание собственной вины в большинстве случаев приводит к потемнению «автопортрета» и соответственно — к значительному ухудшению настроения. Очищение (*katharsis*) возвращает радость жизни и позволяет вернуться к ней. С этой точки зрения совершение грехов и очищение являются нормальным жизненным процессом.

Чувство вины является самой тонкой и одновременно самой сильной связью человека с человеческим сообществом. Оно появляется при нарушении той части «автопортрета», которая возникла в процессе *интернализации*\* общественного мнения. Уже на ранних этапах своего развития ребенок усваивает, что определенные способы поведения располагают к себе людей, а другие вызывают отторжение общества (прежде всего матери). В этом периоде жизни изгнание из своей социальной группы равнозначно смерти. Социальная смерть оказывается равносильной биологической смерти. Таким образом, рождается социальный страх, вероятно влияющий на интернализацию общественного мнения. Система поощрений и наказаний, принятая в данной социальной среде, переносится во внутрен-

---

\* *интернализация* или *интериоризация* — синоним интроекции — переход «извне» «внутри», от объекта — внутрь объекта.

ний мир человека. Он сам себя карает и награждает. Он всегда является судьей для самого себя, а нередко и палачом. Таким образом, происходит развитие важнейшей части «автопортрета», поскольку она относится к наиболее тонким отношениям с окружающим миром — отношениям, регулируемым моралью.

Эта высшая система самоконтроля человека состоит как бы из двух частей — старой и новой. Старая формируется уже в детстве и как все старые функциональные структуры, вследствие постоянного употребления, подвергшиеся автоматизации, работает вне пределов нашего сознания, то есть относится к неосознаваемым угрызениям совести — *суперэго* — согласно фрейдовской терминологии. Мы не отдаем себе отчета в этом состоянии. Оно обнаруживается в тревожных снах, в наших переживаниях, в действиях, часто противореча угрызениям совести в сознании, и в явном виде проявляется при неврозах и, особенно, при психозах. Новая часть системы самоконтроля охватывает прежде всего те функциональные структуры, которые постоянно возникают во время взаимодействия с окружающей социальной средой. Любая ситуация требует моральной оценки и они никогда не повторяются, потому что ни внешние, ни внутренние ситуации не повторяются в одном и том же виде. Интегрирующие усилия, связанные с таким решением, требуют полной мобилизации человеческого сознания. В этой осознаваемой части системы самоконтроля процесс интернализации является непрерывным и бесконечным. Собственную моральную оценку всегда дополняет оценка окружающих («Что обо мне могут подумать люди?»).

Совесь как осознанная, так и неосознанная (*суперэго*), как высшая система самоконтроля, сдерживает спонтанность человеческой деятельности и вследствие этого понижает ее активность. Если жизненная активность достигает своего зенита, например, во время маниакальных приступов, то деятельность системы самоконтроля тотчас же прекращается или значительно ослабевает. Человек чувствует себя свободным и счастливым. Только когда проходит маниакальное возбуждение появляется чувство вины. Не единожды человеку приходится стыдиться своего поведения в период болезни.

Чувство вины становится причиной депрессивного кризиса, довольно часто наступающего после маниакальных приступов. Тем не менее главной причиной его возникновения является, вероятно, осцилляция жизненной активности и настроения: вслед за восхождением необходимо спуститься вниз. Положи-

тельные эмоции также ослабляют, а иногда на некоторое время вызывают прекращение деятельности системы самоконтроля. Любовь дарит человеку ощущение свободы, у него исчезает скованность, в движениях влюбленного проявляются ббльшая спонтанность, живость и естественность.

Сильные отрицательные чувства (ненависти и страха) тоже могут на короткое время вызвать нарушение деятельности системы самоконтроля. Под их влиянием человек не знает, что делает, ведет себя как автомат. Только после того как утихнет вспышка чувств приходит рефлексия, а вместе с ней часто возникает ощущение вины. «Проанатомически» настроенные психиатры давно полагают, что кора человеческого мозга, как наиболее молодое в филогенетическом отношении образование, играет решающую роль в осуществлении функций самоконтроля. Некритичное отношение к происходящему и радостное, беззаботное настроение (*moria*) наблюдаются при органических комплексах, для которых характерным является поражение именно коры головного мозга. Терапевтический эффект лоботомии связан прежде всего с ослаблением функции системы самоконтроля. Однако значительно чаще при психоорганических комплексах приходится сталкиваться с пониженным настроением. Вероятно, что это связано с влиянием других причин, а не с повреждением коры головного мозга. Кроме того, лоботомия не всегда улучшает настроение, ослабляет самоконтроль и избавляет от чувства вины. Таким образом, преждевременно делать из этого какие-либо определенные выводы.

Отличительной чертой любой системы самоуправления является наличие самоконтроля (обратной связи). В процессах жизнедеятельности человека участвует большое количество систем самоконтроля. Их отличает различный уровень интеграции. Действие большинства из них осуществляется на физиологическом и биохимическом уровнях, и это происходит за пределами нашего сознания. Осознанной является деятельность систем с наиболее высоким уровнем интеграции. Благодаря этому осуществляется осознанный контроль нашего поведения и, как уже упоминалось, тех форм поведения (среди множества остальных), которые подчиняются законам морали, являются наиболее сложными и требуют интенсивной работы сознания.

Уже на ранних стадиях развития ребенок попадает в сферу отношений, подчиняющихся общественной морали, то есть

попадает в сферу действия определенной системы поощрений и наказаний. Согласно концепции Фрейда период интенсивного формирования *суперэго* охватывает анальную фазу развития *либидо*, то есть, примерно, третий-шестой годы жизни. Это период беспамятуства, поэтому трудно понять переживания, связанные с интернализацией общественного мнения и формированием системы самоконтроля (*суперэго*). Можно предположить, что в этот период развития страх, связанный с нарушением социальных отношений (социальный страх), является даже более сильным, чем в последующие годы жизни, когда человек ощущает большую самостоятельность и в меньшей степени зависит от своей социальной среды. Нарушение отношений с материнской средой в детстве равносильно непосредственной угрозе жизни.

Кроме того, в данном случае влияние оказывает известная диспропорция между миром взрослых и миром детства, которая с возрастом постепенно уменьшается, но в детстве ложится непреодолимой пропастью между ними. Мир взрослых является для ребенка таинственным и непонятным. Даже то, что ребенок смотрит на взрослых снизу вверх (под особым углом зрения), приводит к тому, что они воспринимаются большими, чем они есть на самом деле. Воздействие на ребенка требований и запретов со стороны взрослых в этом возрасте связано с большой эмоциональной нагрузкой. А избыточное эмоциональное напряжение вызывает понижение оперативности системы самоконтроля и ослабление функций организма вместо осуществления эффективного контроля над ними. Искажение объективного восприятия самого себя приводит к избыточной концентрации внимания на собственной персоне. В мире ребенка все имеет увеличенные пропорции, и информация, приходящая из мира взрослых (особенно их требования и запреты), нередко приобретает чудовищное значение.

Из требований и запретов, усваиваемых ребенком, формируется его *суперэго* или подсознательная компонента высшей системы самоконтроля человека. Вероятно, что от этого в значительной мере зависит основной колорит «автопортрета», а вслед ему — базовый уровень жизненной активности и настроения. Люди, живущие чувством долга, лишенные радости жизни, погруженные в самосозерцание, часто обнаруживают патологическую структуру *суперэго* подсознания. Она подавляет их жизненную активность и спонтанность установления отношений с окружающим миром. Такие люди не отдадут себе

ясного отчета в том, что им мешает, отделяет их от окружающего мира и не позволяет в полной мере наслаждаться жизнью.

С большей очевидностью действие *суперэго* проявляется в сновидениях. Чудовищные сцены убийств, казней, лагерей, тюремного заключения и т. д., которые нельзя назвать отражением каких-либо личных воспоминаний, поскольку они не имеют ничего общего с реальным жизненным опытом данного человека, являются по своей сути образами, созданными при участии собственного «автопортрета», находящегося в подсознании. Если осознаваемая часть «автопортрета» конструирует свои образы на основе реальной жизни, то подсознание создает их главным образом из материала, накопленного в нашем подсознании. Диспропорции восприятия окружающего мира и, особенно, социальной среды, характерные для детского возраста, становятся причиной возникновения нередко просто ошеломляющих образов.

Воздействие осознаваемой части «автопортрета» на его колорит и жизненную активность оказывается значительно слабее, чем влияние части, находящейся в подсознании. Неудачи, поражения, травмы, чувство вины, очевидно, затемняют собственный «автопортрет». Однако этот образ возникает в области ясного сознания, является образом дня, а не ночи, к которой относится часть «автопортрета» в подсознании. Поэтому, хотя его пропорции также оказываются часто искаженно увеличенными, они не могут принимать такие чудовищные формы, какие возникают во мраке ночи. От них можно найти спасение (что зачастую человек делает совершенно бессознательно) с помощью разных способов, защищающих собственный «автопортрет» от потемнения и опасности разделения на части. Речь идет о так называемых защитных механизмах психики, особое внимание которым уделяют представители психоаналитической школы.

Часть «автопортрета», запечатленная в сознании, не является строго изолированной от части, находящейся в подсознании. Они взаимодействуют друг в друга, и это приводит к тому, что травмы, полученные в области ясного сознания, отражаются в темной области подсознания. И нередко незначительная травма вызывает к жизни чудовищные образы собственного «автопортрета», как это бывает, например, в бреде. День и ночь человека неразрывно связаны друг с другом в сознании, и множество дневных событий инициирует активность воспоминаний, принадлежащих ночному миру. Наше знакомство с тем,

что скрывается в подсознании, очень поверхностно. Тематическая содержательность ночного мира, фрагментарно воспринимаемая нашим сознанием в фантазиях сновидений в художественном творчестве или во время психических озарений, свидетельствует о его необычайном богатстве.

Особенно интригующим является вопрос о том, насколько содержание бессознательного мира зависит от осознаваемых воспоминаний. Характерные биоэлектрические ритмы человеческого мозга и подвижность глазного яблока (так называемая фаза быстрого сна) наблюдаются также у новорожденных детенышей животных. Это, казалось бы, свидетельствует о том, что сновидения проявляются у них уже в таком раннем периоде жизни и, более того, составляют основную часть их переживаний, потому что только с возрастом продолжительность фаз бодрствования начинает преобладать над продолжительностью фаз сна, а фаза быстрого сна становится суммарно менее продолжительной, чем непосредственно после рождения. Установление контактов с окружением и формирование информационного метаболизма изменяет содержание и объем переживаний, связанных исключительно с внутренней жизнью организма.

Следует также признать, что живой организм еще до того, как он вступает в отношения информационного обмена с окружением, уже обладает миром внутренних переживаний. Таким образом, в памяти, казалось бы, должны сохраняться определенные фрагменты этого мира, скорее всего биологически обусловленные или возникшие в ходе человеческой эволюции. Судя по всему, именно на этом базируется концепция архетипов Юнга. Информационный метаболизм участвует как бы в образовании поверхностного слоя переживаний человека, а его ядро образуют переживания, непосредственно связанные с самим фактом его существования. Вопросом, имеющим скорее философский характер, является установление, в какой степени наше представление об окружающем мире обусловлено внешними раздражителями и в какой степени воздействием этих таинственных фрагментов, являющихся первичными и субъективными аспектами нашего бытия.

«Автопортрет» выполняет функции обратной связи, регулирующей наиболее сложные отношения с окружением, а значит — прежде всего — отношения с социальной средой, имеющие моральный характер. Изменение наклона плоскости контактов с социальной средой, а также влияние взаимосвя-

занных друг с другом биологического и социального страха могут стать причиной непропорционального усиления влияния ключевых образов среды, окружающей ребенка, прежде всего образов родителей. В таком виде они усваиваются ребенком и становятся составной частью его «автопортрета».

Таким способом происходит формирование первичного «морального кодекса» человека. Как известно, Салливан первым отметил, что родители не могут быть плохими. Ребенок скорее готов принять утверждение, что плохой он сам, чем допустить «аморальность» своих родителей, следствием чего может стать возникновение угрозы самим основам морального порядка, поскольку его родители являются стержнем этого порядка одинаково как в отношении к окружающему миру, так и в отношении к системе самоконтроля (*суперэго*).

Благодаря тому что первые годы жизни человека характеризуются недоступностью записей в памяти, полученных в этом возрасте, в более поздний период жизни сознание человека не испытывает непосредственного воздействия пертурбаций, вызванных диспропорцией *суперэго*. Тем не менее совесть подсознания оказывает влияние на общее настроение человека, на его сновидения, иногда проявляется вопреки его воле в реакциях на окружение и т. д. Нередко человек становится настоящим невольником неизвестных ему сил, скрывающихся в нем самом.

Можно допустить, что прежде чем сознание достигнет определенного уровня развития, должны пройти две фазы психического развития. Первая — самая ранняя, вероятно возникающая еще в период внутриутробного развития, связана с самим фактом существования и соответствует фрейдовскому понятию *ид*. Вторая, формирующаяся в начале взаимодействия с социальной средой, связана с развитием системы самоконтроля и соответствует фрейдовскому понятию *суперэго*. Очевидно, что это только гипотезы, подтверждение которым может быть найдено с большим трудом, а может быть и вовсе недоступно, поскольку сомнительно, удастся ли проникнуть в мир переживаний маленького ребенка и тем более плода.

Усиление чувства вины является достаточно характерным явлением при депрессиях. Чувство вины, многократно усиливаясь, приобретает чудовищные формы, как это наблюдается, например, при мании греховности или при некоторых ипохондрических комплексах, когда болезнь воспринимается как

наказание за совершенный грех и т. д. Можно предположить, что в состоянии депрессии легче происходит объединение совести в сознании и подсознании, и поэтому ощущение вины приобретает такие гипертрофированные формы. Темный колорит депрессии как бы облегчает слияние структур дня и ночи (сознательного и бессознательного).

С другой стороны, возросшее и укрепившееся в сознании чувство вины ведет к депрессии. Колорит «автопортрета», а вслед за ним и всего эмоционального мира становится темнее. Чувство вины и ощущение обиды являются наиболее распространенными причинами невротических депрессий. Похоже, что при неврозах проблема морального самоконтроля занимает особое место. Отражается это и на характере эмоциональных отношений врача и невротика. В случае невроза врачу очень трудно бывает сопротивляться желанию выразить моральное осуждение больного. На это оказывает дополнительное влияние тот факт, что невротик считается принадлежащим к кругу нормальных людей и потому способным нести моральную ответственность за свои поступки и форму выражения своих эмоций. Однако можно предположить, что существуют нарушения функций механизма морального самоконтроля, вызывающие прежде всего возникновение особой установки по отношению к невротикам, вследствие которой человек, находящийся в контакте с ними, помимо своей воли становится моралистом, что, очевидно, неблагоприятно отражается на ходе лечения.

См. работы 285, 632.

## **Моральный порядок**

Если в других, менее сложных областях жизни, система самоконтроля функционирует достаточно эффективно, то в области морального порядка она нередко подводит, что особенно хорошо заметно в случае неврозов. Возникающий моральный порядок отличается необычайной изменчивостью, зависит от настроения и эмоциональных установок и угрожает наиболее уязвимым местам в отношениях с другими людьми и с самим собой. Кроме того, нарушения такого порядка легко распространяются на самые глубокие уровни системы самоконтроля, находящиеся за пределами сознания (совесть подсознания, *суперэго*). Таким образом, существует естественная пред-



расположенность к искажению и гиперболизации моральных аспектов «автопортрета».

Решения, относящиеся к вопросам морального порядка, являются в общем случае самыми трудными, поскольку затрагивают наиболее сложные реакции социального окружения, от которого в свою очередь зависит и наиболее значимая оценка в последней инстанции собственной личности. Поэтому принятие подобных решений можно считать высшим испытанием человека. Поэтому решения морального порядка требуют наибольших усилий и предельного напряжения, связанного с сомнениями при выборе предпочтительных вариантов противоположных функциональных структур. Возникает глубочайшая пропасть между «добром» и «злом». Но такое разделение является необходимым для принятия решения морального порядка. И чем труднее вопрос, тем глубже граница, разделяющая альтернативные решения, поскольку такой контраст облегчает их выбор. Однако то, что оказалось отвергнутым, не исчезает из нашего сознания, а сохраняется в нем как один из нереализованных вариантов и, может быть, даже более близкий нашему внутреннему миру, чем тот, который был реализован.

Поскольку реализация функциональных структур связана с тем, что они становятся затем элементами жизни человеческого сообщества и уходят во внешний мир, то это «обобществление» лишает их свойств индивидуальности и персональной принадлежности. В то же время нереализованная функциональная структура в силу только одного факта, что она сохранилась в пределах границ внутреннего мира, является более индивидуальной и принадлежит «сфере интимного» данного человека, а потому оказывает большее влияние на формирование его «автопортрета». Все это оборотная сторона медали нашего сознания или «тень» по Юнгу, свойственная в большей или меньшей степени каждому человеку.

У людей, обнаруживающих большую нерешительность при принятии решения, с характерными чертами интровертного типа «тень» является более сильной, чем у экстравертов, решения которых отличаются большей импульсивностью. Исключенный вариант решения обладает способностью перемещения из области сознательного в область бессознательного. Поскольку сознание должно быть обращено к действительности, то есть к выбранным для реализации функциональным структурам, постольку то, что оказалось отброшенным как неприемлемое, должно покинуть пределы сознательного.

Вытеснение функциональных структур за пределы сознательного несет в себе опасность активизации структур, существующих в подсознании. То, что оказалось вытесненным из сознания, как бы обрастает содержанием бессознательного и поэтому нередко приобретает гипертрофические размеры. Вероятно, именно здесь имеет свое начало двойственность человеческой природы. Человек примерного поведения должен подавлять в себе потенциально «плохие» функциональные структуры, но они, вытесненные за пределы сознательного, иницируют деятельность бессознательного, растут в своих размерах, приобретая чудовищные формы, и оказывают соответствующее влияние на формирование «автопортрета». Вследствие этого человек нередко видит себя в гораздо худшем свете, чем тот, чья деятельность отличается большей спонтанностью, а потому складывается как из «хороших», так и из «плохих» функциональных структур. Иногда человек пытается отбросить «оборотную сторону медали», считая, что зло, обнаруженное в себе самом, не имеет к нему отношения. Что это кто-то другой, укрывшийся в нем самом, провоцирует рождение «плохих» мыслей и даже его дурные поступки. Члены одной из религиозных сект раннего средневековья (манихеи) верили, что греховны не мы сами, а какая-то иная натура, скрывающаяся в нас.

Решение проблемы «обратной стороны медали» играет важную роль в психотерапии. Психиатр должен помочь больному выявить и принять к сведению наличие подавленных «плохих» склонностей. Благодаря этому они извлекаются наружу, то есть реализуются и воспринимаются человеческим сообществом, а потому теряют свою разрушительную силу. После такого «очищения» настроение больного, как правило, улучшается, поскольку подавляемые функциональные структуры, иницирующие деятельность структур бессознательного, привносят вместе с собой в эмоциональный колорит мира больного и в первую очередь в колорит его собственного образа цвета ночи. «Грехи», совершенные в мыслях, обычно кажутся более тяжелыми, потому что они отличаются большей интимностью и сокровенностью, а потому они легче вытесняются в область бессознательного, чем совершенные словом или делом и потому принадлежащие внешнему миру.

Невротические нарушения деятельности системы самоконтроля в области морали чаще всего связаны с формированием фальшивого и несоответствующего реальности образа самого

себя и окружающего мира. Как правило, это инфантильная идеализация. Социальное окружение должно быть таким же добрым и справедливым, как материнская среда в раннем детстве. Естественно, подобные ожидания не находят подтверждения в действительности и вызывают чувство обиды, порождающее в дальнейшем невроз. Представление о самом себе так же является идеализированным и, вследствие этого, нереальным и недостижимым, что в свою очередь приносит чувство вины. Ощущение морального порядка требует большой эмоциональной зрелости, позволяющей увидеть как самого себя, так и весь окружающий мир в его красочном многообразии, а не только в черном и белом.

Моральный порядок не является чем-то исключительно свойственным человеку. Он существует только в более примитивных формах и в мире животных. У животных (особенно у высших млекопитающих) также существует своего рода кодекс запретов и правил социальной жизни. Нарушение данного кодекса вызывает у животных реакцию в основных чертах аналогичную реакции человека. У животных обнаруживается чувство вины, его настроение ухудшается, а его отношение к «социальному окружению» обычно приобретает форму большей покорности. У домашних животных «социальное окружение» представлено чаще всего самим человеком, и именно он выступает в роли создателя норм поведения. У диких животных подобные нормы формируются в течение столетий общественной жизни. Очевидно, они передаются от поколения к поколению на основе традиций, как и у людей, хотя нельзя исключить возможность их биологического происхождения (на основе генетического плана).

Нам неизвестно, в какой степени является «закодированным» в генетическом плане моральный порядок, которым руководствуется человек. Вероятно, что некоторые основные тенденции, обнаруживающиеся при формировании высших систем самоконтроля, обусловлены генетическими факторами. Данные тенденции имеют положительную корреляцию с интроверсией и отрицательную — с экстраверсией. Интроверты более склонны к самоконтролю, чем экстраверты, и менее уверены в своем моральном порядке. Им также в большей степени свойственны сомнения и моральные колебания. Система морального самоконтроля у них более развита, но одновременно и менее стабильна. Вероятнее всего эти черты обусловлены особенностями конституции. Открытым остается

вопрос: возникает ли представление о добре и зле исключительно благодаря интернализации общественного мнения, или оно (по крайней мере отчасти) обусловлено генетически? Являются моральные категории исключительно результатом воспитания, или так же существует и некая «естественная» мораль? Воспользовавшись аналогиями из мира животных, следует допустить существование еще одной вероятности: существование наследуемой естественной морали (*anima naturaliter christiana*). В истории человечества неоднократно предпринимались попытки воспитания человека вопреки этой гипотетической естественной морали (хотя бы в период гитлеризма), однако все они в конечном счете оказывались неудачными. Получается, что человек не может переступить границы человеческой морали, поскольку обречен на угрызения совести. Часто именно она является причиной невротического упадка настроения или ипохондрического поведения. Ощущение болезни в данном случае становится своеобразным наказанием, нередко вызывающим также различного рода страхи и психотическое видение себя и окружающего мира. Тот факт, что человек сам для себя является более суровым судьей, чем окружение, вероятно, можно объяснить тем, что дополнительно к действию внутренней системы наказаний и поощрений подключается архаическая компонента совести, коренящаяся в области подсознания.

Существование высшей (моральной) системы самоконтроля проявляется в том, что в человеческом сознании его собственная психика как бы образуется из трех компонент: эмоционально-чувственной, рассудочной и моральной — *anima vegetativa, intellectualis et spiritualis (moralis)* Галена. С древнейших времен до наших дней многие философы принимали подобную концепцию триады человеческой психики. А философским концепциям природы человека предшествовали теологические концепции.

Во многих религиях принимается тройственная природа Бога. В христианской религии споры о тройственной природе нередко доводили до кровопролития, пока Никейский собор (325 г.) не установил авторитарно природу Святой Троицы. В известной степени теология (наука о природе Бога) выполняет роль аналогичную антропологии (науке о природе человека) или теоретической физики в отношении экспериментальной физики. С конца прошлого века не прекращаются среди психоаналитиков яростные споры о тройственности человечес-

кой природы, по счастью не сопровождающиеся кровопролитием.

Ощущение тройственности человеческой природы можно объяснить тем, что человеческий ум склонен воспринимать действительность как совокупность контрастов (тезиса и антитезиса), на основе которых осуществляется выбор промежуточной и наиболее приемлемой структуры (синтез). Троица играет важную роль во многих религиозных и философских системах. Безусловно, мы не знаем, можно ли действительность представить разложением на противоположные процессы, как мы их ощущаем. Но такой ритм утверждения и отрицания можно обнаружить почти во всех известных явлениях: день и ночь, жизнь и смерть, мужественность и женственность, ян и инь, добро и зло, красота и уродство, Бог и дьявол, небо и пекло,  $-1$  и  $+1$ , электрон и позитрон, материя и антиматерия, процессы анаболические и катаболические, побуждение и торможение, деполяризация и гиперполяризация, радость и печаль, любовь и ненависть и т. д.

Трудно ответить на вопрос, может ли человек лишенный совести быть счастлив, поскольку подобную ситуацию можно назвать абсолютно условной. Система самоконтроля является составной частью любого живого организма, а совесть является его неотъемлемой компонентой, отвечающей за управление наиболее сложными отношениями человека с окружением. Эффективность системы самоконтроля ослабевает по мере усиления жизненной активности и улучшения настроения, и, наоборот, усиливается по мере их понижения.

См. работу 349

## **Система самоконтроля и пространственно-временная организация**

Проблема обратной корреляции между настроением, жизненной активностью и действием системы самоконтроля может быть рассмотрена в категориях пространства-времени. Деятельность системы самоконтроля осуществляется прежде всего во времени и для нее прошлое и будущее имеют особое значение. План будущей деятельности формируется на основе опыта прошлого. В то же время жизненная активность и деятельность человека направлены прежде всего на преобразование внешне-

го мира и осуществляются в пространстве. Здесь принимается в расчет в первую очередь настоящее, а прошлое и будущее не играют существенной роли. Человек, благодаря своим несоизмеримо более высоким способностям создания различных функциональных структур в сравнении с животными, не может ограничиться границами настоящего. Время имеет для человека большее значение, чем пространство. Он в значительной мере живет прошлым и будущим, а не настоящим временем. Из-за этого он упускает много благоприятных возможностей, связанных с тем, что может дать сиюминутное существование. Степень гармонии человека с его окружением никогда не бывает такой полной, как это бывает в мире животных. Заметно это хотя бы даже по его движениям: они у человека более «угловатые», резкие, и в них нет естественности, присущей движениям животных, поскольку в каждом человеческом жесте больше прошлого и будущего, чем настоящего. Поэтому они никогда не воспринимаются с такой естественностью в окружающей среде, как движения животных.

Под влиянием некоторых дислептиков, например ЛСД, восприятие течения времени изменяется: настоящее время оказывается более протяженным и, может быть, благодаря этому интенсивность переживаний становится намного сильнее, чем в обычном состоянии, когда человек живет более прошлым и будущим, чем настоящим. То же самое наблюдается во время сильных эмоций, когда человек живет только настоящим, а прошлое и будущее уходят из его сознания. В то же время интенсивность переживаний становится намного выше, чем при обычном эмоциональном состоянии. Остается только задуматься над тем, какое богатство чувств и переживаний оказывается недоступным человеку из-за того, что он вместо того, чтобы жить настоящим мгновением, более живет прошлым и будущим.

Кроме этого существуют несомненные отличия, обусловленные расовой принадлежностью и особенностями конституции, а также климатом, культурно-экономическими факторами и т. д., оказывающими влияние на отношения между настоящим, прошлым и будущим. Представители белой расы, особенно живущие на Севере, менее живут настоящим, а более прошлым и будущим. Отсюда берет свое начало тенденция преобразования действительности в соответствии со своим планами (проекция в будущее) и склонность к уважению традиций (связь с прошлым). В то же время представители черной расы более

живут настоящим, откуда происходит их свобода в обращении с пространством. Их движения отличаются большей свободой и гармонией, чем у людей белой расы. Прошое и будущее не играют у них той роли, что у белых, зато большое значение имеет настоящее. Люди пикнического (плотного, тучного) телосложения более ориентированы на настоящее время, чем люди астенического (высокий рост, слабая мускулатура) телосложения. Если принять способности обращения к прошлому и настоящему как признаки эволюции человека, то следовало бы также признать, что ббльшие способности к эволюции у некоторых людей обусловлены особенностями их конституции.

Обычно и генезис депрессии имеет свои отличия у личностей циклотимического типа с пикническим телосложением по сравнению с личностями шизотимического типа с астеническим телосложением. У циклотимиков среди факторов, вызывающих депрессию, на первом месте следовало бы упомянуть нарушение эмоциональных связей с окружением (например, потеря близкого человека). В отличие от них, у шизотимиков на первом месте находятся причины, связанные с эмоциональными отношениями к самому себе (проблемы «автопортрета», совести, фрустрации, творческих установок, деспотизма личности и т. д.).

См. работу 20.

## **НЕКОТОРЫЕ ЧЕРТЫ ПЕЧАЛИ**

### **Нервная и психическая темнота**

Глубину депрессии можно оценить по степени насыщенности темного спектра в колорите внутреннего мира человека. Если мир становится серым, печальным, отталкивающим, и таким же ощущает себя человек, то еще можно говорить о том, что депрессия находится на уровне невроза, несмотря на то, что ее генезис не имеет невротического характера, а имеет, например, характер циклофренический. Если же мир злого погружается во мрак, и в этой темноте доминируют элементы ночи (то есть элементы психического), тогда можно говорить о психической депрессии даже тогда, когда ее генезис связан с нервным конфликтом, а не с патологией осцилляции жизненной активности, как это имеет место при циклофрении.

Очевидно, что установление границы между психическим и невротическим уровнями зачастую является достаточно условным, а в случае депрессии — особенно трудным вопросом. Впрочем, название не играет большой роли в лечении и в способах подхода к больному. Похоже, что более существенным является способность оценки колорита, у которого имеется множество оттенков, а также способность установления основных этиологических факторов, от которых зависит выбор подходов к больному.

## Неизменность

Независимо от глубины депрессии происходит редукция цветовой гаммы колорита вплоть до одного единственного цвета. Мир депрессии — это мир монохроматический, в нем царит серость или полная темнота и в нем нет ни красок, ни солнца. Эта характерная для депрессии редукция полной палитры красок жизни противоречит одному из основных свойств жизни, а именно — ее изменчивости. Жизнь не стоит на месте, она вечно меняется и изменяется ее палитра.

Человек психически здоровый то весел, то грустен, то влюблен, то кого-то ненавидит и палитра мира его переживаний меняется в зависимости от внешней ситуации, а также под влиянием изменений внутреннего состояния, не зависящего непосредственно от внешних раздражителей. При депрессии весь мир вокруг окрашен темными красками разных тонов. Изменчивость становится неизменностью. Обычной в состоянии депрессии является мысль о том, что ничто уже не может измениться, разве что в худшую сторону. Больной не верит в перемены, которые может принести с собой будущее.

Вследствие редукции колорита образ мира и самого себя становится убогим. Одни и те же мысли и фантазии преследуют больного, и он не в состоянии от них оторваться. Похоже, что богатство эмоций в значительной мере зависит от изменчивости колорита чувств, поскольку изменение настроения или эмоциональных установок вызывает одновременное изменение наших взглядов на себя и на окружающий мир, и наше внимание привлекают тогда совсем иные черты этого мира. Зависимость колорита переживаний и их содержания является двусторонним. Переживания вызывают изменение колорита, а



изменение колорита — изменение переживаний. Редукция колорита влечет за собой оскудение мира переживаний.

Редукция колорита становится отличительной чертой между депрессией и шизофренией. В состоянии шизофрении колорит отличается большей изменчивостью, чем в нормальном состоянии. С этим связана необычность его колорита, которая в свою очередь отражается на своеобразии переживаний при этой болезни. При депрессии необычность обнаруживается только тогда, когда на поверхность сознания поднимается содержание подсознания (течение ночи или психоза).

14

## Привыкание

Страдающий депрессией привыкает к темноте своего мира. Красочное многообразие света дня отталкивает и раздражает его. Мир здоровых людей для него чужой, для него это просто другая планета. Он не может понять радостных, смеющихся и счастливых людей. Они чужды ему, раздражают его, и ему хочется скрыться от них. Как человек, прошедший много времени в темноте, щурит глаза, выйдя на свет, так и больной в состоянии депрессии уходит и замыкается в себе, в то время когда окружающие стараются вернуть его в круг нормальной жизни. Вследствие контраста его состояния с окружающим его всеобщем депрессия становится еще глубже.

Обычно больные, страдающие депрессией, лучше себя чувствуют в среде, по своему колориту более соответствующей их настроению, то есть среди печальных людей. Привыкание к темноте депрессии нередко мешает лечению этой болезни. У больного как будто пропадает желание выйти на дневной свет. Ему намного лучше в полумраке своего убежища вдали от житейских обязанностей, от людей, которые его так раздражают. Ему лучше вести жизнь отшельника, размышляя о никчемности человеческих стремлений и трудов и мечтая о смертном сне.

Иногда упорное нежелание выйти из печали становится своеобразной мезьей окружающим: «Вы были злыми по отношению ко мне, смотрите же теперь на мои страдания». В других случаях такое состояние может быть наказанием совести (обычно ее части, находящейся в подсознании) за совершенные грехи: «Я страдаю потому, что это заслужил». Пребывание в печали может оказаться попыткой бегства от пустоты соб-

ственной жизни: «Я страдаю, потому что все вокруг бессмысленно».

Депрессии инволюционного периода часто имеют хронический характер и постепенно приводят к старческой депрессии и самоизоляции. У пожилого человека зачастую уже нет ни сил, ни желания покинуть свой темный угол, в котором он так хорошо «устроился». И ему даже доставляет удовольствие пребывать в своей печали.

Элемент привыкания, несомненно, играет довольно важную роль при хронических депрессиях особенно невротического типа, которые могут продолжаться от юных лет до глубокой старости. Обычно в этом случае приходится иметь дело также с нарушениями эмоциональных отношений с окружающими. Такие люди, как правило, не способны любить, и вследствие этого их жизнь становится серой и пустой. Печаль становится своеобразной философией их жизни. В определенной мере такая установка в их собственных глазах позволяет им возвыситься над окружающими, так как, по их мнению, только по-настоящему мудрый человек понимает насколько бессмысленна жизнь и ничемны человеческие стремления и т. д.

## Мудрость и печаль

В различных культурах и эпохах печаль и мудрость часто сопутствуют друг другу. Такая взаимная привязанность мудрости и печали может объясниться тем, что в серости депрессии многое воспринимается совсем иначе, чем при обычном свете. В темноте теряется перспектива, близкое становится далеким и, наоборот, горизонт уходит в бесконечность. Человек задает себе вопросы, обычно заслоненные более близкими заботами. Он задумывается над тем, ради чего он живет, в чем смысл самой жизни и т. д. Эти вопросы выходят за пределы, очерченные горизонтом обыденности. И они возникают только тогда, когда мир переживаний становится серым, поскольку при этом человек уже не может ясно разглядеть то, что находится совсем рядом. Взгляд *sub specie aeternitatis* (с точки зрения вечности) является достаточно характерным при депрессии.

Отличительной чертой нормального колорита жизни можно назвать изменчивость. В серости или черноте депрессии образ мира и самого себя перестает переливаться различными крас-

ками и застывает. Переживания больного обращаются вокруг одной и той же темы. Трудно, конечно, утверждать, что страдающий депрессией становится философом, однако именно философским размышлениям свойственна определенная статичность. Необходимо оторваться от течения повседневной жизни и углубиться в размышления над одним вопросом. Возможно, что именно с этим связано впечатление о том, что печаль сопутствует мудрости.

Однако при депрессии вследствие общего ослабления жизненной активности творческие способности значительно ослабевают. И хотя во время депрессии человек может произвести впечатление более мудрого, чем он кажется в обычном состоянии, эта «мудрость» ничего с собой не приносит. Если при шизофрении неоднократно отмечались случаи взрыва творческих способностей, то при депрессии наблюдается противоположное — их полное угасание. Это может стать дополнительной причиной ухудшения настроения у людей, чья деятельность связана с творческим трудом (артисты, литераторы, ученые и т. д.). Даже при легких депрессиях творческие способности ослабевают. Часто это является первым симптомом приближающейся депрессии.

Хотя во время депрессии и обнаруживается способность к «философскому» взгляду на жизнь, однако эта способность ничего не приносит с собой, поскольку творчеству необходим соответствующий уровень жизненной активности. Тем не менее знакомство с темной стороной жизни, скрывающейся под красочным покровом, учит человека тому, что «не все золото, что блестит». При депрессии множество забот, с которыми приходится считаться в обычной жизни, теряет свое значение. Успех, житейское везение, похвала людей, так радующих человека в его обычной жизни, в этом состоянии не приносят радости, а их значение падает до нуля.

С «философской» точки зрения множество дел, из-за которых человек особенно хлопочет, собственно говоря, никакой ценности не представляет, но часто именно они побуждают человека к жизненному усилию. Без них он мог бы поддаться внутренней инерции, противопоставленной динамике жизни. Эта проблема особенно заметно проявляется у пожилых людей. Их жизненная активность ослабевает, и поэтому обычные каждодневные заботы требуют от них больших усилий, чем от молодых людей. И все-таки они хлопочут по поводу тех же самых мелких забот, поскольку именно они спасают их от

печали старости и ощущения бессмысленности всего происходящего.

При депрессии, хотя это и звучит парадоксально, человек приближается к границе между жизнью и смертью. У этого предела обесцениваются многие драгоценности, которые так жадно хранились на старость и которые нередко в течение прошлой, полнокровной жизни приобретали значение несоизмеримо большее их действительной ценности. Амбиции, успех, борьба за положение в обществе или за материальное благополучие и т. д. — все заботы, поглощающие внимание любого человека в повседневной жизни, во время депрессии совершенно теряют свое значение. Как будто неожиданно открывается иллюзорность человеческих стремлений и ничтожность человеческих радостей. Человек во время депрессии задает себе вопрос, какой смысл все это имеет. И уже сама постановка вопроса имеет философский аспект. Отсюда и происходит убежденность в мудрости печали.

В обычной жизни изменчивость колорита связана с тем, что центральное место в сознании занимают то вопросы, имеющие положительный знак (доставляющие удовольствие), то вопросы, имеющие отрицательный знак (вызывающие неудовольствие). Благодаря этому жизнь является одновременно и трагедией и комедией. Монохроматизм колорита депрессии приводит к тому, что исчезает изменчивость переживаний. Внимание оказывается поглощенным одной темой, как правило, неприятной для больного. И здесь уже не помогает упомянутая выше «философия» депрессии. Больной не в состоянии убедить себя, что эта проблема, как и все остальное в его жизни, не имеет большого значения. Наоборот, мелкие проблемы приобретают огромные размеры.

Это нарушение пропорций аналогично тому, что мы можем наблюдать в темноте. Все становится большим, грозным, а человек чувствует себя маленьким и подавленным громадностью окружающей его темноты, в которой есть нечто от бесконечности. То же самое можно отнести и к феноменам, поднимающимся из глубин бессознательного. Человеческая поражают гигантские размеры того, что возникает отсюда, и чудовищность собственного образа. Таким образом, темнота нивелирует детали пейзажа, все растворяется во мраке, но одновременно увеличиваются в размерах контуры некоторых предметов. То же самое явление наблюдается и в состоянии депрессии.

## Ужас и бесконечность

Если депрессия выходит за границы психоза или когда под влиянием потемнения колорита на поверхности оказывается то, что ранее подавлялось или таилось в глубинах подсознания, тотчас мир больного заполняется удивительными существами, все они опасны и угрожают ему. Химеры ночи могут быть такими ужасными, что страх становится основным симптомом депрессии. Образы, возникающие из мрака депрессивной ночи, обычно связаны с ощущением своей вины, предчувствием катастроф и гибели.

Чувство вины возникает из каких-то старых провинностей, нередко давно уже забытых. Часто это могут быть нарушенные запреты, касающиеся сексуальной сферы, например, мастурбация, прерывание беременности, прелюбодейание и т. д.

Нарушение табу, совершенное при обычных житейских обстоятельствах, когда человек, раскаявшись в содеянном, в конце концов о нем забывает, во время депрессии превращается в основную проблему, полностью занимающую сознание. Человек оказывается не в состоянии перенести тяжесть своих вымышленных и большей частью преувеличенных грехов. Он полагает, что расплатой за совершенные грехи может стать несомненно ожидающая его в будущем катастрофа. Эта катастрофа может наступить в форме неизлечимой скрытой болезни, которую ни один врач не в состоянии распознать, или в форме материального краха (личного или кого-либо из близких родственников), или в форме изменившегося отношения окружающих, узнавших о совершенных большим прегрешениях, которые единодушно его осудили и назначили ему заслуженную кару (бред преследования).

Ощущение катастрофы может происходить из чувства вины, однако может быть также порождением тьмы, свойственной депрессии. В этом мраке человек сталкивается с бесконечностью смерти. Смерть становится катастрофой мира индивидуальности, но обычно индивидуальный мир является также и общим миром. Правда, каждый знает, что после его смерти жизнь не остановится, но, несмотря на это, в человеке продолжает существовать иррациональная убежденность, что его смерть означает конец всего. Это ощущение возникает из-за того, что внешний мир является для каждого человека в первую очередь миром его переживаний, а значит его собственным миром. Невозможно выйти за пределы собственного

мира. Если смерть несет гибель ему, то значит несет её и всему миру.

В состоянии глубокой депрессии больной в своих субъективных переживаниях оказывается намного ближе к смерти, чем в старости или во время тяжелого соматического заболевания.

Приближение к смерти несет с собой опасность искушения бесконечностью. Смерть несет с собой отдых, избавление от зноя жизни, она является бегством от всего того, что угнетает человека. Если мир отталкивает от себя, то смерть становится притягательной. Поэтому во время депрессии процент покушений на самоубийство в сравнение с обычными показателями увеличивается в несколько или даже в несколько десятков раз. Обычно это самые серьезные намерения, нередко заканчивающиеся смертью. Самоубийство в состоянии депрессии является настоящим стремлением к смерти, а не призывом о помощи.

Во время глубоких депрессий покушения на самоубийство обычно происходят реже, поскольку понижение жизненной активности оказывается настолько значительным, что больной оказывается не в состоянии совершить усилие, связанное с принятием решения лишить себя жизни. Нередко случается, что больной осуществляет покушение на свою жизнь тогда, когда курс лечения приносит некоторое улучшение его самочувствия.

## **Изменение пространственно-временной структуры**

Темнота депрессии изменяет структуру мира переживаний больного. Здесь можно опять воспользоваться аналогиями суточного ритма смены дня и ночи. Структурная организация времени и пространства ночи совершенно иная, чем дня. При ясном свете дня размерность пространства и времени близко соотносится с очевидными для всех событиями. В качестве меры пространства и времени принимаются интервалы пространства и времени, отделяющие события друг от друга. Каждый человек обладает индивидуальным событийным полем, представляющим для него актуальный интерес, и потому индивидуальное время и пространство у каждого человека имеет свои особенности. Тем не менее существует «пространство-время» общее для всех людей, в котором от-

дельные его интервалы измеряются общими для всех событиями. Такая структура принимается как некий универсум, с которым необходимо согласовать индивидуальные пространственно-временные структуры.

В темноте ночи пространственно-временная структура как будто оказывается размытой. В темноте становятся неразличимыми общие для всех людей события, являющиеся универсальной мерой времени и пространства. На первый план выходят события личной жизни и то только те из них, которые в наименьшей степени имеют отношение к общим событиям, а потому отличающиеся особой индивидуальностью. Ночь — это время не только боли, агонии и терпения, но также время любви, экстаза и озарения. То, что принадлежало глубинам внутреннего мира, ночью оказывается на поверхности. Обычно все это происходит во время сна, когда переживания, которые в течение дня не дошли еще до сознания (как свежие, так и давние; те, что оказались реализованными или являющиеся потенциальными структурами, обращенными в будущее) сплетаются друг с другом, создавая удивительные образы сновидений. Пространственно-временная организация дня в этом мире необязательна. Мы не в состоянии даже воспроизвести эти образы, поскольку в каждом новом сне события подчиняются другой пространственно-временной логике. Во время ночного бодрствования у человека, правда, сохраняется универсальная пространственно-временная структура дня, поскольку она является типичной для состояния бодрствования, но под влиянием темноты она подвергается существенным изменениям. Время бессонной ночи обычно замедляется. Мерой времени является количество событий, приходящихся на определенный его отрезок. Если их много — время замедляется. Когда, например, в течение дня происходит много различных событий, то нам кажется, что день тянулся очень долго, а когда таких событий происходит мало, то день проходит быстро. Таким образом оценивается течение времени. В то же время настоящее оценивается темпом происходящих изменений. Если обстановка быстро изменяется, то время летит быстро, а если медленно или невозможно дожидаться каких-либо изменений, то время тянется долго.

Следовательно видно, что переживание времени в настоящем и переживание времени в прошлом оказываются в отношении друг к другу обратно пропорциональными. День бедный событиями кажется более продолжительным, но по

прошествии времени представляется уже коротким, поскольку ничего не произошло. И наоборот, день, насыщенный событиями, быстро проходит, но в конце его мы испытываем ощущение, что прошла целая неделя или даже месяц. Мерой прошедшего времени становится количество новых информационных записей в памяти (количество пережитых событий), а мерой настоящего времени, данного нам в актуальных переживаниях, становится продолжительность ожидания новых событий. Чем это ожидание дольше, тем медленнее тянется время, и наоборот, чем меньше ожидание — тем быстрее течение времени.

Восприятие времени зависит также от эмоциональных установок. Если в течение данного отрезка времени мы чувствуем себя хорошо, то время проходит незаметно для нас, а когда плохо — тянется дольше. В период депрессии время замедляется, на что оказывают влияние как эмоциональные установки его восприятия, так и дефицит динамичности. Время депрессии является плохим временем, от которого хотелось бы убежать, но, к сожалению, некуда. Больной оказывается в замкнутом для него временном пространстве, угнетенный прошлым и настоящим и без перспектив в будущем. В таком времени мало что происходит. Переживания монотонно вращаются вокруг одних и тех же сюжетов: безнадежности, чувства вины, страха перед надвигающейся катастрофой и т. д.

Поэтому день во время депрессии тянется долго, а еще дольше тянутся бессонные ночи. Когда депрессия проходит (хотя бы она и продолжалась долго), у больного остается ощущение, что минула ночь, оставившая многочисленные следы в памяти, поэтому этот период в переживаниях воспринимается как непродолжительный. Время в состоянии депрессии отмечено знаком бесконечности: больному кажется, что наступившая темнота становится вечной. Он теряет ощущение изменчивости, характерное для нормальной жизни при свете дня.

Обычно человек радуется тому, что завтра все будет по-другому. В ощущении изменчивости всегда теплится надежда на лучшее. Это ощущение защищает человека от чувства безнадежности даже в тех ситуациях, которые, объективно оценивая, можно назвать безнадежными. Над миром депрессии можно поместить слова, начертанные Данте над воротами Ада: «Оставь надежду, всяк сюда входящий». У больного в депрессии нет будущего, в нем царит вечность мрака настоящего и такого же мрака темного будущего.



Изменчивость, характерная для любых жизненных процессов, наделяет человека перспективой будущего. Если вследствие ослабления жизненной активности степень изменчивости понижается, тотчас время задерживается на месте, и будущее перестает существовать, ибо будущее предполагает возможность изменения настоящей ситуации. Прошлое не может исчезнуть, поскольку оно уже закреплено в информационных записях памяти, но темный колорит депрессии вызывает в сознании только темные записи. Прошлое сливается с настоящим в общей для них темноте. Настоящее в состоянии депрессии становится вечностью — здесь было, есть и будет темно. Все останется неизменным и необходимо оставить свои надежды. Если во время депрессии нередко мелкие проблемы для больного становятся колоссальными, то это в значительной степени связано с рассмотренными изменениями структуры индивидуального времени. Если точка превращается в бесконечность, то есть настоящее принимает знак вечности, тотчас самая незначительная вещь, находящаяся в этой точке, также становится отмеченной этим знаком.

Аналогично изменениям размерности времени в состоянии депрессии происходят изменения размерности пространства. Впрочем, между этими изменениями существует вполне очевидная взаимосвязь. Если ослабление жизненной активности замедляет изменчивость жизни и в случае глубокой депрессии приводит к настоящему застою, для которого временная точка превращается в вечность, то аналогичные изменения происходят и с пространством: человек чувствует себя как в темнице, которой для него становится вечность, поскольку оттуда нет для него выхода. Это явление также связано с темнотой депрессии. Как уже говорилось, в темноте стираются контуры окружающего мира, горизонт приближается к самому человеку и — одновременно — уходит в вечность. Поэтому ночь является порой торжества предельных состояний — экстаза любви и агонии смерти.

Мера пространства устанавливается в процессе человеческой деятельности. Ощущение протяженности пространства возникает благодаря экспансии человека в окружающий мир. Чем стремительней экспансия, тем больше пространство, принадлежащее человеку, поэтому оно находится в непосредственной зависимости от его жизненной активности. Поза печального человека — это съежившаяся, уменьшившаяся в размерах фигура, вокруг которой как бы съеживается окружающий мир.

И наоборот, веселый человек как будто сам подрастает, и вместе с ним увеличивается в размерах окружающий мир. Здесь опять можно обнаружить общие свойства с особенностями восприятия времени. Пространство также находится в зависимости от событий и их изменчивости, происходящих на данном отрезке времени, а значит — от характера человеческой деятельности. Размерность пространства связана только с активной деятельностью человека, а размерность времени имеет отношение, как к активному, так и к пассивному состоянию. В последнем случае принимается во внимание изменчивость внешних условий, в то время как для восприятия размерности пространства обязательным является наличие экспансии в окружающий мир и движение.

Все эти замечания относятся к процессам сознания. Мы не знаем, каким образом организованы метрические отношения пространства и времени в периоды нашей жизни, являющиеся недоступными для обычной памяти нашего сознания, например, в утробном периоде развития или в начальном периоде послеутробного развития. Можно, правда, проследить их развитие предметно: с момента оплодотворения начинают работать наши «биологические часы» и наблюдаются изменения функциональных и морфологических пространственных структур.

С формированием пространственных структур связаны также процессы принятия решения. Любое движение в пространстве требует предварительного принятия решения: приблизиться или удалиться, пойти вперед или назад, влево или вправо, наклониться или выпрямиться и т. д. Чем легче принимаемое решение, тем просторнее и свободнее воспринимается окружающий мир. Если же решение является сложным, то происходит замыкание пространства. Открытое пространство дает большую свободу движения. Не надо задумываться о том, куда двигаться, поскольку дорога открыта всюду. Напротив, замкнутое пространство лишает человека свободы движений. В состоянии депрессии пространство замыкается, поэтому в нем особенно трудно передвигаться, любое решение требует невероятных усилий. Доходит до того, что человек прекращает вообще двигаться, застывает без движения. Самые простые занятия становятся трудными и требуют максимального напряжения воли для их выполнения. Трудность принятия решения связана прежде всего с тем, что жизненная активность во время депрессии значительно понижается, а для принятия решения требуется определенное усилие.

## Невозможность принятия решения при неврозах

Случается, однако, что проблемы принятия решения становятся важнейшими, особенно при депрессиях невротического типа, и именно они приводят к свертке жизненного пространства человека и, соответственно, к понижению его жизненной активности. Логическая последовательность этих событий является, таким образом, обратной ранее рассмотренной.

Проблемы принятия решения являются сущностью так называемого невротического конфликта. Данный конфликт может происходить в сфере ясного сознания или ниже его порога.

Обычно серьезный конфликт как будто задевает глубокие слои подсознания, что, очевидно, еще более его усугубляет. Например, конфликт с начальником, происходящий в области сознательного, может вызвать ассоциации конфликта с отцом, следы которого даже не сохранились в памяти. Конфликты с женой могут вызвать негативные эмоции, существовавшие когда-то по отношению к матери и которые также не остались в воспоминаниях, но несмотря на это характер этих отношений остался в виде матрицы интимных отношений с другими женщинами.

Каждое решение связано с характером предыдущих решений, принимавшихся в похожих эмоциональных ситуациях. Собственно говоря, самыми трудными становятся именно решения, непосредственно связанные с тяжестью ранее принимавшихся решений. Часто повторяющиеся решения подвергаются автоматизации и осуществляются с минимальным привлечением активности нервной системы и, как правило, не привлекая сознание. Трудно себе представить, например, чтобы решения, принятие которых связано с движениями во время ходьбы, несмотря на то, что они являются наиболее часто повторяющимися, оказались причиной невротического конфликта. Подобный случай может иметь место, если такое решение вдруг окажется постоянно связанным с определенными проблемами (например, инвалидностью) и поэтому не подвергается автоматизации и постоянно требует работы сознания.

В то же время решения, связанные с большой эмоциональной нагрузкой или которые вследствие особенностей своего эмоционального характера не оказались до конца осуществленными (причем, альтернативная подавляемая функциональная

структура продолжает развиваться в сознании или — что бывает чаще — за ее пределами), ложатся всей своей тяжестью на будущие решения. Стоит случиться похожей ситуации, как тотчас данная структура начинает мешать процессу принятия решения, сомнения усиливаются, а сам процесс оказывается совершенно не связанным с процессами мышления и связывается с тем, что оказалось вытесненным в область бессознательного.

Нарушение процессов принятия решения вызывает замедление двигательной активности в непосредственно прилегающем пространстве. Человек в своих сомнениях как бы топчется на месте, не может двинуться вперед, чувствует себя оказавшимся в тупике, из которого нет выхода. Его жизненное пространство оказывается замкнутым, и это подавляет его жизненную активность. Такой человек испытывает постоянное внутреннее напряжение, ему хотелось бы действовать, двигаться вперед, вырваться из невротического застоя. Но он не может этого сделать и чувствует, что крутится на одном месте. Пониженное настроение, типичное для всех видов неврозов, таким образом, в своей основе имеет иные причины, чем, например, эндогенная депрессия, при которой первичным является понижение жизненной активности. Очевидно, что при неврозах можно обнаружить элементы колебаний настроения, не зависящие от внешней ситуации и имеющие эндогенный характер. При этом доминирует своеобразная невротическая грусть, являющаяся последствием невротического конфликта.

В изменениях пространственно-временной структуры при неврозах отражаются последствия конфликтной ситуации, которая может быть представлена в категориях процесса принятия решения. Эмоциональная нагрузка, связанная с конфликтной ситуацией (психологический комплекс) проявляется как уплотнение пространственно-временной структуры в месте конфликта. Это место становится эпицентром всех событий, в котором можно отыскать причины всех нарушений в отношениях к окружающему миру и к самому себе. Здесь берет начало искаженное восприятие самого себя и окружения, поскольку невротик видит окружающий мир и самого себя сквозь призму собственных конфликтов.

В тематике переживаний при невротических депрессиях преобладают мотивы конфликтов. Напротив, для эндогенных депрессий характерным является ощущение бессмыслен-

ности собственной жизни, а для инволюционных депрессий — мотивы катастроф, обычно в форме мании гревовности и преследования.

### **Убожество тематики**

Убожество тематики депрессивных состояний выразительно подчеркивается фактом зависимости содержания образов внутреннего мира от его колорита. Если колорит отличается живостью, тематика также становится богатой (крайним примером является богатство и разнообразие тематики внутреннего мира при маниакальных состояниях). Таким же богатством отличается тематика в периоды обострения шизофрении, сменяющаяся затем шизофренической пустотой. Следует различать психотическую темноту (ритм дня и ночи) и темноту депрессии (ритм времен года, то есть ритм жизненной активности). Во мраке ночи на поверхность всплывает то, что обычно скрыто или нельзя увидеть при свете дня: бессознательное заполняет сознание. Благодаря этому тематика темноты ночи приобретает богатство своего содержания. Напротив, в темноте депрессии вследствие ослабления жизненной активности все замирает. Как уже говорилось, обе разновидности темноты во время депрессии могут перемешиваться друг с другом.

Помимо того, что во время глубокой депрессии на поверхность сознания всплывает то, что обычно находится за его пределами, следует отметить, что для полного развития этих образований необходима достаточная жизненная активность. Вследствие ее дефицита переживания оказываются довольно бедными и тематически ограниченными. Здесь явно ощущается ограниченность внешней экспансии: мир депрессии замкнут в узком пространственно-временном объеме. Для больного сосредоточенность на одной неприятной теме воспринимается как нечто во много раз более неприятное, чем переход от темы к теме.

При реактивных депрессиях чувства и мысли больного кружат вокруг проблемы, вызвавшей депрессию. Проблема вследствие искривления перспективы приобретает большее значение, что, очевидно, усугубляет тяжесть угнетенного состояния. Оценить, в какой степени конфликтная ситуация влияет на возникновение депрессии, бывает нелегко.

Случается, что депрессия имеет чисто реактивный характер и только рецидивы, начинающиеся без понятных причин, указывают на ее эндогенный характер.

## **Неприятности**

Анализируя жизненные истории больных, страдающих депрессией, можно обнаружить в них намного больше травматических эпизодов, то есть очевидных реактивных факторов, чем в истории жизни людей, не подверженных этому заболеванию. Можно предположить, что печаль как бы притягивает к себе печальные события. Так оно в действительности и есть, если исходить из субъективной точки зрения. У печального человека внимание сконцентрировано на неприятных событиях своей жизни, не то что у веселого человека. Трудно сказать, что происходит на самом деле, поскольку объективная оценка психологической травмы часто просто невозможна. У каждого человека могут быть свои причины душевной травмы. И даже для одного и того же человека в зависимости от настроения одно и то же событие в одних случаях может быть причиной стресса, а в других — проходит бесследно.

Жизненная активность и настроение во многом зависят от условий среды. Однако по своей сути жизненная активность является настолько важным элементом жизненных процессов, что от нее зависят условия среды. Когда жизненная активность человека велика, то и условия среды становятся более содержательными и разнообразными, благодаря тому, что усиливается экспансия в окружающий мир. При понижении динамики, вследствие уменьшения пространства внешнего мира, происходит одновременная редукция ситуационных условий. Человек начинает избегать контактов с другими людьми, становится более ранимым, его адаптивность ослабевает и вследствие этого он не может выбраться из тени к свету и продолжает пребывать в травматическом состоянии и т. д.

## **«Обратная сторона»**

От жизненной активности зависит велик ли окружающий мир или мал, светел он или темен, наполнен ли радостными событиями или грустными. Наши представления об окружаю-

шем мире и о самих себе никогда не являются однозначными. За одним образом скрывается другой, часто совершенно противоположный. С этой юнговской «тенью» связана, между прочим, диалектика человеческой жизни и человеческих переживаний.

Чем сильнее депрессия, тем глубже проникает она в глубинные слои психики, находящиеся за пределами сознания, и благодаря этому диалектика представлений об окружающем мире и о самом себе приобретает особый драматизм. Перед человеком, погруженным в печаль, открывается зло, скрытое в себе, и иллюзорность окружающего мира, которую он раньше не замечал. У него могут обнаружиться отрицательные чувства по отношению к своим близким, совершенно непохожие на его недавнее отношение. Раздражительность, нежелание общаться с людьми, попытки уклониться от контактов с ними — часто являются первыми признаками наступающей депрессии. Обычно по мере углубления депрессии негативные чувства начинают сосредоточиваться вокруг своей особы.

Тематическое содержание депрессивного состояния выявляет насколько форма зависит от колорита. Человек во время депрессии совершенно по-иному видит мир и самого себя, по сравнению с тем, когда у него было хорошее настроение. То, что недавно казалось прекрасным и притягательным, во время депрессии становится отталкивающим, поражает своим безобразием, особенно в этическом плане. Интересно, что во время депрессии в первую очередь обесцениваются этические ценности и только затем материальные и связанные с удовлетворением тщеславия. Этические ценности являются самой деликатной и трудной темой для оценок, и элемент неуверенности, возникающий при одновременном обращении с противоположными представлениями, является наиболее выразительным.

«Другая сторона медали», «тень», бездна в душе человека, обычно скрытая блеском и иллюзорной живостью красок дня — все это открывается во время депрессии. Человек буквально замирает, пораженный тем, что обнаруживает в самом себе и в окружающем мире. Его охватывает страх перед бездонной пучиной, но он уже ничего не может изменить. Все застыло на месте. Оцепенение и неподвижность напоминают состояние атмосферы перед грозой. Слабой аналогией подобных ощущений является тот случай, когда демонстрация фильма вдруг задерживается на одном кадре. Жизнь настолько связана с привычной для нас изменчи-

востью, что отсутствие изменений всегда воспринимается как нечто шокирующее, равнозначное смерти. Вероятно, такое же значение оно имеет и в мире животных: замирая без движения, они симулируют свою смерть и, тем самым, избегают нападения врагов (*Totstellreflex*).

### Персеверация\*

С дефицитом изменчивости связано тематическое постоянство депрессии. Неприятные мысли и навязчивые вопросы угнетают больного, он не может от них оторваться. Такая персеверация переживаний несколько напоминает невроты навязчивых состояний. Только такие состояния отличаются инородностью навязчивых мыслей, с которыми борется больной. В отличие от этого при депрессии такие мысли становятся ядром его переживаний и воспринимаются больным как несомненная правда, которую он только до сих пор не замечал и которая ему открылась сейчас во время болезни.

Предполагается, что именно подобная деформация пространственно-временных структур во время депрессии становится источником самых сильных страданий больного. Обычно мир постоянно меняется, благодаря чему человека даже в самых неблагоприятных ситуациях не оставляет надежда. Только над входом в ад начертано: «*Lasciate ogni speranza*» («Оставь надежду, всяк сюда входящий»). Потому что ад является вечностью и в нем ничего не может измениться. Трагизм депрессии связан с замыканием пространства и времени в одной точке, превращающейся вследствие этого замыкания в бесконечность.

Во время депрессии больной никогда не верит в то, что это болезнь, которая может пройти, как проходит все на свете. Настоящее состояние в его понимании распространяется в бесконечность. Больной согласен лечиться, он слышит мнение врача о том, что такое состояние является преходящим, но в глубине души в это не верит. Черные мысли, постоянно преследующие его, и от которых он не может оторваться, толкающие его на отчаянные поступки, неприятны не только потому, что они «черные» (поскольку и здорового человека

---

\* *Персеверация* — стереотипное повторение у человека какого-либо психического образа, действия, высказывания или состояния.



время от времени подобные мысли посещают), но и вследствие их постоянства, когда они словно гвозди вбиты в мозг и нет способа от них оторваться. Их постоянство является последствием деформации пространственно-временной структуры, свертывающейся в размерах к одной точке, которая становится бесконечностью и вечностью.

### **«Провалы» в структуре пространства-времени**

Если при шизофрении структура мира переживаний больного оказывается разбитой, и в экспозиции психоза открываются различные фрагменты этого мира, то во время депрессии в данной структуре обнаруживаются провалы. Как лопнувший мыльный пузырь весь мир вдруг превращается в одну каплю. И, скорее всего, это капля смолы, из которой невозможно выбраться. Редукция целого мира к одной черной точке заставляет человека взглянуть на жизнь совсем по-другому. Это именно тот самый взгляд *sub specie aeternitatis*, та самая «мудрость» печали, о которой уже шла речь раньше.

Больные часто жалуются на то, что «в них что-то сломалось», испытывают стесненность, как будто они оказались в темном подземелье и т. д. Такого рода жалобы указывают на то, что определяется здесь как «провалы в пространственно-временной структуре мира больного». Для физических явлений этого рода «провалы» в пространственно-временной структуре связаны с особенностями концентрации плотности материи.

Аналогично во время депрессии происходит «уплотнение» мира больного. Сгущаются краски его колорита, так что в конце концов он становится черным. Уплотняется тематика переживаний: все как будто сводится к одной неразрешимой проблеме. Тяжелыми становятся мысли и чувства больного. Он жалуется на их тяжесть и на то, что не может от них оторваться. Тяжелым становится принятие решений, их тяжесть оказывается непосильной для больного. Даже в элементарных ситуациях он не может принять решение. Даже движения у него становятся все более тяжелыми, так что он может просто застыть в позе отчаяния.

## «Уплотнение»

Возникновение такого уплотнения может иметь как внешнюю, так и внутреннюю причины. Примером «уплотнения» вызванного внешними факторами, является наша современная цивилизация, которая вследствие усложнения социально-экономических отношений значительно затрудняет реализацию личных планов человека и вынуждает его подчиняться потребительским, а не творческим установкам. В своем окружении он чувствует себя так, словно движется в смоле, когда каждое движение встречает сопротивление. Такого рода условия среды вызывают ослабление жизненной экспансии. Быть может, именно отсюда берет свое начало печаль нашей эпохи. Среда, оказывающая сопротивление прогрессу, то есть способностям человека к развитию, самореализации, удовлетворению основных биологических потребностей человека и т. д., является «плотной» средой. Требуется большие усилия для того, чтобы проложить через нее свою дорогу.

«Уплотнение», вызванное внутренними факторами, связано с различного рода конфликтами и деформациями личности, а также с психологическими комплексами, обуславливающими, что мир переживаний, как будто уплотняется в наиболее уязвимых местах эмоционального мира человека. В них оказываются сосредоточенными все переживания. Ничто не доходит до человека и не исходит от него, что могло бы поколебать эту уплотненную структуру мира больного. Из-за своей травмы, комплексов, недостатков характера он теряет свободу движения, становится тяжел на подъем, жизнь приносит ему одни страдания, его картина мира оказывается искаженной, поскольку все преломляется в этом «уплотненном» месте его психики.

В повседневном языке нередко употребляется термин «тяжесть жизни». Очевидно, что жизнь складывается из многочисленных трудов, забот, борьбы и неудач, которые в сумме дают ощущение ее «тяжести». Однако обычно человека более всего отягачают не объективные трудности жизни, без которых она становится бесплодной и пустой, а все то, что вызывает концентрацию негативных эмоций, которые приводят к возникновению аномалий плотности в его мире. Психиатрия не может изменить объективные условия существования больного, но может уменьшить субъективную тяжесть его жизни, снять напряженность отрицательных эмоциональ-

ных установок. Больной после разговора с психиатром должен чувствовать себя «легче». Если он в действительности испытывает такое ощущение, то это свидетельствует о том, что беседа с ним была построена правильно и принесла ожидаемый лечебный эффект.

За исключением случаев повышенного настроения психиатр практически у всех своих пациентов обнаруживает ощущение тяжести, которое старается тем или иным способом уменьшить. Поскольку это чувство, как это мы старались выше показать, является характерным для депрессии, то следовало бы допустить, что оно является чем-то общим в практике психиатрии. Вопрос может быть поставлен еще шире: возможна ли вообще жизнь без ощущения этой тяжести. Присматриваясь к внешнему виду наших пациентов мы видим, как удручает их жизнь, и как легко они могли бы избавиться от угнетающей их тяжести, если бы они только иначе взглянули на себя и на окружающий их мир. Но тем не менее пусть иногда и кажется, что легко человека избавить от тяжести его жизни, но в конце концов оказывается, что это очень трудно, а скорей всего вообще невозможно.

Может ли в принципе человек чувствовать себя легко, свободно, быть ничем не связанным, может ли он без помех развивать заложенные в нем способности? Именно свобода движения в самом широком смысле этого слова, то есть максимальная возможность реализации потенциальных функциональных структур, дает человеку ощущение свободы. Мы чувствуем себя легко, если можем делать то, что хочется, когда нас ничто не ограничивает ни изнутри, ни извне. Каждому доводилось пережить такое состояние, но обычно оно продолжается недолго. Тяжесть жизни возвращает человека на землю, хотя это «возвращение» и не означает полного возврата к реалиям жизни, а часто наоборот — означает поворот к мнимым заботам, хроническим травмам, отрицательным чувствам и т. д.

Трудно определить, какой на самом деле является жизнь — легкой или тяжелой. В жизни все постоянно меняется, в ней нет ни одного мгновения, похожего на другое. Изменчивость и преходящий характер разнообразных форм жизни (имеются в виду как морфологические, так и функциональные формы) придает ей легкость. Есть в ней что-то от театра с его непрерывно меняющимися декорациями. Нет в ней ничего постоянного, тяжелого, неизменного, монументального. В

субъективном ощущении тяжести изменчивость также играет важную роль. Мы чувствуем себя намного легче, если имеем свободу движения или можем легко менять виды своей деятельности. И мы чувствуем себя тяжело, если наша свобода движения ограничена, когда движения требуют слишком больших усилий или мы вынуждены заниматься одной и той же работой.

То же самое следует отнести и к функциональным структурам сознания. Голова тяжелеет, если мы не можем оторваться от одной мысли, и становится легкой, если без усилий можем перейти от одной мысли к другой, а в сознании уже рождаются новые. Легкость в субъективном восприятии является синонимом изменчивости, а тяжесть — застоя.

Жизнь требует определенной последовательности в осуществлении целей. Полная свобода перехода от одной функциональной структуры к другой означала бы в конце концов полный хаос. Для того чтобы сделать выбор необходимо принять одни структуры и отбросить другие, способствующие достижению намеченной цели. Необходимость следования выбранной структуре уменьшает легкость жизни, как будто заставляя опуститься на землю.

Классическим примером «легкой» формы жизни является игра. В ней отбрасываются важные цели, а переход от одних функциональных структур (переход от одной формы деятельности к другой) становится сущностью игры. Чем легче игра, тем выше степень ее изменчивости. Период игр является характерным для детства и молодости не только человека, но и животных. Пока материнская среда укрывает юное существо от серьезности жизни, оно может свободно развлекаться.

Изменчивость функциональных структур обеспечивает функциональное развитие организма, необходимое для дальнейшей жизни. Со временем будет необходимо отказаться от ненужных для жизни структур и ограничиться только имеющими значение для существования индивидуума или существования вида. Изменчивость уменьшается, а жизнь становится все серьезней и из нее исчезает элемент игры. Это нельзя назвать общим правилом, так как в старости, когда увеличивается «дистанция» в отношении к «важным» вопросам нашей жизни, неоднократно вновь принимается установка «авось», столь характерная для игры с ее несерьезным отношением к делу. С другой стороны, ребенок или молодой человек часто очень многое восприни-

мает с излишней серьезностью, что не раз бывает причиной стрессов и депрессий. Тем не менее, общая склонность к изменчивости, характерная для детства и молодости, приводит к тому, что эти стрессы быстро проходят.

## Бунт и покорность

Тяжесть и темнота являются главными чертами мира депрессии. По существу только две установки могут быть приняты в этом мире: покорность и бунт. В первом случае человек подчиняется своей судьбе, погружается в темноту печали и терпеливо несет бремя жизни. Если депрессия затягивается и не является очень тяжелой, то он даже привыкает к едва теплящейся жизни в темноте и боится показаться при свете дня. При установке покорности преобладает апатия, нежелание чем-либо заниматься, возникают проблемы принятия решения, наблюдается общая заторможенность.

Психологическая установка "бунта" показывает, что человек не может смириться с темнотой и тяжестью жизни, овладевшими его чувствами. Такой мир его ужасает. Это происходит преимущественно тогда, когда к темноте депрессии (ритму смены времен года) присоединяется мрак души (ритм смены дня и ночи). Тогда освобождение содержания подсознания усиливает ужас, охватывающий больного. Темнота в этой ситуации воспринимается больным как грозная тайна. В переживаниях больного на первый план выступает страх. Он боится окружающего его мира и находящегося в нем самом. Темнота этого мира кажется угрожающей. Он старается выбраться отсюда, но его пространство и время замкнуты и нет выхода из подземелья, в котором он оказался.

Страх может взять верх над психомоторной заторможенностью, происходящей вследствие ослабления жизненной активности. Больной уже не выглядит заторможенным, а напротив — находится в постоянном психомоторном беспокойстве. Куда-то бесцельно бежит, суетится, не может усидеть на одном месте (*depressio agitata*). В состоянии легкой депрессии на первом плане оказывается раздражительность. Больной становится впечатлительным, вспыльчивым, любая мелочь выводит его из равновесия. Депрессии такого вида часто наблюдаются у молодых людей и нередко ошибочно классифицируются как ошибки воспитания или трудности периода полового созревания.

Опасность самоубийства более свойственна депрессиям второго вида (бунту), чем депрессиям первого вида (покорности), поскольку аутоагрессия в данном случае значительно сильнее. Чувству страха сопутствует агрессивность. А агрессивность при депрессии направлена прежде всего против самого себя.

### **Печаль «теплая» и «холодная»**

Печаль редко приходит сама по себе. Обычно ей сопутствуют другие отрицательные эмоции, чаще всего чувство страха, реже — агрессивность. В сравнении со структурами мыслительных процессов эмоциональные структуры не имеют строгих границ между собой. Одни чувства плавно переходят в другие, границы между ними размыты, как цвета, которые проникают через все границы и смешиваются друг с другом, образуя различные оттенки. Поэтому печаль депрессии является уникальной: у каждого больного она имеет свой особый цвет, и даже у самого больного наблюдается не только изменение интенсивности печали, но и оттенков других чувств.

Печаль может быть благой, тихой, полной покоя и покорности. В ней ощущается аспект вечности, тоски о смерти. Под ее темным покровом угадывается любовь к окружающим и внутреннее тепло, исходящее от такого больного, несмотря на то, что его жизненная активность значительно ослабела. Такая печаль вызывает сильное сочувствие, с таким больным легко установить эмоциональный контакт благодаря его позитивным эмоциональным установкам в отношении к окружающим.

Печаль может быть холодной: она не притягивает к себе, а отталкивает. Такое чувство не может спонтанно передаться другому человеку, скорее вызывает нежелание общаться с ним и эмоциональное «отупение», когда сочувствие к больному становится вынужденным. Под покровом этой разновидности печали скрывается нежелание общаться с окружающими или чрезмерный эгоцентризм.

Нежелание к общению со стороны больного обычно является взаимным чувством и со стороны врача. Эффект отражения чувств основан на том, что они передаются от одного человека к другому независимо от их направленности. Положительные чувства вызывают у окружающих такие же взаимные чувства. А отрицательные эмоции вызывают у окружающих психологические установки страха или агрессивности. Отрица-

тельное отношение больного передается врачу вопреки его воле и нередко только глубокое понимание собственного мира чувств помогает ему подавить в себе отрицательные установки, индуцированные больным.

В случае эгоцентричной формы печали повышенный интерес больного к самому себе, желание отыскать к себе сочувствие у окружающих вызывает у врача встречное желание взять на себя роль «судьи». Ему приходится бороться с самим собой, что, очевидно, затрудняет возможность понять настроение пациента. Его печаль чужда ему и вызывает только раздражение, вместо сочувствия.

### **Печаль «тихая» и «бурная»**

Кроме печали «теплой» и «холодной» может быть еще печаль «тихая» и «бурная». В «тихой» печали доминирует пониженное настроение, а в «бурной» — страх. При ослаблении депрессии страх может переходить в агрессивность. Агрессивность требует определенной жизненной энергии, поэтому она не наблюдается в состоянии глубокой депрессии. Даже аутоагрессия в этом случае ослабевает и попытки самоубийства являются крайне редкими в случае глубокой депрессии.

### **Печаль «пустая» и «полная»**

Печаль может быть «пустой» и «полной». В первом случае темнота мира больного является пустой и ничего в ней не происходит. На передний план в его поведении выходит апатия и отсутствие интереса к чему бы то ни было. Во втором случае темнота содержит в себе нечто неприятное, относящееся скорее к области сознательного (то есть реальные, но надуманные заботы и огорчения), или относящееся уже к области бессознательного, а значит иллюзорного по своей сути.

### **«Чистая» и «грязная» печаль**

Печаль может быть «чистой» или «грязной». Образы мира и самого себя под влиянием темноты депрессии могут подвергнуться своеобразному «облагораживанию». Мир печали стано-

вится «благороднее»: нет в нем борьбы; исчезают мелкие и неприятные проблемы; *sub specie aeternitatis* изменяется иерархия ценностей жизни; важные дела теряют свою значимость с приближением смерти, поскольку депрессия является приближением к смерти. Однако чаще всего под влиянием потемнения колорита появляются мысли и чувства обычно подавляемые. Образы мира и самого себя становятся непривлекательными, как будто все «чудовища» и «гады» поднялись на поверхность сознания. Чаще уродливость обнаруживается в самом себе, чем в окружающем мире. Чувство вины приобретает апокалиптические формы. Больным владеет мысль о том, как наказать самого себя. Одна смерть кажется им тем, что может смыть тяжесть его грехов.

### **Темнота будущего и прошлого**

Темнота печали может оказаться сосредоточенной как на будущем, так и на прошлом. В первом случае больного больше всего донимает тот факт, что прошлое перед ним закрыто. Будущее кажется ему пустотой. Больной глубоко ощущает бессмысленность жизни, не видит перед собой будущего, ничто не имеет для него значения. Такого рода депрессии часто наблюдаются в молодом возрасте. Когда черный цвет оказывается сосредоточенным на временном интервале, принадлежащем прошлому, больной не может уже оторваться от подведения итогов своей жизни и от надуманных грехов, отягощающих его жизнь. Полагает, что он ее испортил и теперь должен понести кару за все плохое, что в ней совершил и т. д. Такая разновидность депрессии, как легко можно догадаться, чаще наблюдается у людей зрелого или пожилого возраста.

### **Примесь отрицательных эмоций**

Примесь других отрицательных эмоций при депрессии в значительной мере зависит от ее глубины. В состоянии легкой депрессии преобладает агрессивность. Больного все раздражает, вызывает чувство отвращения и омерзения. Часто его реакция имеет импульсивный характер. По мере усиления депрессии и, соответственно, ослабления жизненной активности агрессивная компонента перестает доминировать. При



этом вначале ослабевает агрессивность, направленная вовне и значительно позже — агрессивность по отношению к самому себе. В отличие от этого, в состоянии тяжелых депрессий начинает преобладать чувство страха. По мере ослабления агрессивной компоненты начинает доминировать компонента страха.

Очевидно, что все это не может быть общим правилом, поскольку примесь отрицательных эмоций во время депрессии в значительной степени зависит от основных черт личности, а значит от типа конституции, а также (хотя и в меньшей степени) от условностей, приобретенных в течение жизни. Примесь отрицательных эмоций обычно оказывается большей при депрессиях, не имеющих отношения к эндогенному типу, то есть при юношеских, инволюционных, старческих, невротических и т. д. При эндогенных депрессиях печаль обнаруживается как бы в чистом виде. Принимая к сведению, что эндогенная депрессия является следствием патологической осцилляции жизненной активности, следует также признать, что субъективным выражением ослабления этой активности является печаль, а остальные отрицательные эмоции являются вторичными.

Несмотря на то, что анализ эмоциональных состояний находится в центре внимания психиатрии, поскольку возможность их модификация является главный шансом победить болезнь, уровень наших современных знаний о биологической стороне основных эмоций остается крайне низким. Результаты анализа психопатологических депрессивных состояний проливают свет на взаимосвязь отрицательных эмоций и положение их границ. При проведении анализа используются модели основных жизненных ритмов, ритмов смены времен года (или жизненной активности), а также ритмов смены дня и ночи (или ритмов сна и бодрствования).

## **ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ КОЛОРИТ, РИТМ СМЕНЫ ВРЕМЕН ГОДА И РИТМ СМЕНЫ ДНЯ И НОЧИ**

### **Фармакологические и физиологические различия**

В соответствии с упомянутой выше моделью существует грань между печалью, обусловленной ритмом жизненной активности, и другими отрицательными эмоциями, в большей

степени связанными с ритмом смены дня и ночи. Следует, однако, помнить о том, что оба эти ритма не могут быть независимыми друг от друга. Факты из области фармакологии, похоже, подтверждают концепцию их раздельности, так как обычно для улучшения настроения используется одна группа лекарств (тимолептики), а для ослабления чувства страха и понижения уровня агрессивности — другая (нейролептики и атарактики).

Нейрофизиологические исследования указывают на то, что определенные структуры головного мозга тесно связаны с ритмом дня и ночи, прежде всего это ретикулярная формация. Раздражение определенных областей переднего и промежуточного мозга вызывает острую реакцию страха и агрессивности. Однако до сих пор не удалось точно установить, какие структуры головного мозга связаны с ритмом жизненной активности. Возможно, что этот ритм зависит от глобальных функций нервной системы и потому в значительной мере обусловлен биохимическими факторами.

Характерным для состояний страха и агрессивности, вызванных возбуждением соответствующих анатомических структур, является своеобразная редукция поля зрения, которое оказывается ограниченным только тем, что имеет непосредственное отношение к предмету, вызвавшему отрицательные эмоции. Образ мира становится темным, и только ограниченная область, непосредственно связанная с источником страха и агрессии, остается светлой. Животное как будто ничего не видит кроме этой области. Это ночной мрак, нарушаемый вспышками молний сильных чувств.

Аналогичная редукция образа мира наблюдается у человека под влиянием сильных эмоций, особенно негативных. Мир человека в таком состоянии становится темным как ночь. В области света (нередко поразительно яркой) остается только то, что возбуждает страх или ненависть. Это затмение образа мира, эта ночь, сопутствующая страху и агрессии, укладывается в колебания ритма дня и ночи. Такие ощущения усиливают жизненную активность, о чем свидетельствует хотя бы необычно сильная мобилизация вегетативной и эндокринной систем, несмотря на то, что наступившая ночь не позволяет их связать с чувствами, имеющими отношение к ритму жизненной активности. Тем более, что наступление темноты является следствием ослабления жизненной активности.

## Классификация симптомов депрессии применительно к двум ритмам

К психическим явлениям, связанным с ритмом смены времен года и вызванным ослаблением жизненной активности, следовало бы отнести: печаль, чувство тяжести, заторможенность сознания и двигательной активности, трудность принятия решения. А к явлениям, связанным с ритмом смены дня и ночи и приходящим из темноты подсознательного — страх и агрессивность, беспокойство движений, бредовые формы действительности. Особенно характерными для этих состояний являются: бред греховности, бредовая ипохондрия, бред нигилизма и катастрофический бред, бред преследования и т. д. К этой же группе явлений следовало бы отнести склонность к самоубийству, поскольку общим и обязательным для них условием возникновения является аутоагрессия.

Аналогичный подход можно применить для классификации встречающихся во время депрессий нарушений деятельности системы самоконтроля. С понижением жизненной активности связаны такие нарушения, как отсутствие аппетита и полового влечения, дискинезия пищеварительного тракта, склонность к запорам и понижение интенсивности обменных процессов. С ритмом бодрствования (ритмом смены дня и ночи) связаны такие нарушения, как бессонница, повышенная потливость (особенно ночная), боли с различной локализацией (особенно в области сердца), мышечные боли, чаще всего связанные с повышенным тонусом поперечно-полосатых мышц и т. д.

Взаимоотношения составных элементов первой и второй группы нарушений, обнаруживаемых при депрессии, зависят от типа конституции и от генезиса депрессии. У людей с плотным, монолитным, синтоническим телосложением, то есть отвечающим кречмеровскому определению циклотимического типа, что обычно также связывается с полной фигурой (пикники), трудно добраться до их «обратной стороны медали», то есть открыть то, что скрыто в темноте подсознания. Намного легче этого добиться у людей с конституцией, принципиальными особенностями которой является противоречивость, потенциальная предрасположенность к шизофрении, большая оторванность от действительности. Строение тела таких людей отличается угловатостью (преобладают вытянутые пропорции). У них «обратная сторона медали» «просвечивает» сквозь под-

сознание и им бывает очень трудно примирить внутренние противоречия. Во время депрессии у таких людей легко обнаруживается «мрак» подавляемых чувств.

Если депрессия является прежде всего следствием эндогенной осцилляции жизненной активности, то на первый план выступает ее понижение и сопутствующее ей ухудшение настроения. Печаль в данном случае оказывается связанной с ритмом смены времен года. Однако если мы сталкиваемся с иным генезисом депрессии, например, берущим начало в невротическом конфликте, в психопатических особенностях, в юношеском бунте и натиске, из результатов подведения итогов жизни инволюционного периода, из старческого ощущения своей ненужности, вследствие одряхления, связанного с органическими изменениями мозга, из-за общей ослабленности организма после перенесенного соматического заболевания, из шизофренической пустоты и т. д., то на первый план выступает проблематика и тип болевых ощущений, связанных преимущественно с тяжелыми болями, а ослабление жизненной активности становится вторичным процессом. Печаль здесь в большей степени связана с ритмом смены дня и ночи.

### **Оказание помощи при печали**

Попытки отыскания причин пониженного настроения имеют не только теоретическое значение. Они одинаково важны как для лечения депрессии, так и для ее предупреждения. Например, при невротических депрессиях можно добиться улучшения настроения применяя тимолептики или электрошоковую терапию. Однако улучшение самочувствия, как правило, является кратковременным, поскольку неустранный невротический конфликт снова приводит к ухудшению настроения. Когда депрессия вызвана общим истощением организма вследствие перенесенного соматического заболевания, то применение обычных методов лечения шизофрении может даже оказаться вредным, поскольку вместо укрепления организма, они его ослабляют или усиливают аутоинтоксикацию.

Нет рецепта для того, чтобы вернуть «радость жизни» тем не менее человек всегда старается улучшить свое настроение. Использовал он прежде и до сих пор использует в этих целях различные и часто противоречивые методы. Радость жизни и внутреннюю легкость можно вернуть на время, пользуясь

наркотиками и употребляя алкоголь. Человек ищет спасение в развлечениях и в веселой компании, или наоборот — в самозерцании и в созерцании природы. Борется ради удовлетворения собственных амбиций в надежде (иногда неосознанной), что социальное положение, деньги и другие жизненные успехи улучшат его «автопортрет» и, соответственно, настроение. Есть, однако, и такие люди, которые ищут счастье в отказе от преходящих благ и почестей. Одни ищут радости в наслаждении удовольствиями жизни, другие — в отказе от них и аскетизме; одни в максимальной активности, другие — в уходе от нее и во внутренней сосредоточенности. Радости стола и постели, наверное, могут улучшить самочувствие, и нередко на смену печали в таком случае приходит радость. Но обычно такая радость кратковременна, и вслед за ней быстро наступает скука и пресыщение.

1  
2  
3  
4

## ДВА БИОЛОГИЧЕСКИХ ЗАКОНА

### Приятное и неприятное

С точки зрения биологии психические переживания можно разделить на приятные и неприятные. Первые связаны с удовлетворением основных потребностей организма, другие — с неудовлетворенностью этих потребностей. По мере филогенетического, а также онтогенетического развития потребности становятся все более сложными, нередко противоречивыми, поэтому не всегда представляется возможным установить их подлинную иерархию. Потребности организма связаны с двумя основными биологическими законами: законом самосохранения и существования вида. Приятным является то, что делает возможным их реализацию, а неприятным — то, что этому мешает.

Однако между этими двумя группами потребностей существует принципиальное отличие. Потребности, связанные с первым биологическим законом, безусловно, требуют удовлетворения, поскольку иначе это угрожает смертью организму. В данном случае речь идет именно о жизни, а это всегда является самым главным. Такой безусловной категоричности нет, если говорить о потребностях второй группы. Сам организм в данном случае не гибнет. Если такая потребность не удовлетворена, то может погибнуть вид, но вид насчитывает столько особей, что отсутствие потомства у одной из них не отражается на жизни всего вида. Тем не менее в природе предусмотрены удивительные способы обеспечения реализации такого закона. Отдельная особь нередко жертвует своей жизнью для удовлетворения полового влечения и обеспечения существования вида. Динамика потребностей, связанных со вторым законом, может таким образом опережать

динамику развития потребностей, связанных с первым биологическим законом.

За исключением растительного мира, черпающего свою энергию от Солнца, в животном мире господствует жестокость: особь, для того чтобы жить, должна убивать другие живые существа. Очевидно, что и она может быть убита для того чтобы стать пищей для других живых существ. Таким образом, закон самосохранения изначально отягощен грузом отрицательных эмоций — страхом собственной гибели и агрессивности, связанной с необходимостью убивать другие живые существа.

Если первый биологический закон обуславливает формирование эгоистических установок, поскольку собственную жизнь необходимо сохранить любой ценой, то второй закон является скорее альтруизмом: речь идет о сохранении вида, и нередко собственная жизнь посвящается этой цели. Действие первого закона часто освобождает проявление отрицательных эмоций по отношению к окружению: для того чтобы жить, необходимо отнять жизнь у другого живого существа и одновременно защищаться от нападения окружающих. Окружающий мир воспринимается как враг, которого необходимо уничтожить, чтобы самому не быть им уничтоженным. Установка типа «от» (то есть установка страха и агрессии) доминирует в отношениях с окружающими. «Пространство-время» организма оказывается замкнутым. Организм как бы замыкается в себе, стремится к тому, чтобы вобрать в себя окружение и благодаря этому получить возможность существования (его так называемая отрицательная энтропия увеличивается за счет отрицательной энтропии окружения). Положительные чувства, возникающие вследствие удовлетворения потребностей первого закона внешне не проявляются и не оказывают влияния на организацию пространства и времени. Положительные эмоции существуют только в пределах границ организма, поскольку стоит насытить биологические потребности применительно к существующей ситуации, как вновь возникает необходимость борьбы за существование.

Второй закон связан с положительными эмоциями по отношению к окружению. Для того чтобы закон сохранения вида был реализован, необходимо сблизиться с окружением (в образе его отдельного представителя) и в конце концов соединиться с ним в половом акте. Доминирует установка типа «к». Организм в данном случае не замыкается в своем «простран-

стве-времени», а становится открытым для внешних контактов. Любовь является вечным поиском, стремлением к гармоничному союзу, в котором исчезают границы индивидуальности и соединяются друг с другом два живых существа для того чтобы дать жизнь новому. Положительные чувства, связанные с удовлетворением потребностей второго закона проецируются в окружающую среду, отражаясь на организации «пространства-времени». Они проецируются не на самого себя, а наружу — в окружающий мир, важнейшим представителем которого является сексуальный партнер, а также на потомство, которое является результатом достижения высшей точки реализации установки «к» по отношению к окружению.

Такие эмоции не ограничены конкретной ситуацией, а проецируются в будущее. Биологической целью данного акта является установление индивидуального порядка (генетического плана) в окружающем мире. Благодаря такой экспансии усиливается отрицательная энтропия окружающей среды. Поэтому второй закон «альтруистичен». Для первого закона характерна противоположная ситуация: отрицательная энтропия окружающей среды уменьшается за счет отрицательной энтропии организма. У высоко организованных живых существ к целям, связанным с действием второго закона, следует отнести заботу о потомстве. У людей отрицательная энтропия (индивидуальный порядок), передающаяся окружению, относится не только к биологическому порядку, но и к культуре. Человек передает будущему не только свои гены, но также и свои культурные ценности.

## **Пресыщение и голод**

Приятные чувства, вызванные удовлетворением первого биологического закона, не проецируются в окружающую среду, а принадлежат замкнутому «пространству-времени». Такое «пространство-время» включает в себя только актуальное состояние организма (его «здесь и сейчас») и не проецируется в окружающую среду ни во временном, ни в пространственном аспектах.

Чувство удовольствия, связанное с утолением чувства голода, половой удовлетворенностью, достатком свежего воздуха, победой над грозящей смертью и т. д. — возникает на основе контраста. Оно тем сильнее, чем глубже было перед этим



состояние неудовлетворенности данной потребности. И оно ослабевает по мере его удовлетворения. Радость в такой ситуации оказывается непродолжительной: необходимо вновь продолжить борьбу за право существования, появляются новые потребности. Приятное состояние сытости быстро сменяется беспокойством, связанным с потребностью движения, с необходимостью найти выход из сложившейся ситуации.

Удовольствие становится наградой за труд, связанный с сохранением собственной жизни. Однако награда не может быть продолжительной, поскольку жизнь требует непрерывных усилий. Каждый живой организм существует благодаря отрицательной энтропии окружения, когда вместо существующего порядка в окружающей среде устанавливается собственный. Удовольствие, связанное с удовлетворением потребностей закона самосохранения жизни, является кратковременным отдыхом в этом непрерывном труде. Такой отдых не может продолжаться слишком долго, иначе отрицательная энтропия среды возьмет верх, собственный порядок ослабеет, и в конце концов организм станет жертвой отрицательной энтропии окружения.

Хорошо известным в психологии фактом является кратковременность радости, связанной с удовлетворением потребностей первого биологического закона. Быстро наступает тоска, беспокойство, потребность движения и дальнейшей деятельности. Эти субъективные ощущения с негативным оттенком, связанные с приятным чувством удовлетворенности, как будто являются доводом того, что удовольствие не может продолжаться долго, что обязательным аспектом жизни является усилие и изменение, что невозможно задержать организм в одной точке «пространства-времени». Эволюция требует изменений, движения и усилия.

Положительные эмоции, связанные с удовлетворением первого биологического закона, прежде всего обращены на самого себя. Они не проецируются во внешний мир, не являются связью между человеком и его окружением, они полностью сосредоточены на личности, переживающей состояние блаженства и пресыщения. Он испытывает в такие мгновения интенсивную радость бытия. От удовлетворения основных потребностей человек словно растет в размерах и ощущает свое превосходство над окружающим миром. Вскоре, однако, приходит беспокойство, ведь долго подобное состояние длиться не может, или окружающий мир нарушает эти мгновения счастья.

Впрочем, и само ощущение счастья быстро ослабевает, поскольку связано с контрастом состояний и тем сильнее, чем неприятнее были ощущения предыдущего отрезка времени, в течение которого проходило усиление потребностей, связанных с удовлетворением первого биологического закона. Аналогичные чувства сытости и пресыщения испытываются при удовлетворении потребностей, связанных со вторым биологическим законом. Представляется однако, что несмотря на определенные аналогии в динамике чувств, связанных с удовлетворением потребностей, структура переживаний у них отлична.

### **Осцилляции сытости и голода (ритм ассимиляции и диссимиляции)**

Наблюдая переживания, связанные с удовлетворением потребностей первого биологического закона, испытываешь впечатление, что жизни свойственна определенная пульсация, осцилляция между состоянием сытости и голода. Состояние голода побуждает к усилию и активности, а сытости — к отдыху и сну. В системах автономного управления для контроля подобных осцилляций существует две функциональных системы: симпатическая и парасимпатическая. Первая мобилизует организм к максимальной активности, к борьбе или бегству (энергетический обмен направлен в окружающую среду). Обычный порядок функционирования организма нарушается для того чтобы благодаря энергии, полученной вследствие изменения знака энтропии, он мог действовать в новых условиях. У животных такое действие реализуется прежде всего в форме движения. Катаболические процессы или процессы диссимиляции, управление которыми осуществляется симпатической системой, компенсируются анаболическими процессами или процессами ассимиляции, управление которыми осуществляется парасимпатической системой. Благодаря им возрастает отрицательная энтропия организма и процессы ассимиляции берут верх над процессами диссимиляции.

Диалектика процессов ассимиляции и диссимиляции, рождения и смерти характерна для всего живого и может быть представлена моделью, функционирующей в ритме смены дня и ночи или в ритме бодрствования и сна, активности и покоя. Активность связывается с преобладанием процессов ассимиляции (катаболических процессов), а отдых — с пре-

обладанием процессов диссимиляции (анаболических процессов). Что касается энергетического метаболизма, то такое разделение для него особенно наглядно. Ночь это время ассимиляции, а день — диссимиляции.

### **Процессы ассимиляции в информационном метаболизме (гипотеза о роли сна)**

Применительно к информационному метаболизму труднее применить прежнюю модель, поскольку сон означает понижение информационного метаболизма практически до нуля. Организм отключается от внешнего мира, и его деятельность оказывается направленной на живой организм. Нельзя, однако, исключить, что такая изоляция необходима для накопления и систематизации информации, полученной извне в состоянии бодрствования. Отсутствие сна вызвало бы хаос, какой в определенной степени мы испытываем перед тем как заснуть.

Хорошо известно явление подсознательного мышления, когда некоторые проблемы, казавшиеся неразрешимыми в течение дня, становятся понятными после ночного сна или спустя некоторое время, в течение которого мы сознательно ими не занимались. Об этом также свидетельствуют сновидения, подтверждающие, что во время сна сознание не отдыхает, и в нем по-прежнему что-то возникает и конструируется.

Во многих культурах, особенно в так называемых примитивных, содержанию сновидений придается большое значение. В нашу культуру эти тенденции соединения сознательного и бессознательного были возвращены Фрейдом. Однако до сих пор наша жизнь сосредоточена в области сознательного. То, что происходит в темноте бессознательного, для современного человека остается в целом неизвестным. Из-за этого он оказывается как будто в состоянии раздвоенности и существует одновременно и в сфере сознательного, и в сфере бессознательного, испытывая страх перед тем, что находится внутри его души. Ночью при психозе, сопровождающем депрессию, обнаруживается содержание того, что обычно скрыто в сознательной жизни.

Если допустить, что для информационного метаболизма (аналогично метаболизму энергетическому), ночь является

периодом роста, то следует также принять к сведению, что современный цивилизованный человек пытается реконструировать свою психику совершенно неосознанно. То, что он переживает в сознании, относится только к верхнему слою его повседневных контактов с действительностью. Мы не знаем, как формируется наша психика и наша личность, и принимаем их как данность, выдвигая гипотезы и глядя на себя как бы со стороны. Однако мы не понимаем пока процессов нашего развития, и формирование нашей психики происходит в темноте бессознательного. Неизвестно в какой степени сознание может охватить то, что происходит за его пределами, и не станет ли такое расширение поля сознания равнозначно внесению в него хаоса. Тем не менее представляется, что в человеке есть еще много неизвестного, и если эти тайные области хотя бы отчасти удалось осветить светом разума, то это значительно улучшило бы условия развития человека.

### **Временная локализация приятных и неприятных чувств в осцилляции процессов ассимиляции и диссимиляции**

Приятные чувства, связанные с удовлетворением потребностей первого закона биологии, являются по существу результатом победы отрицательной энтропии организма над отрицательной энтропией окружающей среды. Каждый живой организм утверждает в природе свой собственный порядок ценой разрушения порядка, присущего окружающему миру. Этот процесс является обоюдным: в информационно-энергетическом обмене с окружающей средой отрицательная энтропия то возрастает за счет окружения, то снова уменьшается, увеличивая отрицательную энтропию окружения. Процессы ассимиляции и диссимиляции осуществляются одновременно.

Удовлетворение потребностей организма является кульминационной точкой, после которой анаболические процессы начинают преобладать над катаболическими. Однако для того, чтобы достичь этой точки, организм должен совершить усилие, требующее дополнительной энергии, а значит преобладания катаболических процессов над аболическими. Состояние удовольствия, однако, не может продолжаться слишком долго, сытость несет с собой чувство тоски и беспокойства, возрастает

потребность деятельности, а значит — перехода к фазе преобладания катаболических процессов. Начало активной деятельности связано с положительным эмоциональным состоянием. Таким образом, анализируя субъективные аспекты осцилляции процессов ассимиляции и диссимиляции, можно увидеть, что эмоциональное состояние связано не с процессами, а с чередованием их фаз. И не всегда эти чувства оказываются однозначными, то есть приятными.

Иногда переход от фазы ассимиляции к фазе диссимиляции оказывается соединенным с неприятными эмоциями, например, беспокойством, страхом, агрессией. Примером такого рода переходных состояний является внешний рефлекс. Внешний раздражитель вызывает разрушение прежней организации взаимодействия с окружающей средой, а значит, вызывает в процессе информационного метаболизма переход от фазы ассимиляции к фазе диссимиляции. Субъективно этот переход воспринимается как состояние временного беспокойства, напряжения, раздражения, а при сильном внешнем раздражителе даже может вызвать чувство страха или паники. Если же какой-то вид деятельности продолжался длительное время и человек этим утомлен, то внешний раздражитель воспринимается с чувством облегчения и с интересом. Он становится сигналом перехода к новой структуре взаимодействия с окружением, сигналом изменения слишком долго существовавшего status quo.

См. работы: 147, 372, 373.

### **Чувства «приятные» и «неприятные» в информационном метаболизме**

В информационном метаболизме положительные эмоциональные состояния сопутствуют тем процессам, которые характеризуются увеличением отрицательной энтропии, а значит связанным с упорядочением информации или с установлением гармонии в переживаниях. Хаос и отсутствие внутреннего порядка, невозможность удаления избыточной информации и т. д. вызывают обычно состояние раздражения и беспокойства.

В данном случае также действует принцип изменчивости. Порядок, даже если он поддерживается длительное время,

становится в конце концов мучительным, человек испытывает потребность вырваться из него, тоскует о чем-то необычном, неожиданном, шальном, необузданной свободе, экстазе и т. д. Это так называемые пути Аполлона и Диониса по Ницше. Оба переплетаются друг с другом в жизни человека, так же как и в жизни социальных групп.

Большая степень упорядоченности в целом имеет отношение к дневной активности, что кажется вполне понятным, так как активность в состоянии бодрствования требует определенного порядка, кроме того, данный порядок диктуется внешними условиями. Собственный порядок организма совмещается с внешним порядком и обычно последний оказывается доминирующим.

В состоянии отдыха дезинтеграция увеличивается. Мысли, фантазии, чувства свободно возникают, и так же свободно между ними устанавливаются разнообразные связи, поскольку с внешней стороны не испытывается влияние существующего там порядка. Отказ от взаимодействия с окружающей средой по существу приносит победу внутреннего порядка, но вследствие самого факта отказа от информационного обмена с окружением этот порядок имеет высокий уровень дезинтеграции. Требуется большое усилие воли, необходима внутренняя собранность для того, чтобы восстановить в этом дезорганизованном внутреннем мире необходимый собственный порядок, а не порядок индуцированный извне.

Установление собственного порядка вместо существующего во внешней среде, как правило, связано с приятными чувствами. Лучшим примером этого является творческий труд. Когда удастся привести в порядок свои мысли, а тем более реализовать их, преобразуя окружающий мир в соответствии с собственными замыслами, то, как правило, наступает состояние удовлетворенности. Это удовлетворение от победы над внешней средой и над самим собой. В известной степени такое состояние удовлетворенности напоминает ощущения, испытываемые при удовлетворении основных биологических потребностей. Тогда особенно сильно ощущается вкус жизни, связанный с ростом негативной энтропии и победой над самим собой и окружающей средой. Как в информационном, так и в энергетическом метаболизме, победа собственного порядка над порядком окружающей среды связывается с чувством приятного.

Однако такая победа никогда не бывает полной. В случае энергетического метаболизма состояние удовлетворенности

быстро проходит, появляются новые потребности, а вместе с ними необходимость деятельности. Организм ненасытен в своем стремлении преобразовать окружающий мир с целью установления своего собственного порядка. Отсюда берется потребность активности и закономерность осцилляции анаболических и катаболических процессов. В случае информационного метаболизма победа над окружающей средой связана с победой порядка окружающей среды над порядком организма. Полученное «произведение» является случайным для обоих порядков. Даже если порядок, который мы стараемся навязать окружению, является только умозрительным, чувственным или воображаемым, то уже самим фактом того, что он проявляется как бы вне нас, в мире «человеческого сообщества», он становится элементом порядка окружающей среды. Он уже не настолько индивидуален, поскольку устанавливается под влиянием законов, действующих в окружающем мире.

Еще более очевидно необходимость упорядочения негативной энтропии окружающей среды проявляется тогда, когда действие функциональных структур выходит за пределы внутреннего мира (то есть мысли, мечты и чувства), когда они приобретают характер внешнего движения, а затем информации, воспринимаемой окружением. Независимо от характера движения: то ли оно проявляется в высших формах, то есть в слове, то ли в форме точного движения руки или всего тела, но оно должно подчиняться законам, действующим в окружающем мире. То, что не подчиняется этим законам, вызывает смущение, удивление, возмущение и смех. С этим связано наше восприятие поведения психически больных как странного и удивительного. Их сигналы, управляющие движением, не приведены в соответствие с законами, принятыми в обществе.

## **НЕКОТОРЫЕ ЧЕРТЫ ИНФОРМАЦИОННОГО МЕТАБОЛИЗМА**

### **«Управляю» и «управляюсь»**

Информационный обмен с окружающей средой основан на закономерном чередовании установок «управляю» и «управляюсь». Каждый сигнал, передаваемый нашим организмом, несет

в себе информацию как о внутреннем порядке, так и о порядке окружающей среды. По мере увеличения интенсивности процессов информационного обмена с окружением увеличивается власть человека над своими «произведениями». С этой точки зрения мысли, чувства, мечты и т.д. в большей степени принадлежат человеку, чем слова, поступки или разного рода формы поведения.

Наша власть над собой становится максимальной во время сна, поскольку в это время интенсивность информационного обмена падает практически до нуля, в то время как в субъективном плане происходит обратное: власть над собой оказывается полностью утраченной, действия во время сновидения развиваются независимо от нашего сознания, на них невозможно повлиять, и они не подчиняются нам.

После дурного сна пробуждение приносит облегчение, поскольку мы возвращаемся к действительности, на которую хотя бы незначительно можем повлиять. Порядок, существующий в мире сновидений, отличается большей индивидуальностью, чем порядок в мире бодрствования, поскольку на него не оказывает непосредственного влияния порядок, существующий в окружающей среде. В то же время мы воспринимаем его как чуждый нам, еще более непонятный или поражающий своим содержанием.

То, что было наиболее интимным, оказывается выставленным напоказ и благодаря этому становится такой же реальностью как явь хотя и переживается по-другому, поскольку к ней невозможно прикоснуться, невозможно ее изменить или оказать на нее влияние. Если наяву мы по крайней мере можем хотя бы грубо проследить, как устанавливается определенный порядок нашей деятельности, и даже обладаем над этим порядком некоторой властью, то во время сновидений мы совершенно не знаем, как этот порядок формируется — он нам является уже в готовом виде.

Кроме того, это порядок совсем иного рода, чем существующий наяву. Во время сна не воспринимается хаотичность и необычность его структуры. Нередко только после пробуждения обнаруживается его бессмысленность, если мы в состоянии понять это, поскольку обычно, вероятно вследствие того же различия порядков, трудно или даже невозможно понять содержание сновидений. После возвращения в состояние бодрствования содержание сновидений в нашей памяти передается более глубоким слоям психики. По мере



пробуждения сознания содержание сновидений передается подсознанию.

Для нас привычен порядок, существующий в мире наяву, он нам понятен, как светлый день. Но это не совсем наш порядок, поскольку, как уже говорилось, он возникает во время процессов информационного метаболизма в ходе взаимодействия внутреннего и внешнего порядков. Порядок нашего внутреннего мира бодрствования является одновременно порядком мира человеческого сообщества.

### **Автономия процессов ассимиляции и диссимиляции в информационном и энергетическом метаболизме**

Порядок мира сновидений вследствие прекращения процессов информационного метаболизма с окружающей средой становится по сути своей сугубо индивидуальным. Его можно назвать результатом анаболической функции информационного метаболизма. Отрицательная энтропия организма достигает здесь своего максимума, поскольку не подвергается воздействию отрицательной энтропии окружающей среды. Такой порядок устанавливается автономно, аналогично подобным процессам энергетического метаболизма. Точно также мы не можем повлиять на процессы синтеза белка или на возникновение сновидений.

Процессы ассимиляции и диссимиляции происходят автономно. Диссимиляция как энергетических, так и информационных структур происходит вне пределов нашего сознания и без участия нашей воли. Мы не в состоянии остановить процессы фиксации и ослабления чувств, подобно тому, как мы не в состоянии повлиять на их возникновение. Наше сознание, а с ним и сила воли, сосредоточены на рубеже, разделяющем наш внутренний мир от мира внешнего.

Что касается энергетического метаболизма, то человек подобно животным, в состоянии выбрать необходимую для себя пищу, но процессы ассимиляции находятся уже за пределами нашего сознания, также как и катаболические процессы, в ходе которых происходит распад веществ, из которых состоит организм, для выделения энергии необходимой для жизни. Аналогично при информационном метаболизме мы понимаем, какую информацию получаем из окружающей среды и что

возвращаем ей в форме сигналов. Однако сам процесс формирования функциональных структур на основе полученных сигналов находится большей частью вне пределов нашего сознания. То же самое следует отнести и к процессам разрушения существующих структур.

Не все сигналы, принимаемые организмом и выходящие из него, доходят до сознания, поскольку существуют раздражители, действующие ниже порога чувствительности, которые затем ассимилируются нервной системой, но не активизируют ее деятельность в такой степени, чтобы вызвать реакцию сознания, несмотря на то, что определенным образом оказывают влияние на активность организма. Существуют также сигналы, которые формируются и передаются организмом в окружающую среду автоматически и не фиксируются сознанием, поскольку благодаря постоянному повторению и закреплению вызывают активность только части сигнальной системы необходимой для реализации данной функции и, таким образом, остаются за пределами сознания. С этим, между прочим, связано несовпадение того, что воспринимается окружением, и того, что в соответствии с субъективным восприятием передается в окружающую среду.

Окружение воспринимает прежде всего сигналы, которые передаются чаще всего, а значит, по большей мере автоматически. В то же время субъект испытывает ощущение, что в окружающую среду передаются прежде всего наиболее редкие и новые сигналы, требующие предельной мобилизации сигнальной системы, так как только они воспринимаются сознанием. Все, что воспринимается сознанием, происходит главным образом на границе между внешним и внутренним миром. Очевидно, что мы можем проследить за ходом наших мыслей, работой воображения, возникновением чувств и даже стараемся этими процессами управлять. Однако когда оказываемся в состоянии уяснить себе эти структуры, мы видим, что они уже давно существуют, а сам процесс их возникновения происходил за пределами нашего сознания.

То же самое относится и к катаболическим процессам. От определенных структур мы стараемся избавиться, то ли оставляя их вне нашего внимания, а затем — памяти, то ли делегируя их во внешний мир в форме того или иного акта. Попадая в «общий мир» функциональные структуры утрачивают свой индивидуальный характер и попадают в сферу действия законов окружающей среды.

Однако мы можем наблюдать, как наши функциональные структуры подвергаются разрушению, оказавшись в окружающей среде. Они подвергаются разрушению уже на этапе их создания, поскольку они должны соответствовать структурам обязательным для окружающей среды. Они разрушаются в ходе самого процесса их реализации (например, когда мы пытаемся придать нашей мысли соответствующую словесную форму). Они подвергаются деформации под влиянием естественных фильтров среды. Наконец, в ходе непрерывного информационного обмена мысли вытесняются в область памяти и там тоже частично подвергаются разрушению.

Большая часть функциональных структур гибнет в пределах собственного внутреннего мира, но и здесь процесс их разрушения нельзя назвать очевидным. Вначале они исчезают из поля сознания, их фрагменты появляются в сновидениях, влияют на формирование наших эмоциональных установок и основ поведения. В конце концов они, вероятно, подвергаются полному разрушению, так что их восстановление становится невозможным.

Функциональные структуры, требовавшие нашего полного внимания (например, в детстве), сегодня уже невозможно воссоздать, из их фрагментов сформировались новые структуры. Однако и мы уже не можем переживать и вести себя так, как малые дети. Такого рода ощущения и поведение можно вызвать в гипнотическом трансе. Данный факт несколько противоречит приведенной выше гипотезе о разрушении функциональных структур.

С другой стороны, трудно себе вообразить, что все то, что мы пережили в течение нашей жизни, будет сохраняться вечно и не подвергнется разрушению. Емкость центральной нервной системы как хранилища информационных записей в нашей памяти является колоссальной, тем не менее избыточная нагрузка на механизмы памяти сказалась бы отрицательно на оперативности и интенсивности информационного метаболизма. Кроме того, «неразрушаемость» функциональных структур пришла бы в противоречие с диалектикой процессов строительства и разрушения, то есть с принципами существования материи. В энергетическом метаболизме структурные элементы существуют крайне ограниченное время, тогда как сами структуры сохраняются в течение всей жизни организма, а если речь идет в генетическом плане, то даже дольше, чем жизнь отдельного индивида.

Рассматривая информационный метаболизм со стороны, то есть как нейрофизиологическое явление, можно обнаружить аналогичные (может быть даже меньшие) временные характеристики существования структурных элементов. Едва нервная клетка успевает в ответ на приходящие к ней сигналы сформировать ответный сигнал в бинарной форме (в соответствии с законом «все или ничего», или в двоичном коде «1 — 0», или «да — нет»), как этот сигнал уже начинает испытывать влияние энтропии, распространяясь по многим каналам и вызывая в различных местах реакции возбуждения или торможения. Процесс формирования сигнала и его диссипации\* составляет десятые доли секунды. Зато при обмене информацией между анаболическими и катаболическими процессами ритм осцилляции намного слабее, чем при энергетическом обмене.

Относительной стабильностью отличаются в процессах информационного метаболизма пространственно-временные структуры, связанные с диссипацией сигналов возбуждения и торможения, но и они обычно быстро распадаются, поскольку не привлекаются с достаточной частотой к участию в процессах передачи сигналов нервной системы (в формировании коммуникаций). Степень их устойчивости, вероятно, может быть охарактеризована определенным градиентом, который в значительной степени обусловлен биологической значимостью данной структуры. Например, функциональные структуры, связанные с процессом письма, являются менее устойчивыми, чем структуры, связанные с приемом пищи. Нарушениями более устойчивых структур занимается неврология, а более подвижных структур — психиатрия.

Несомненно, намного труднее представить себе течение процессов информационного обмена с окружающей средой в субъективных аспектах этого явления. Наибольшие трудности связаны с определением, что является элементом, а что структурой, поскольку в ощущениях невозможно установить, что является, собственно говоря, элементом. То, что мы переживаем, как сам факт переживания, укладывается в сложную пространственно-временную иерархическую структуру. Попытки декомпозиции переживаний на отдельные элементы, такие как впечатления, предположения, мысли, чувства и т. д., являются искусственной классификацией и имеют значение только как способ, облегчающий анализ сложных явлений.

---

\* Диссипация — рассеивание энергии

Каждое переживание представляет собой неповторимое и целостное явление. Исключение из него отдельных принципиальных элементов или части структур, связанных с другими переживаниями, просто невозможно. Однако каждый человек хотел бы свои переживания упорядочить, классифицировать, разбить на составные части, обнаружить следы старых переживаний и т. д.

Наши переживания постоянно меняются и никогда не повторяются. Случается, что человек с некоторым замешательством испытывает ощущение, что нечто подобное он уже пережил. В психопатологии это явление называют «*deja vu*» или «*deja veci*». При повторении казалось бы совершенно одинаковых внешних ситуаций внутренние переживания никогда не повторяются. Изменчивость, таким образом, является принципиальным свойством внутреннего мира. Однако и в этой постоянной изменчивости можно обнаружить явно повторяющиеся темы, напоминающие своеобразную мелодию, благодаря чему внутренний мир приобретает определенный характер, имеет свою индивидуальную тематику, структуру и колорит. Однако отделить тематику переживаний от их структуры и колорита невозможно. Любое переживание должно рассматриваться как единое целое.

### **Связь между объективным и субъективным как аспект информационного метаболизма**

Мы до сих пор еще не знаем как перебросить мостик между субъективным и объективным. Благодаря развитию нейрофизиологии и нейрохимии наши знания об информационном метаболизме с точки зрения объективности стали глубже, но мы по-прежнему не знаем, как их можно связать с нашими знаниями о субъективных аспектах информационного метаболизма. Мы пока не в состоянии даже приблизительно понять, как из мозаики нервных импульсов формируются наши представления об окружающем мире и собственной личности, а также каким образом они приобретают форму переживаний.

Мы знаем, что колорит переживания может зависеть от влияния химических веществ и что с их помощью можно управлять им. Благодаря воздействию химических препаратов самые обычные предметы становятся необычными и изумляют нас своими формами. Кроме того, под влиянием химических

веществ могут возникать совершенно независимые от внешних раздражителей структуры, такие как галлюцинации. То же самое относится к нейрофизиологическим экспериментам, во время которых с помощью возбуждения или повреждения различных анатомических структур головного мозга можно добиться разного рода изменений в переживаниях.

Мы все еще по-прежнему далеки от установления зависимости между субъективными и объективными аспектами информационного метаболизма или между переживаниями и жизнью. В значительной мере это связано с тем, что мы до сих пор не располагаем соответствующими методами анализа переживаний, а их полное сравнение с объективными данными нейрофизиологических, биохимических и т. д. исследований не позволяет установить наличие соответствующих корреляционных отношений так же, как и существующие системы классификации психических переживаний не позволяют установить связь между субъективными и объективными знаниями. Усилия психологии и психопатологии должны быть направлены на создание классификации, отвечающей уровню проблем, выдвигаемых нейрофизиологией и психопатологией. Поэтому представляется справедливым, чтобы субъективная сторона жизненных явлений рассматривалась сквозь призму основных биологических законов. В этом случае намного легче установить определенные аналогии, остающиеся вне поля зрения, если полностью сосредоточиться на явлениях психической жизни и создании классификации, не опираясь на объективные знания биологии.

Одним из основных элементов переживаний является знак эмоционального состояния (положительный или отрицательный). Приятные и неприятные ощущения являются субъективными характеристиками жизненных процессов. Получение удовольствия в различной степени и с различными оттенками является своеобразной наградой за жизненные усилия, за увеличение отрицательной энтропии организма. В отличие от этого неприятные ощущения являются как будто наказанием за увеличение положительной энтропии организма. Очевидно, что это достаточно грубое и упрощенное представление. Деструктивные процессы могут быть также связаны и с положительными эмоциями. А во время творческих, созидательных процессов (если они продолжаются долго) может наблюдаться изменение положительного эмоционального состояния на отрицательное, поскольку субъективные показатели состояния

связаны не только отрицательной и положительной энтропией, но и их изменчивостью. Диалектика изменяющегося и неизменного играет в жизни организма такую же важную роль, как и равновесие между созидательными и деструктивными процессами. Можно также предполагать, что важнейшие субъективные показатели прежде всего относятся к ним.

Психическая жизнь не терпит пустоты, в ней постоянно что-то происходит. Эта постоянная деятельность не связана с изменчивостью характера жизненных процессов (диалектика изменяющегося и неизменного) или с необходимостью постоянного информационно-энергетического обмена организма с окружающей средой. Преобладание отрицательных эмоций во время депрессии является, между прочим, результатом замедления как изменчивости, так и процессов метаболизма. Обмен сигналами между организмом и окружающей средой в целом связан с приятными ощущениями.

Наиболее выразительно эта связь проявляется в раннем детстве, когда информационный метаболизм находится в начальных стадиях формирования. Грудному ребенку обычно доставляют удовольствие новые раздражители очевидно при условии, что они не слишком сильные и не вызывают страха. Дети получают удовольствие также от возможности свободы движений. Движения в данном случае являются пока еще примитивными и несформировавшимися сигналами для окружающих, а радость, связанная с ними, это радость от избытка жизненной активности, проявляющейся в движении. Однако даже у взрослого человека воздействие новых раздражителей позволяет ему избавиться от чувства тоски, пустоты, угнетенности и т. д. Поэтому люди часто ищут перемен и новых впечатлений. Новая ситуация искушает их возможностью получения привлекательных своей новизной стимулов, возвращающих хорошее настроение. Возможность деятельности также обычно улучшает настроение, уменьшает напряжение, вызванное чувством страха, возвращает веру в себя и т. д.

В данном случае одной бесцельной активности, достаточной для разрядки избытков жизненной энергии, уже оказывается недостаточно, хотя и она приносит облегчение. Активность должна быть каким-либо способом организована, то есть, приведена в соответствие с законами и структурой процессов информационного метаболизма. Воспринимаемые сигналы в ходе усвоения должны быть определенным образом упорядочены (то есть подвергаются воздействию отрицательной энтро-

пии) в соответствии с организацией всего организма. Передаваемые в окружающую среду сигналы также должны быть организованы, причем выходя за границы организма они должны быть приведены в соответствие с существующим там порядком (отрицательная энтропия организма подвергается отрицательной энтропии окружающей среды). Дополнительный аффективный оттенок связан с необходимостью упорядочения (награда за интеграционное усилие). Кроме того, как вход, так и выход сигнальной системы всегда связаны с изменением существующего status quo и, таким образом, обеспечивают выполнение условие изменчивости жизни, и этот факт также оказывается награжденным ощущением удовольствия.

Характерной чертой депрессии является редукция до минимума информационного метаболизма с окружающей средой (бегство в пресловутую «мышиную норку»), уменьшение изменчивости, стагнация, задержка в одной точке «пространства-времени». Поэтому нередко у больного возникает ощущение, что он застыл в черной смоле. Неприятные чувства, сопутствующие депрессии, таким образом можно трактовать как «наказание» за ослабление процессов отрицательной энтропии и нарушение равновесия между изменяющимся и неизменным в сторону неизменного.

В повседневной осцилляции между отрицательными и положительными чувствами легко можно обнаружить, что положительные чувства, повышающие настроение, связаны с высоким темпом переживаний и большей способностью к упорядочению, а отрицательные чувства и настроение — с обратным эффектом. Впрочем, человек нередко старается искусственно изменить свои неприятные ощущения на приятные, ускоряя темпы переживаний (повышенная активность, путешествия и т. д.).

Из повседневного опыта также известно, как глубоко укореняются «злые» чувства, как трудно избавиться от чувств ненависти, зависти, чувства обиды, вины и т. д. Они существуют в человеке и ослабляют его способности к интеграции с окружающей средой. В результате он утрачивает возможность получения удовольствия от деятельности по ее упорядочению, поскольку все, что он воспринимает сам и исходит от него, оказывается задержанным и искаженным призмой отрицательных эмоций.

В психиатрии мы постоянно испытываем большие трудности при снятии напряженности, связанной с отрицательными



эмоциями. Несмотря на все наши усилия, больной постоянно возвращается к закрепившимся отрицательным эмоциональным установкам, которые крайне затрудняют ему жизнь и нередко доводят до предельного истощения организм из-за избыточной нагрузки на вегетативно-эндокринную систему.

### **Принцип реальности (иерархия ценностей)**

В информационном обмене организма с окружающей средой заложена скрытая предпосылка, что образ мира, возникающий в ходе такого обмена в нашем сознании, правдив. Иначе информационный метаболизм не выполнял бы своей роли подготовки организма к участию в процессах энергетического метаболизма и осуществления законов сохранения жизни и вида.

Основной проблемой информационного метаболизма является селекция сигналов. Только незначительная часть сигналов, воздействующих на организм, ассимилируется организмом, и только незначительная часть функциональных структур, формирующихся в организме, оказывается реализованной в определенных формах психической активности, в словах и движении. Что будет воспринято организмом, и что будет передано окружающей среде в определенных формах — зависит в значительной мере от принятой иерархии ценностей. Более значимые сигналы обладают большим преимуществом перед менее значимыми.

Но что является важным и значимым? Когда человек голоден, то он воспринимает все сигналы, связанные с удовлетворением чувства голода. Аналогично выходные сигналы оказываются сосредоточенными вокруг главной темы, то есть голода. Иерархию значимости легко установить, когда потребности связаны с двумя основными законами биологии (голод, жажда, половое влечение, потребность воздуха, материнство и т. д.). В человеческой жизни эти потребности редко выступают в «обнаженном» виде. Обычно они как будто приобретают форму других потребностей, связанных с социальной жизнью, с принятыми в данной культуре системами ценностей и т. д. Иерархия ценностей у человека, таким образом, отличается большой пластичностью и сложностью и нередко трудно в путанице человеческих ценностей отыскать проявление основных потребностей, связанных с двумя биологическими законами.

Иерархия ценностей заметно изменяется под влиянием эмоционального колорита. Это влияет и на характер информационного метаболизма. Если преобладают положительные эмоции, то процессы информационного метаболизма оказываются более ориентированными на восприятие сигналов с положительной эмоциональной окраской и наоборот. Особенно выразительно это явление наблюдается при маниях и депрессиях. В состоянии маниакального возбуждения человек усваивает прежде всего приятные для него сигналы. Неприятные сигналы как будто не доходят до его сознания. Наоборот, во время депрессии все неприятности и огорчения как будто льнут к нему, а когда происходит что-то приятное, то больной или не замечает это, или преуменьшает значение такого события.

В радости мир прекрасен, в печали — отвратителен. Если мы кого-нибудь любим, то замечаем в нем только положительные черты, а если ненавидим — то только отрицательные. Под влиянием чувств происходит нарушение процессов информационного метаболизма, избирательность сигналов смещается в сторону полюсов положительных или отрицательных эмоций. Здесь проявляется действие механизма обратной связи. Смещение диапазона воспринимаемых сигналов в положительную сторону, впрочем, вызывает усиление положительных эмоций, а это — в свою очередь — еще большее смещение в сторону положительного полюса. Противоположный эффект наблюдается при отрицательных эмоциях. Аналогичные явления наблюдаются в отношении к выходным сигналам. Если их смещение происходит в положительную сторону, то сигналы, исходящие от организма, становятся приятными для окружающих, а если в отрицательную сторону — неприятными.

От характера селекции воспринимаемых сигналов зависит образ окружающего мира, а от селекции выходных сигналов — образ человека, который на их основе возникает у окружающих. Таким образом, существующий в нашем представлении образ окружающего мира, а также наш собственный образ, воспринимаемый окружающими, не являются чем-то постоянным. Он изменяется одновременно с изменениями потоков информации, идущими в двух направлениях, то есть между нами и окружающей средой. Слабость этих отношений между человеком и средой является кажущейся: она связана с фиксацией в сознании частной реализации среза потока информационного обмена с окружающей средой.

Отличительной чертой живого мира является наличие потоков энергии и информации. Вследствие повторения определенных схем (структур) в таких потоках возникает ощущение стабильности образов, существующих в нашем сознании. Их иллюзорность обнаруживается в явном виде, когда под влиянием чувств и настроения в селекции сигналов происходят нередко противоположные изменения. Явление селекции сигналов следует отнести к проблемам, требующим более основательного изучения.

Мы воспринимаем окружающий мир как образ и сами в такой же форме воспринимаем окружающими (по крайней мере людьми, поскольку нам не известен механизм восприятия у животных). Несмотря на изменчивость окружающего мира и нас самих, мы ощущаем неизменность одного и другого. Быть может, такая неизменность вытекает из необходимости выделения какой-либо структуры или какой-либо формы в таком хаотическом потоке энергии и информации, каким является жизнь.

В психиатрии особенно часто приходится встречаться с патологическим постоянством подобных структур. Затихают чувства, возникают бредовые концепции, искажается умозрительный образ мира. В состоянии депрессии динамика возникновения патологических структур является относительно слабой в сравнение с динамикой их возникновения при острой шизофрении или при острых органических психозах. Это вполне понятно, поскольку во время депрессии в целом понижается информационный метаболизм вследствие ослабления жизненной активности, и поэтому динамика возникновения структур уменьшается.

### **Функциональные структуры (модель действительности)**

Патология структур возникает вследствие нарушений механизма селекции сигналов. Такая селекция осуществляется уже на самых низких уровнях интеграционных процессов сигнальной системы (например, восприятия боли зависит от эмоционального состояния человека в данное время; восприятие зрительных сигналов — от функционального состояния нервной системы и т. д.). Периферийные анализаторы непрерывно воспринимают сигналы, поступающие от выс-

ших уровней интеграции. Селекция входных сигналов, вероятно, регулируется прежде всего сигналами более высоких уровней интеграции. Они характеризуются специфической организацией, наличием собственных структур, данные структуры передаются входным сигналам, принимаемым организмом.

Уже на рецепторном уровне, находящемся на границе внутреннего мира и внешней среды начинается «сражение» между порядком, существующим в окружающей среде, и порядком организма. Эта схватка продолжается и на более высоких интеграционных уровнях нервной системы. На каждом уровне осуществляется селекция сигналов: одни из них задерживаются, другие передаются на следующий уровень.

Мы пока не располагаем ясной концепцией функциональной структуры нервной системы. В любом случае это динамическая структура, в состав которой входит большое количество анатомических структур, и связи между ними являются достаточно свободными, поскольку, несмотря на разрушение части анатомических структур, функциональная структура продолжает существовать и привлекает к своей деятельности другие анатомические структуры. Например, функциональные структуры, связанные с процессом письма, обычно взаимодействуют с анатомическими структурами, отвечающими за движение правой руки. Разрушение таких структур не прекращает деятельности функциональной структуры письма: писать можно другой рукой, ногой, мысленно и т. д. Функциональная структура представляет из себя нечто, что пронизывает всю нервную систему, но одновременно остается неуловимым в сравнении с анатомическими структурами.

## **Интеграционное усилие**

Только что мы старались представить взгляды, согласно которым создание новых функциональных структур «награждается» чувством приятного, поскольку благодаря этому увеличивается отрицательная энтропия организма, и что аналогичным образом обстоит дело и с изменчивостью структур, связанной со способностями организма к их созданию.

Способности к созданию новых структур и показатели их изменчивости в свою очередь зависят от жизненной активнос-

ти, субъективным ощущением которой является настроение. Усиление жизненной активности связывается с преобладанием положительного эмоционального колорита, а понижение — с преобладанием отрицательного эмоционального колорита. Законы отрицательной энтропии и изменчивости являются, таким образом, выражением жизненной активности. Однако от чего зависит жизненная активность? Если ее симптомами являются темпы информационного и энергетического метаболизма, и если вслед за их увеличением возрастает показатель изменчивости, то их следует принять за выражение оценки жизненного усилия, поскольку от этих показателей зависит уровень отрицательной энтропии организма.

Однако в субъективном восприятии жизненная активность не зависит от наших усилий, она воспринимается нами как данность, и мы можем ее ощущать только как прилив жизненной энергии или как радость жизни и т. д. Так ли это на самом деле в действительности? Требуется ли жизнь усилий? Возможно ли осознанным решением увеличить свою жизненную активность и, таким образом, улучшить свое настроение? Если спортсмен максимально напрягает свою волю для достижения намеченной цели, то благодаря этому повышается его информационно-энергетический метаболизм (при сильном напряжении он может потерять до нескольких килограммов веса, а его внимание оказывается полностью сконцентрированным на достижении максимального результата). Принимая какое-либо мысленное задание к выполнению, мы стараемся обеспечить максимальное поступление информации, относящейся к данной проблеме, и одновременно стараемся систематизировать эту информацию в соответствии с новым порядком. Возможность упорядочения является источником удовлетворенности. В период, когда человека одолевает тоска и пропадают любые желания, новые друзья или новые занятия заставляют человека мобилизовать свою энергию, и наградой всегда становится улучшение самочувствия. Иногда отрицательные чувства по отношению к какому-либо человеку ослабевают или даже исчезают по мере учащения контактов и более глубокого знакомства с ним. Таким образом, усилие, необходимое для того, чтобы изменить отрицательную эмоциональную установку и сблизиться с несимпатичным для тебя человеком, в конечном итоге вознаграждается, поскольку наградой становится изменение характера эмоционального колорита.

## Саморазвитие нервной системы

Из экспериментов над животными, а также из психологии человека известно, что ограничение до минимума воздействия внешних раздражителей на организм на ранних этапах развития фатальным образом сказывается на его последующем развитии. У животных, которые с рождения воспитывались в изоляции, уже в раннем возрасте обнаруживаются различного рода нарушения поведения, а в более позднем возрасте обнаруживается, что у них оказались несформированными основные биологические функции. Более того, развитие морфологических структур нервной системы зависит от потока раздражителей или от интенсивности информационного метаболизма. У животных, выросших в изоляции (*sensory deprivation*) обнаруживаются задержки в развитии коры головного мозга. Классическими в этом смысле являются опыты на крысах, выполненные Кречем (D. Krech). Одна группа подопытных крыс воспитывалась в изоляции от внешних раздражителей, а другая в нормальных условиях. Крысы, выросшие в изоляции, обладали более низким интеллектом, толщина коры головного мозга у них была меньше, чем у крыс, выросших в обычных условиях, у них были также менее развиты связи между нейтронами через дендриты и понижена активность мозговых энзимов (ацетилхолинэстеразы и холинэстеразы). Поэтому можно допустить, что развитие морфологических структур нервной системы находится в очевидной зависимости от уровня информационного метаболизма. Действие этого же закона распространяется на зависимость морфологических структур организма от энергетического метаболизма. На них также оказывает влияние информационный метаболизм (например, рука пианиста не похожа на руку грузчика), но не в такой степени, как на морфологические структуры центральной нервной системы. Таким образом, можно повторить вслед за Аем (H. Eyr), что мозг является уникальным органом, который развивается сам по себе.

Стараясь сохранить целостность взгляда на человеческий организм, то есть, не пытаясь отделить морфологические структуры от энергетических (а также от информационных), мы можем в полной мере оценить роль информационно-энергетического обмена для развития организма. А такой обмен связан с необходимостью изменчивости и развития (постоянного роста отрицательной энтропии). Этот обмен, а вместе с

ним изменчивость и рост отрицательной энтропии, осуществляются в значительной степени автономно, то есть без осязаемого усилия со стороны живого существа. Но иногда это усилие необходимо для преодоления инерции, страха или для принятия решения, выбора функциональных структур, наиболее отвечающих соответствующей ситуации, для мобилизации воли и сознания, необходимых для упорядочения мыслей и хаотических чувств и т. д. В критических ситуациях, например, в случае опасности для жизни или в решающие для нее моменты случается, что функции, обычно осуществляемые автоматически, без осознанного усилия, требуют максимального напряжения воли. Преодоление внутреннего сопротивления и сопротивления окружающей среды ощущается нами как «вкус жизни».

См. работы: 58, 130, 225, 409.

### **Усилие автономное (бессознательное) и волевое (сознательное)**

Тот факт, что положительным эмоциям обычно сопутствует рост отрицательной энтропии и увеличение показателя изменчивости, можно объяснить как своеобразную награду за совершаемые жизненные усилия. С другой стороны, из повседневного опыта известно, что не всегда сознательное усилие сопровождается улучшением настроения и усилением положительных эмоций. Люди, которые насильно стараются быть добрыми и довольными жизнью, представляют собой довольно жалкое зрелище. Хорошо известно, что нельзя быть «насильно» счастливыми или кого-нибудь насильно полюбить: чувства и настроения не зависят от нас.

Для того чтобы выявить природу этого противоречия, следует признать двойственность жизненной активности и, соответственно, отрицательной энтропии и характеристик изменчивости. Одна их часть принадлежит сознанию, а вторая — подсознанию и является автономной. Можно осознанно, усилием воли увеличить свою жизненную активность, например, усилить темпы энергетического метаболизма, совершая физическое усилие. А информационный метаболизм может быть усилен установлением более живых отношений с окружением (например, можно пойти в компанию, прочитать книгу, схо-

дять в кино или в театр). Можно увеличить отрицательную энтропию, стараясь навести порядок в своих переживаниях. Обычно это лучше получается с мыслями, чем с чувствами. Степень сознательного контроля над мыслями значительно выше, чем над чувствами.

Осознанное увеличение отрицательной энтропии возможно только применительно к информационному метаболизму. Порядок в данном случае устанавливается автономно. Тем не менее можно повлиять на темп энергетического метаболизма и, соответственно, на его изменчивость. Таким образом, возможности нашего сознательного управления порядком и изменчивостью как энергетического, так и информационного метаболизма, являются довольно ограниченными. То, что для нашей жизни представляется наиболее важным — поддержание собственного порядка организма, то, что связано с необходимостью поддержания постоянного информационно-энергетического обмена с окружающей средой и определенной степени ее изменчивости, происходит в значительной мере за пределами нашего сознания (автономно). Осознанно воспринимаются только некоторые грани нашей жизни, может быть ее самые молодые и потому наиболее сложные формы (например, человек может оказывать определенное влияние на отрицательную энтропию информационного метаболизма и не имеет никакого влияния на порядок энергетического метаболизма).

Жизнь является саморегулирующимся процессом, невозможно ее насильно упорядочить, ускорить или замедлить темп изменений. Тем не менее сознание, а особенно осознанный волевой акт имеют определенное значение. Принимая гипотезу, что жизнь всегда связана с переживаниями или с пониманием, в котором хотя бы в зачаточной форме присутствует волевой акт, (поскольку волевой акт является субъективным выражением одного из важнейших жизненных процессов, а именно — принятия решения), следует также признать, что сознательное жизненное усилие необходимо для его осуществления, особенно в новых и сложных ситуациях, не подвергшихся автоматизации.

Принимая во внимание, что отрицательные и положительные чувства являются своеобразной системой наград и наказаний за жизненную активность, можно было бы выделить в этой системе один уровень, связанный с законом самосохранения, и второй — связанный с законом сохранения вида. В данной системе в свою очередь можно выделить один уровень, связан-



ный с энергетическим метаболизмом, и второй — связанный с информационным метаболизмом. Первому свойственен большой драматизм: в нем безраздельно господствует «право сильного» (будь победителем или окажешься побежденным). Окружающий мир в этой ситуации является инстанцией одновременно дарящей и отнимающей жизнь. Чувства осциллируют в диапазоне между двумя полюсами: от ощущения блаженства, связанного с удовлетворением основных биологических потребностей (относящихся к первому биологическому закону), до ощущения страха и боли, когда эти потребности не удовлетворены и возникает угроза победы порядка, существующего в окружающей среде, над собственным порядком организма. При этом страх является сигналом общей опасности, а боль — непосредственной опасности, когда организм уже частично поражен. Сами процессы развития и изменения, происходящие с ним, осуществляются автоматически, без усилия сознания, поскольку усилие оказывается сконцентрированным на границе пересечения внутреннего и внешнего миров. Там напряженность борьбы между внутренним и внешним порядком оказывается наибольшей, и там же «находится» система наград и наказаний.

### **Нейрофизиологический (математический) образ мира**

На уровне информационного метаболизма ситуация меняется. В данном случае победа порядка окружающей среды не угрожает уничтожением, поскольку атаки окружающей среды осуществляются только в сигнальной форме, символически представляющей то, что происходит снаружи. Но энергетические характеристики сигналов достаточно слабые для того чтобы угрожать организму. В данном случае порядок, существующий во внешней среде, не подвергается деформации на входе в организм, как в случае энергетического метаболизма, но он может вторгнуться во внутренний мир человека очевидно в символической форме, поскольку все, что происходит снаружи на пересечении внешнего и внутреннего миров, то есть в рецепторном слое, преобразуется в нервные импульсы.

Пространственно-временная организация нервных импульсов отражает действительность окружающего мира. Язык этих импульсов математический (по крайней мере так его оцени-

вает современная нейрофизиология). Это язык композиционный, в состав которого входят: 1) язык дискретных потенциалов «да»—«нет», «1»—«0», «все или ничего», соответствующих полному разряду нервной клетки и языку цифровой техники, и 2) язык переменных потенциалов, подпороговых импульсов, которые не активизируют полностью нервную клетку, а только накапливаются в месте действия раздражителя и пропорциональны его величине. Здесь действует не правило «все или ничего», а правило пропорциональности силы реакции силе раздражителя. Такой язык соответствует языку аналоговой вычислительной техники.

Знание нейрофизиологии, особенно физиологии рецепторов, позволяет нам хотя бы отчасти понять, каким образом сигналы из внешней среды преобразуются в нервные сигналы. Однако мы не знаем, каким образом дискретный язык сигналов нервной системы переводится на язык субъективных переживаний. С точки зрения нейрофизиологии существующие в нашем представлении образы окружающего и нашего внутреннего мира должны быть математическими, но они таковыми не являются, может быть за исключением отдельных личностей, чьи математические способности позволяют им иногда взглянуть таким образом на действительность. Наверное, такое восприятие неизвестно и более низким по сравнению с человеком живым существам.

См работу 666.

## **Объективность образа мира**

Контакты с больными депрессией самым наглядным образом выявляют зависимость образа окружающего мира и самого себя от настроения. Одновременно в какой-то степени они укрепляют нашу веру в объективность этих образов. В зависимости от глубины депрессии, а также в зависимости от принципиальных черт структуры личности различаются формы и степень изменения этих образов. Под влиянием изменений эмоционального колорита изменяется угол зрения на тематику переживаний или пространственно-временная структура, а также сама тематика. (В данном случае понятие эмоционального колорита относится к настроению, однако может быть отнесено также к эмоциональным отношениям с окружением. Впрочем, чувства и настроение тесно завязаны друг от друга).

Известно, что человек в печали и размышляет о вещах печальных, а веселый — о веселых. В зависимости от эмоционального колорита обнаруживается явление избирательности как в восприятии, так и в запоминании.

Таким образом, тематика наших переживаний оказывается зависимой от настроения. В радостном настроении из различных уголков нашей памяти приходят воспоминания о радостных переживаниях, жизненных успехах, и вокруг замечается то, что несет в себе радость, красоту и веселье, что укрепляет веру в самого себя. Весь мир становится прекрасным, и человек чувствует себя прекрасным. Напротив, в угнетенном состоянии печаль привлекает к себе печальные события, прошлое превращается в цепь поражений и неудач. То же самое, кажется, ожидается и в будущем так же как сейчас вокруг замечается только то, что печально, неприглядно и безнадежно. И то же самое замечается в самом себе.

В наиболее явном виде изменения в восприятии окружающего мира наблюдаются при циклофрении. В течение одного дня мир больного при переходе из фазы мании в фазу депрессии (или наоборот) изменяется до неузнаваемости. Тот же самый человек, который еще вчера все видел в черном цвете, и для которого только неприятные переживания становились содержанием настоящего, прошлого и будущего, просыпается утром радостным, и мир кажется ему прекрасным, на память приходят только светлые воспоминания прошлого, будущее видится в розовых красках, а сам он увлечен самим собой. Каким же тогда является окружающий мир в действительности и кто мы на самом деле?

Наши настроения и чувства обычно осциллируют между положительным и отрицательным полюсами, так что в конечном итоге сумма оказывается на уровне доминирующего настроения и основного эмоционального состояния, исходя из которых осуществляется моделирование принципиальной схемы образа окружающего мира и самого себя. В зависимости от того, находится ли этот «нулевой уровень» в отрицательной или положительной области осцилляции, происходит формирование фундамента будущих переживаний: у одних людей будут преобладать приятные переживания, а у других — неприятные. Широко распространено убеждение о «прирожденных» оптимистах или пессимистах.

Другим фактором, определяющим уменьшение осцилляции настроения и эмоций и тем самым способствующим их

большей стабилизации, является способность к абстракции, то есть способность оторваться от конкретной ситуации, способность свободного обращения с пространством и временем. Благодаря способностям к абстрактному мышлению человек способен удалиться от конкретной ситуации как во внешней среде, так и в своем внутреннем мире и, таким образом, от колебаний, связанных с противодействием двух сред. Абстракция позволяет зафиксировать образ мира.

Фундаментальным свойством жизни является информационно-энергетический обмен между организмом человека и окружающей средой, поэтому уяснение метаболического характера жизненных процессов позволяет нам лучше понять принципы изменчивости состояний организма и среды.

## **ДВЕ ФАЗЫ ИНФОРМАЦИОННОГО МЕТАБОЛИЗМА**

### **Фаза первая**

Изменение внешней или внутренней ситуации организма вероятно связано с изменением характера переживаний, то есть субъективного состояния человека. Прежде всего изменяется колорит чувств и настроения (осцилляция между полярными состояниями удовлетворенности и страдания), которые являются субъективными показателями удовлетворения основных потребностей человека, мобилизации для борьбы или бегства, выбора основных мотивационных установок («к» или «от» окружения) и общей жизненной активности. Это как будто подготовительная фаза, первая реакция на изменения во внутреннем или внешнем мире. Только на такой основе развивается сам процесс информационного метаболизма или обмен сигналами между организмом и окружающей средой. Из потенциальных функциональных структур, которыми располагает данный организм, выбираются и реализуются те, которые в наибольшей степени соответствуют совокупности входных сигналов из окружающей среды внешней ситуации организма. Таким образом создается соответствующая форма моторного и вербального поведения. Когда мы слышим звонок телефона, то первая реакция напоминает толчок, который воспринимается острее в момент засыпания или в состоянии повышенного внимания, или нервного возбуждения. Такое поведение связа-

но главным образом с ощущением неожиданности и соответствующей вегетативной реакцией.

См. работу 142

## Вторая фаза

Она является основанием для дальнейшего взаимодействия с окружением. Из множества возможных форм поведения должна быть выбрана та, которая в наибольшей степени соответствует сложившейся ситуации. Обычно такая форма поведения относится к часто повторяющимся ситуациям, а значит соответствующая ей функциональная структура является наиболее отработанной и имеет больше шансов быть реализованной. Для упоминавшегося конкретного примера с телефоном это может быть поднесение трубки и фраза: «Алло!», — хотя можно было бы трубку не поднимать, отключить телефон, разбить его, выйти из комнаты, начать кричать и т. д. Как видно, возможностей выбора много.

Таким образом, информационный метаболизм можно представить себе как процесс, состоящий из двух фаз. Первая фаза непосредственно связана с внутренней и внешней ситуацией в организме и является подготовительной для дальнейшей более дифференцированной деятельности. Нельзя оставаться равнодушным по отношению к тому, что происходит внутри и вне организма. На каждое изменение человек должен каким-либо способом отреагировать. Такая первая реакция всегда является однозначной, а возможности выбора ограниченными (например, выбор между установками «к» и «от»), при этом она должна быть мгновенной и нет смысла выбирать между различными возможностями (впрочем, таких возможностей не так уж много).

Функциональные структуры, принимающие участие в первой фазе процессов информационного метаболизма, достаточно бедны, а различия между ними скорее количественные, чем качественные. Например, различная степень ощущений страха, ненависти, любви, удовольствия и страдания, различные уровни эндокринно-вегетативных реакций, ограниченное количество моторных установок, являющихся подготовительными для дальнейшего взаимодействия с окружением, в том числе установки дружелюбного сближения, бегства, нападения и т. д.

В субъективных ощущениях формы поведения в первой фазе информационного метаболизма являются заданными, они возникают как будто независимо от нас. Нами овладевает определенное эмоциональное состояние, на которое мы не можем повлиять так же как на вегетативно-эндокринные реакции. Но уже первичная моторная реакция (выбор основной установки) является контролируемой.

Отсутствие возможностей выбора и контроля указывает нам на необходимость отнести функциональные структуры первой фазы процессов информационного метаболизма к структурам подсознания, потому что их отличительной чертой является *apanke* — в смысле обязательности, необходимости и невозможности свободного выбора.

С точки зрения физиологии предполагается, что функциональные структуры субъективно связаны с чувствами и настроением, а объективно — с эндокринно-вегетативными реакциями и основными моторными установками, которые управляются более старшими в филогенетическом плане отделами головного мозга (*diencephalon* и *rhinencephalon*), в то время как *неокортекс* зарезервирован для участия в более тонких операциях информационного обмена с окружением. Возможности формирования в нем разнородных функциональных структур значительно выше, чем в более старых отделах головного мозга, что связано со значительно большим богатством элементов нервной ткани и, соответственно, с увеличением вероятности формирования разнородных функциональных комбинаций и соединений между ними.

Собственно, эта возможность создания разнородных функциональных структур является отличительной чертой второй фазы процессов информационного метаболизма. Сигналы, поступающие из внешней или внутренней среды в течение первой мобилизационной фазы информационного метаболизма, активизируют «творческие возможности» нервной системы и особенно ее самых молодых отделов и *неокортекса* как наиболее пластичного из них.

## **Множественность моделей действительности**

Разнородные функциональные структуры формируются на основе старых информационных записей в памяти и текущей информации. Они являются как бы различными моделями

окружающей действительности и поведения организма. Среди различных возможностей должна быть выбрана только одна, и это должна быть функциональная структура, наиболее соответствующая фактической ситуации. Правда так бывает не всегда, потому что выбор зависит от первой мобилизационной фазы, поскольку на этом этапе устанавливается взаимодействие с окружающей средой в определенном направлении (например, усиление или ослабление жизненной активности, выбор установок «к» или «от») и колорит переживаний. В зависимости от колорита активизируются различные функциональные структуры, отличающиеся друг от друга: одни — для печали, другие — для радости, третьи — для дружелюбного отношения, еще одни — для враждебного отношения или отношения страха.

Функциональные структуры, формирующиеся под влиянием информации о текущем состоянии, а также те, которые возникли еще раньше, являются моделями окружающей действительности. Из множества возможных моделей выбираются наиболее правдоподобные. Обычно в этих процессах выбора мы не отдаем себе отчета, поскольку для большинства случаев выбор осуществляется автоматически и только впоследствии мы удивляемся, почему данное явление рассматривали подобным образом и почему, собственно говоря, вели себя так, а не иначе. Ведь более поздние оценки открывают нам совсем другие модели действительности, которые до этого мы не замечали, так как нам не позволял это сделать тогдашний эмоциональный колорит. В зависимости от этого колорита одна и та же действительность может предстать в ином обличье.

## **Методологические и онтологические выводы**

Установление практически неограниченных возможностей формирования функциональных структур, какими располагает нервная система человека, позволяет сделать определенные методологические и онтологические выводы. Основным методом исследований в естественных науках является эксперимент. Он проверяет действительность научными знаниями. То, что невозможно проверить экспериментально, является сомнительным. В то же время эксперимент возможен при условии повторяемости изучаемого явления природы. При так называемых идентичных условиях опыта наблюдаются те же самые

результаты, что и в первый раз. Чем явления природы проще, тем сильнее проявляется их неизменный характер. По мере их усложнения (увеличения уровня отрицательной энтропии) степень изменчивости увеличивается и одновременно увеличивается вероятность непредвиденного.

Разнообразие функциональных структур (моделей действительности и собственной деятельности), которыми потенциально располагает человек («потенциально», потому что только в незначительной степени эти возможности реализуются), настолько высоко, что никогда невозможно предвидеть поведение человека с абсолютной достоверностью. Границы непредвиденного слишком велики для осуществления эксперимента. Даже при соблюдении одних и тех же условий проведения опыта его результаты могут быть совершенно различными, если окажется активизированной иная функциональная структура.

Эксперимент возможен только в тех случаях, когда количество потенциальных функциональных структур является относительно небольшим, и в связи с этим возможности выбора также оказываются невелики, например, при изучении отдельных частей организма и их функций или при изучении автономных и автоматизированных функций и т. д. Однако экспериментальные исследования человека как сложной системы невозможны. Поэтому антропология (как наука о человеке) не укладывается в рамки естественных наук, а специфика изучаемой предметной области предполагает необходимость применения особых методов.

Но чем менее формализована область исследований, тем сильнее человек придерживается различных схем и этиологических упрощений. Сложное явление, находящееся в обширной области непознанного, пытаются свести к простым физико-химическим, физиологическим или к потасканным психологическим и социологическим схемам. Схематизма трудно избежать даже тем, кто отдает себе отчет в существовании границ области непознанного в науках, занимающихся изучением человека (то есть в антропологических науках). В качестве примера можно привести Дэвида Купера (David Cooper) — автора интересной книги «Психиатрия и антипсихиатрия», резко протестующего против схематизма в психиатрии, называя это насилием над другим человеком. Однако Купер сводит генезис шизофрений к простейшим схемам микросоциологической патологии (социологии семьи). Пожалуй, нет книг по



психиатрии, свободных от подобных упрощений, увлекающих нас, психиатров, силой привычки, навыков и инерции. Нередко в блеске современной терминологии и особенно технических понятий скрывается травести старых схем, дающих знать о своем существовании, и новые шаблоны.

Что касается онтологических выводов, то они, несомненно, связаны с одной из основных черт человеческого поведения. С древнейших времен именно человек, как бы неосознанно ощущая безграничность своих возможностей, постоянно пытался наложить какие-то ограничения на самого себя и окружающих. Опасаясь своей и чужой свободы, он замыкает себя и других людей и даже животных в разного рода клетках, тюрьмах и лагерях, придумывает различные табу. Сам себя помещает в круг «можно» и «нельзя». Обычно в молодости человек еще борется за свою свободу, и эта борьба нередко приобретает трагические формы, например, в шизофрении.

Ограничения человеческой свободы существуют не только в непосредственной форме (тюрьмы, наказания, правила и запреты), но и в косвенной. Человек сразу попадает в существующую систему функциональных структур (то есть в совокупность моделей действительности и различных форм поведения в ней), и благодаря этому его решения оказываются изначально predeterminedенными принятыми нормами культуры. Таким образом, социальная наследственность уменьшает напряженность усилия, связанного с принятием решения, одновременно уменьшая пределы индивидуальной свободы. Вступая в сложившуюся систему понятий (структура родного языка), обычаев, этических и эстетических норм и т. д., человек получает как будто в наследие плоды труда многих поколений, одновременно изначально отказываясь от того, что оказывается несовместимым с этой системой.

Биологическая наследственность также уменьшает напряженность усилий отдельного живого существа, поскольку она сразу оказывается воплощенной в существующие морфологические и функциональные формы. При этом устанавливается предел возможностей, поскольку живое существо не может выйти за границы того, что было заложено в наследственности. Хотя в теоретическом плане следовало бы допустить существование подобных возможностей, на что указывает явление мутации и появления новообразований. В таких крайних случаях границы возможностей раздвигаются, выходя за пределы предназначенные генетическим планом.

Человек помимо биологических ограничений (правила и запреты природы) связан также и ограничениями, возникающими из культурной традиции. Отсюда возникает вопрос: «Не является ли абсолютная свобода человека простой фикцией?».

Такой же фикцией представляется и мысль об абсолютной уникальности человека. Может ли человек действительно быть самик собой? Действительно ли есть в нем что-то исключительно свое? Ни одно слово, мысль, жест или выражение лица, никакая часть организма не являются исключительно результатом его деятельности или его абсолютной собственностью. Во всем этом сохраняются результаты эволюционных усилий многих поколений людей, которые жили до него, и не только людей, но и всех живых существ, которые на протяжении миллионов лет участвовали в эволюции от простейших форм до высшей, то есть человека.

Фикцией оказывается также одиночество человека. Уже благодаря тому факту, что он является хранителем истории всего человеческого рода и, более того, всего живого, он тесно связан с миром людей и с миром живой природы. Наиболее выразительным подтверждением сознания человеком такой связи является его вера в реинкарнацию (перевоплощение) а также ощущение им своего родства с людьми из разных культурных эпох и слоев и даже с представителями животного мира (вспомним повседневные сравнения человека с различными животными).

Факт, что человек не является изолированной от всех и независимой личностью, непосредственно вытекает из сущности явлений живой природы. Любое живое существо является открытой системой, возникшей благодаря непрерывному обмену энергией и информацией между ним и окружающей средой. Такая система не может быть независимой (свободной) или изолированной, или самодостаточной. Она является только проходящей формой в вечном потоке жизни.

См. работы 166, 368.

## **ВЫБОР МОДЕЛИ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ В ПЕРВОЙ И ВТОРОЙ ФАЗЕ**

Нет особых трудностей при выборе модели в том случае, когда ситуация повторяется. Из множества возможных моделей инициированных данной ситуацией осуществляется выбор

одной, и благодаря самому факту реализации этой модели она имеет больше шансов быть выбранной при новых повторениях подобной ситуации и, таким образом, становится для нас подлинной реальностью. Остальные отвергнутые и нереализованные модели оказываются ненастоящими, хотя может стать-ся, что именно они в большей степени соответствуют действительности.

Сомнения в адекватном восприятии действительности появляются в совершенно новых и необычных ситуациях или в том случае, когда развитие второй фазы информационного метаболизма оказалось незавершенным, и восприятие действительности происходит за пределами ясного сознания. Например, в темноте, когда количество сигналов, поступающих из окружающей среды, оказывается недостаточным для полного развития второй фазы информационного метаболизма, доминирует первая фаза и эмоционально-чувственные установки могут вызвать ложное восприятие действительности (например, в темноте куст может быть воспринят как прячущийся человек). Аналогично при засыпании или пробуждении окружающие предметы оказываются вытесненными порождениями нашей фантазии, обитающей в мире сновидений.

Иногда нам приходится остро переживать изменение нашего восприятия действительности. Экспериментально это легче всего обнаружить на примере восприятия рисунков, которые можно интерпретировать двояко. Например, в течение некоторого времени мы видим на рисунке изображение только вазы и вдруг неожиданно обнаруживаем профиль человека и тогда нам уже трудно увидеть опять вазу. Как будто что-то «переключилось» и уже невозможно отойти от нового способа восприятия действительности. То же самое явление наблюдается и в более сложных ситуациях: определенную вещь или человека мы неожиданно начинаем видеть в «новом свете», красота превращается в уродство, ангел — в беса и т. д. И уже невозможно вернуться к прежнему восприятию: образ окружающей действительности изменился, новая модель вытеснила прежнюю.

Замена моделей окружающей действительности обычно происходит постепенно и незаметно для нас. Достаточно сравнить между собой образ действительности времен нашего детства с тем, что существует в нашем сознании в зрелом возрасте. Случаются, правда, озарения, когда замена одного образа

другим происходит неожиданно и от одного образа действительности мы «скачком» переходим к противоположному. Такой «скачок» особенно выразительно проявляется в состоянии депрессии. Нередко в течение нескольких часов, а иногда и быстрее (наши наблюдения, относящиеся к периоду начала депрессии и выхода из нее, а также к переходам из одной фазы в другую, то есть из маниакальной в депрессивную и наоборот, еще достаточно ограниченны) образ мира изменяется и невозможно поверить, что еще недавно он был совсем другим и нет надежды, что существующий в нашем сознании темный образ когда-либо может посветлеть. Несмотря на то, что в течение нашей жизни возникает множество различных и изменяющихся моделей действительности, та, которая «царит» в нашем сознании сейчас, производит впечатление, что она единственно правильная, устойчивая и т. д.

Явление «скачка» выразительно проявляется при модификации образа мира в зависимости от нашего настроения и чувств. Окружающий мир становится темным или светлым в зависимости от настроения, определенный человек кажется нам или благородным, или низким в зависимости от испытываемых к нему чувств. Воспринимаемый в переживаниях образ действительности имеет кажущийся постоянный характер. Невозможно представить, что еще совсем недавно мир выглядел совсем иначе, или же не так давно данная особа казалась нам идеальным воплощением всех достоинств.

Мы еще слишком далеки от познания механизмов формирования в нашем сознании образов действительности. Для того чтобы этот образ был полезным, то есть позволял бы нам перемещаться в окружающем нас мире, необходимо, чтобы он имел постоянный характер, поскольку невозможно перемещаться в том, что является зыбким и изменчивым. В окружающем мире, впрочем так же как и во внутреннем мире нашего организма, должны существовать определенные «константы» и постоянные ценности. Применительно к внутреннему миру они поддерживаются благодаря сложному физиологическому механизму. Что же касается информационного метаболизма, то эти «константы» возникают благодаря закреплению моделей действительности, которые в процессе информационного метаболизма продолжают возникать. Явление «скачка» можно трактовать как момент установления новой модели.

Выбор модели зависит главным образом от первого этапа информационного метаболизма. В течение первой фазы при-

нимается принципиальное решение, от которого зависит, будет ли окружающая действительность светлой и прекрасной или же темной и отталкивающей. Первый этап информационного метаболизма основывается на выборе соответствующей ориентационной установки по отношению к окружению или (если трактовать данный вопрос с более субъективной точки зрения) на выборе эмоционально-чувственного колорита. Только на этом основании в течение второй фазы осуществляется выбор различных моделей действительности, поскольку в этом самом колорите могут существовать различные формы действительности и нашего поведения в ней. Здесь выбор также осуществляется в форме «скачка», как в примере с интерпретацией рисунка с двойным смыслом. Благодаря такому механизму мы испытываем впечатление, что выбранная нами модель является подлинным образом действительности.

Если при первой фазе информационного метаболизма возможности выбора достаточно ограничены, то при второй фазе их уже очень много. У человека, благодаря особенностям строения его нервной системы, их количество является практически неограниченным. Благодаря этим возможностям существует большая свобода выбора. Во второй фазе мы часто испытываем ощущение, что сами выбираем одну из возможностей, однако в первой фазе такой свободой мы не располагаем. В первой фазе определенный образ мира существует для нас как данность. Он приходит к нам как будто извне, и мы не имеем на него влияния. Это ощущение ограниченности власти над собой и влияния «посланий извне» является характерным для всех процессов, которые осуществляются главным образом за пределами сознания. Классическим примером являются сновидения. Они всегда «приходят извне» и на их течение невозможно повлиять. Однако аналогично обстоит дело и с нашим настроением и чувствами. Они «приходят к нам» и трудно их изменить или бороться с ними. Также и новые мысли, в возникновении которых, наверно, процессы подсознания играют важную роль, часто приходят как будто извне. Для состояния «озарения» и «вдохновения», сопутствующих возникновению новой модели действительности, кроме неожиданности характерным является тот же самый элемент «послания».

## **Две фазы: гипотетическое представление в нейрофизиологии**

В современной нейрофизиологии к двум наиболее характерным свойствам нервной ткани относят ее возбудимость и пластичность. Эти свойства являются противоположными, хотя и взаимно дополняют друг друга. Возбудимость основывается на способности нервной системы реагировать на воздействие раздражителей кратковременными изменениями, а также на способности перехода в состояние возбуждения с задержкой во времени. А свойство пластичности основано на возникновении устойчивых локальных изменений в состоянии нервной системы. Первому этапу информационного метаболизма более соответствуют пластические изменения, а второму — кратковременные изменения, соответствующие свойству возбудимости. Под влиянием, связанным с определенным типом конституции и приобретенным жизненным опытом (особенно на ранних этапах жизни, когда доминирует первый тип информационного метаболизма, поскольку второй еще не получил должного развития, хотя бы вследствие недостаточного развития анатомических структур), закрепляется определенный способ восприятия окружающего мира, от которого невозможно (или по крайней мере трудно) освободиться.

Иногда такое освобождение приносит с собой психическая болезнь, особенно шизофренического типа, реже — какой-либо жизненный кризис, обращение и т. д. Очевидно, что происходящее во второй фазе информационного метаболизма, также подвергается закреплению. Однако из психологии памяти хорошо известно, какую значительную роль в возникновении информационных записей в памяти играют факторы эмоционально-чувственной природы, то есть относящиеся к первой фазе информационного метаболизма.

Показатели изменчивости во второй фазе значительно выше, чем в первой. Она является фазой, нацеленной на активность, на постоянное взаимодействие с окружением. По существу, функциональные структуры и модели действительности должны в ней быстро меняться, поскольку чем выше их изменчивость, тем выше шансы, что они будут в большей степени соответствовать действительности. Однако эмоциональный фон или колорит, возникающие в первой фазе и ограничивающие разнородность структур второй фазы, не настолько тесно связаны с внешней активностью организма. В

первой фазе формируются только основные положения, являющиеся подготовительными для дальнейшей деятельности и зависящие главным образом от внутренних потребностей организма и от его генеральной проекции в будущее. В этом смысле они отличаются большей индивидуальностью и динамичностью.

Информационный метаболизм состоит, таким образом, как бы из двух оболочек: внутренней, то есть более зависящей от внутренних особенностей организма (но отчасти и от внешних условий), в которой помещаются принципиальные установки организма на будущее (программы будущей деятельности), а также внешней, то есть находящейся ближе к границе с окружающим миром, более связанной с деятельностью организма в этом мире и в связи с этим более изменчивой и пластичной.

С точки зрения электрофизиологии нервная система пользуется двумя языками: аналоговым и дискретным. Первый (характеризующийся переменными электрическими потенциалами) имеет волновой, непрерывный характер. Это местная реакция на действие раздражителя, пропорциональная его интенсивности. Только в результате пространственно-временного накопления (суммирования) переменных потенциалов формируется дискретный сигнал или нервный импульс. Он является ответом типа «да» — «нет» одинаковым и независимым от силы раздражителя. Этот сигнал передается нервным волокном нейрона, длина которого достигает одного метра и более, без потерь мощности. Дискретные сигналы филогенетически возникли позднее, когда возникла необходимость оперативной передачи нервных сигналов на большее расстояние.

В электрофизиологическом образе информационного метаболизма приходится иметь дело с фоном (переменными потенциалами), изменчивость которого в различных местах организма зависит от воздействия как внешних, так и внутренних раздражителей, а также со структурами, имеющими характер дискретных математических моделей, действие которых проявляется формированием различных комбинаций ответов типа «да» — «нет».

Раздражитель, воздействующий на нервную клетку, может вызвать деполяризацию или гиперполяризацию оболочки клетки. В первом случае раздражитель оказывает возбуждающий эффект, а во втором — эффект торможения. При этом тип реакции (возбуждение или торможение) не зависит от вида раздражителя.

ля, а только от состояния нервной клетки. Одна и та же химическая субстанция, так называемый синаптический проводник (например, ацетилхолин) в одной клеточной оболочке (синаптической) вызывает деполяризацию, а в другой — гиперполяризацию в зависимости от того, из каких энзимов состоит эта оболочка. Об этом следует помнить для того чтобы понимать, насколько сложной является проблема зависимости (а в известном смысле — независимости) функций нервной клетки от воздействия на нее раздражителей.

См. работу 666.

### **Эволюция информационного метаболизма и независимость**

Эволюция обуславливает уменьшение зависимости организма от окружающей среды. Эта независимость для мира животных выше, чем в растительном мире, хотя бы принимая во внимание большую свободу перемещения, которой обладают животные. На самых низких ветвях эволюции живые организмы как будто сразу оказываются на арене борьбы — борьбы между собственной программой существования (сохранения своей жизни и жизни вида) и условиями окружающей среды. Победу одерживает или живое существо или окружающая среда. В данной ситуации возможностей для взаимодействия с окружающей средой немного.

По мере развития нервной системы пространство взаимодействия между организмом и окружением увеличивается, организм уже не должен сразу вступать в отношения энергетического метаболизма со своим окружением или начинать репродуктивную деятельность. Организм получает возможность подготовиться к этим процессам и может на основе полученных извне сигналов создавать различные модели взаимодействия с окружением. Чем большим числом клеток (нейронов) располагает нервная система, тем выше ее возможности по формированию подобных моделей. Образы действительности становятся все более содержательными, но одновременно благодаря их многообразию и более соответствующими действительности.

С другой стороны этот образ становится все более независимым от окружения и все более абстрактным. Он является результатом сложной обработки сигналов, а не непосредствен-



ной реакцией организма на внешние раздражители. Благодаря развитию нервной системы увеличивается пространственно-временное разделение живого организма и среды его обитания. Интервал между воздействием раздражителя и реакцией организма может увеличиваться до бесконечности, и одни и те же модели действительности могут найти применение при различных условиях.

Аналоговый язык (то есть язык переменных электрических потенциалов) филогенетически соответствует старшим, то есть непосредственным контактам с окружающей средой. В то же время дискретный язык («да» или «нет», пиковых потенциалов или импульсов) соответствует большей удаленности от окружения. Это язык математики и абстракций. Пластичность нервной системы так же является в филогенетическом плане более древним свойством, поскольку каждая живая клетка (не только нервная) обладает способностью реагировать на раздражение и запоминать его. В то же время пластичность, то есть способность кратковременного реагирования и быстрого переноса реакции — способность, делающая возможным формирование разнородных сложно организованных в пространстве и во времени комбинаций сигналов, является филогенетически более молодой. Благодаря своей пластичности нервная система становится независимой от непосредственного воздействия раздражителей. Организм приобретает преимущество над окружающей средой как возможность свободного пространственно-временного обращения с сигналами, поступающими извне.

### **Конкретность первой и абстрактность второй фазы**

В субъективном образе информационного метаболизма его первая эмоционально-чувственная фаза представляется филогенетически более старшей. Она является непосредственной реакцией на воздействие как внешней, так и внутренней среды, в то время как вторая фаза, характеризующаяся практически неограниченными возможностями создания различных функциональных структур, именно благодаря этим возможностям увеличивает дистанцию между окружением и организмом. Благодаря этому человек может как бы «лучше примериться» к тому, что вокруг него происходит и если одна модель не подходит, то он может обратиться к другой модели действительности.

В первой фазе человек находится в более тесном контакте со своим внутренним миром и с окружающей средой, не может от них освободиться, а выбор моделей действительности оказывается ограниченным из-за относительной бедности филогенетически более старших морфологических структур нервной системы. Вероятно поэтому возникает ощущение невозможности управления собственным настроением и чувствами, которые становятся для нас «данными», «ниспосланными» и т. д. В то же время они являются более индивидуальными, чем модели, формирующиеся во второй фазе информационного метаболизма, потому что в первой фазе человек оказывается как бы ближе к своей внешней и внутренней среде. Таковую близость он ощущает как родственность, в то время как удаление, характерное для второй фазы создает ощущение известной чужеродности.

Одним из способов снятия эмоциональной напряженности является попытка его рационального объяснения. Тотчас дистанция, характерная для процессов второй фазы информационного метаболизма, передается первой. Как писал Спиноза «чувства в форме аффектов перестают быть аффектами, если мы в состоянии найти для них ясные и выразительные образы» (по Альтшулю).

В первой фазе информационного метаболизма человек находится «внутри» мира, а во второй — «снаружи». Это явление отразилось в некоторой степени в теологических взглядах. Изначально существует две концепции существования Бога: в мире и вне мира. В первом случае весь мир освящен именем Бога, а отношения человека к Богу и к остальному миру находятся в плоскости отношений между субъектами («субъект—субъект»), поскольку божественное начало находится как в человеке, так и в окружающем его мире. Человек не стремится изменить мир, поскольку он сам принадлежит ему и эволюция мира осуществляется вместе с ним и внутри него. Во втором случае, когда место обитания Бога помещается вне существующего мира, плоскость, в которой осуществляются контакты человека с Богом и окружающим миром, сужаются. Бог на небе, а остальной мир — внизу. Мир становится предметом, который необходимо создавать, изменять и улучшать, так же как Бог создавал и улучшал человека. Процесс эволюции является не внутренним, а внешним: субъект воздействует на объект («субъект—объект»).

Такая установка мобилизует человека к внешней активности, он постоянно стремится к преобразованию своего

окружения, благодаря чему развитие цивилизации приобретает более динамичный характер, чем в случае установки «субъект—субъект», при которой человек не может изменить окружающий мир, поскольку он сам является частью этого мира и в нем обитает его божество. В этом — втором — случае эволюция осуществляется извне: через Бога в отношении к человеку и миру, и посредством человека в отношении к окружающему его миру. В первом случае эволюция происходит внутри: эволюция Бога происходит в его мире, и в своем мире осуществляется эволюция человека. Первое утверждение можно определить как биологическое: преобразуется сам субъект, а второе — как техническое: объект преобразуется субъектом.

Эти две установки переплетаются друг с другом в жизни каждого человека. Человек придерживается в отношении к себе самому и окружающему миру установки «субъект—объект», хочет себя и свое окружение изменить, преобразовать в соответствии с отработанной моделью. Однако одновременно он реализует себя и в отношениях установки «субъект—субъект» между самим собой и окружающим миром. Он ощущает, что в нем что-то происходит независимо от него самого, чем он не в состоянии управлять. Что в нем что-то изменится и преобразуется. Бывают мгновения, когда он чувствует свою общность с окружающим миром или его отдельными фрагментами. Ощущение единства бывает таким сильным, что он оказывается не в состоянии управлять им, он подчиняется его ритму бытия и образует с ним единое целое. Более того, человек стремится к такого рода соединению с окружающим миром, это является конечной целью реализации его установки «к». Такое единство может быть достигнуто и противоположным способом — уничтожением окружающего мира. Тогда появляется ощущение, что соединение с ним происходит во время акта его уничтожения, и что человек гибнет вместе с ним.

### **Отсутствие границ в первой фазе**

В первой фазе информационного метаболизма осуществляется выбор основной установки отношения к окружению. Окружающий, а также свой собственный внутренний мир приобретают определенный колорит. Этот неосознанный выбор

предопределяет выбор соответствующего рода моделей действительности, возникающих во второй фазе информационного метаболизма. На этом этапе не может появиться модель, соответствующая другому колориту. С этим связано хорошо известное явление, когда в печали все воспринимается в темном свете, и когда как магнитом притягиваются всякие неприятности. В радости все происходит наоборот. То же самое можно отнести к любви и ненависти. В первой фазе не существует различий между субъектом и объектом. Эмоционально-чувственный колорит проецируется на обе сферы существования, границы между объектом и субъектом не существуют, и оба мира освещены одним светом. На этом основано свойство двунаправленности эмоций.

Эмоционально-чувственный колорит не имеет пространственных границ. Не существует принципиального различия между «Я» и внешним миром. Печаль или радость одинаково властвуют одновременно и во внутреннем, и во внешнем мире. Любовь или ненависть одинаково испытываются как к себе, так и к окружающим предметам. Страх испытывается как перед внешним миром, так и перед своим внутренним.

То же самое относится и к временным границам. Настоящего и чувства не ограничены во времени. Если кому-то грустно, то его печаль простирается не только в настоящем времени, но и в прошлом, и в настоящем. Если же радостно, то и прошлое рисуется в радостных красках, и будущее тешит своим светлым блеском. Таким образом, представляется, что и любовь, и страх, и ненависть делят целую вечность, как будто до сознания не доходит факт, что не так давно испытывались совершенно противоположные чувства. А вскоре полярность эмоционального состояния может опять измениться. Колорит имеет знак бесконечности очевидно иллюзорный, поскольку именно он подвержен значительным осцилляциям.

В этом стирании границ эмоционально-чувственного колорита проявляется характерная черта первой фазы информационного метаболизма. Это именно фаза непосредственных контактов между внутренним и внешним миром. Такие контакты также могут иметь как отрицательный, так и положительный знак, то есть способствовать большей интеграции или дезинтеграции. Тем не менее такие контакты являются как бы первым сражением, в котором все — и собственное «Я», и окружающий мир — становятся одним целым.

В отношениях между людьми наблюдается своеобразное отражение чувств и настроений, которые как будто передаются от одного человека другому. Обычно говорят о том, что чувства и настроения «дарят» друг другу. Это явление требует более основательного изучения. Возможно, что отсутствие пространственно-временных границ в первой фазе информационного метаболизма является не столько субъективным, сколько объективным явлением. Не исключено, что более глубокое понимание электрофизиологии нервной системы поможет в будущем лучше осветить данный феномен.

В этой же категории явлений находятся и те, что до сих пор не получили объяснения, такие как способности к ясновидению и телепатии.

### **Удаление во второй фазе**

После первой фазы столкновения с окружающим миром, в котором есть нечто от пантеистического слияния с ним, наступает вторая фаза информационного метаболизма, в которой благодаря повышенной активности более молодых в филогенетическом отношении и более развитых структур нервной системы наблюдается увеличение «рефлекторной дуги», то есть пространственно-временной разнесенности стимула и реакции. Процессы информационного метаболизма в этой фазе становятся все более удаленными от внутренней и внешней среды, происходят как будто на некотором расстоянии по отношению к тому, что происходит внутри и вне организма. Благодаря такому удалению легче формируются различные модели действительности.

Отношение к действительности — как внешнего, так и внутреннего мира — является отношением между субъектом и объектом. Процессы информационного метаболизма направлены на установление контроля над действительностью, на достижение возможности манипулирования ею. Обостряется грань между воздействием субъекта и воспринимающим это воздействие объектом, между «Я» и окружающим миром, а также внутренним миром. Одновременно происходит формирование границ в пределах как внутреннего, так и внешнего мира, поскольку деятельность субъекта не выходит за определенные рамки действительности и не может объять все возможное.

Деятельность человека направлена, прежде всего, на преобразование внешнего мира, поэтому его границы более

очевидны, чем внутреннего мира. В данной фазе информационного метаболизма прежде всего устанавливается пространственно-временной и причинно-следственный порядок, поскольку деятельность человека предполагает необходимость локализации в пространстве и времени, а принцип «действую и пользуюсь эффектом своей деятельности» становится краеугольным камнем для разрешения вопросов причинности как во внутреннем, так и во внешнем мире.

## Цвет и форма

Мир человеческих чувств имеет форму и цвет. Цвет свободно проникает сквозь все пространственно-временные границы, не подчиняясь закону причинности. Он связан с ощущениями и общей жизненной активностью, пронизывает все, включая настоящее, прошлое и будущее, и субъект в нем соединяется с объектом. Форма же связана с деятельностью и различными моделями взаимодействия с окружающей средой. Таким образом, в данном случае возникает необходимость строгого разделения субъекта и объекта деятельности, а также определение пространственно-временных границ поля деятельности. Форма и цвет переплетаются друг с другом и не могут отдельно существовать. Аналогично этому и две фазы информационного метаболизма тесно связаны друг с другом, и их разделение является искусственным.

Отличительной чертой всех самоуправляемых систем, а значит и живых организмов, является их запрограммированность или наличие постоянных целей функционирования. Система не может функционировать без определенной цели. Первая фаза информационного метаболизма является подготовкой к целеустремленной деятельности. Только во второй фазе эти цели становятся определенными. Таким образом, одной только первой фазы оказывается недостаточно, и даже у организмов с наиболее примитивной организацией сигнальной системы формируются модели действительности, определяются цели и способы восприятия действительности. Также не может самостоятельно существовать и вторая фаза: для взаимодействия с окружением необходимо основание, организм должен быть подготовлен к реализации целевой функции.

См. работу 135.

## «Запрограммированность» метаболизма

### Самосохранение

Основной и важнейшей запрограммированной целевой функцией каждого живого существа — как одноклеточного, так и человека — является реализация двух основных биологических законов: закона самосохранения и сохранения жизни вида. Данная программа существует как в процессах энергетического, так и в процессах информационного метаболизма. Охватывает она также и обе фазы информационного метаболизма. Невозможно, таким образом, утверждать, что первая фаза информационного метаболизма не подчиняется своей программе. Безусловно, она подчиняется ей, поскольку как морфологическая, так и функциональная система каждого организма является целеустремленной и, соответственно, данная фаза не может быть исключением. Однако эта цель не является строго определенной, она существует только в общем виде, хотя, в принципе, является «директивной». Уточнение цели функционирования осуществляется только во второй фазе информационного метаболизма.

Две основные биологические цели привносят с собой определенные закономерности эмоционально-чувственного колорита, а значит — субъективные аспекты первой фазы информационного метаболизма. В упрощенном изложении сложной проблемы колорита или эмоционально-чувственной жизни можно сказать, что первый биологический закон, то есть закон сохранения собственной жизни, связан прежде всего с чувствами и настроением отрицательной полярности, а второй, то есть закон сохранения вида — с чувствами и настроением положительной полярности.

*Установка «от».* Закон сохранения собственной жизни требует уничтожения других живых существ. Только в растительном мире этот закон менее жесток, поскольку растения черпают необходимую для них энергию от солнца. Реализация этого права связана с положительными настроением и чувствами — радостью победы, удовольствием и даже блаженством, сопутствующими удовлетворению основных потребностей и т. д. Однако такие состояния являются скорее кратковременными, сиюминутными. Остается открытым вопрос: «А что будет дальше?». Хорошо известно ощущение неудовлетворен-

ности («Это не то!»), тоски и раздражительности после удовлетворения основных потребностей, после кратковременной радости и триумфа, поскольку в перспективе действие первого биологического закона означает «Уничтожь или сам будешь уничтожен!», а значит ему сопутствуют агрессивность, страх и готовность организма к схватке или бегству, то есть повышенная жизненная активность. В установке на агрессивность заложена собственная победа, а в установке на бегство — поражение.

Чувства агрессии и страха трактуются как негативные, поскольку очень часто повышенная готовность организма к схватке или бегству оказывает вредное влияние на организм (например, у человека это может быть избыточная нагрузка на эндокринную и вегетативную системы, психосоматические заболевания). Кроме того, благодаря своей способности к отражению отрицательные эмоции оказываются направленными против человека, который их испытывает (аутоагрессия, страх перед самим собой). Наконец, конечной целью негативных эмоций является уничтожение окружения, а также самого себя (вследствие их двунаправленности). А уничтожение признается отрицательным по своей сути, хотя с биологической точки зрения такое утверждение представляется несправедливым, поскольку процесс жизни представляет из себя непрерывное разрушение и строительство, организацию и дезорганизацию.

В этом процессе жизнь (в смысле строительства и созидания) и смерть (в смысле разрушения и уничтожения) идут в паре друг с другом. Таким образом, отрицательные эмоции являются имманентно присущими субъективным аспектам нашей жизни. Без этого невозможна ни жизнь животных (допуская, что у животных также есть своя эмоционально-чувственная жизнь), ни жизнь людей. Оценка этих чувств как «негативных» является моральной оценкой и с биологической точки зрения не вполне справедлива. В то же время существует определенная биологическая опасность негативных эмоций, что позволяет их трактовать в известной степени биологически вредными.

Однако в основе своей негативные эмоции, связанные с процессами уничтожения, также необходимы, как и так называемые положительные эмоции, связанные с созидательными процессами, поскольку невозможно отделить один процесс от другого: для того, чтобы созидать, необходимо разрушать.



Аналогично процессам энергетического метаболизма должно существовать равновесие между процессами анаболическими (созидания) и катаболическими (разрушения). Впрочем, такое же равновесие существует в информационном метаболизме (создание и разрушение функциональных структур). Также и в эмоционально-чувственной жизни должна существовать гармония между ясным и темным колоритом (то есть между настроением и чувствами различной полярности).

В соответствии с первым биологическим законом осуществляется мобилизация установки «от» в отношении к окружению, установки на борьбу или спасение бегством. Для того чтобы начать борьбу необходимо приблизиться к окружающим, которые должны быть уничтожены, поскольку такова цель борьбы. Так как окружающие оказываются уничтоженными, то победитель остается на поле сражения в одиночестве. Таким образом, конечным итогом сражения оказывается не соединение с окружением, а разъединение, достигнутое его разрушением. Это, безусловно, достаточно упрощенное представление существа дела, поскольку в процессе борьбы может произойти сближение с окружением, объединение с врагом, но только на мгновение — в перспективе (то есть в соответствии с конечной целью) всегда предполагается уничтожение врага («пусть гибнет весь мир, лишь бы жил я»). Такая установка является, безусловно, эгоистической.

При установке к бегству не происходит уничтожение окружения — оно остается целым и невредимым. Но поскольку от него бегут, то нарушаются контакты с ним, и оно как бы перестает существовать вследствие своей удаленности. В бегстве нельзя обнаружить стремления уничтожить окружение, как это происходит в случае агрессии, но налицо нарушение связи с ним. Это можно назвать деструкцией окружения на субъективной основе: «Я удаляюсь от тебя, не вижу тебя, значит — тебя не существует». По этой же причине дети закрывают глаза для того чтобы спрятаться. Как будто, если они ничего не видят, то и их не видно. Таким образом, они отдалают грозное видя себя окружение. Чувства агрессии и страха сопутствуют друг другу. Агрессор обычно боится своего противника, который, испытывая страх, охотно стал бы сам агрессором, только человек чувствует себя слишком слабым для этого.

*Потребность отрицательных эмоций.* Разница между страхом и агрессией становится очевидной во временной перспективе.

В состоянии страха предполагается неизбежность собственного поражения («окружение меня погубит»), а в агрессивном состоянии наоборот — собственная победа («я уничтожу всё окружение»). С восприятием будущего связано определенное настроение или субъективное ощущение собственной активности, жизненной силы. В состоянии страха настроение всегда пониженное, поскольку изначально предполагается собственная слабость в сравнении с силой и активностью окружения. В противоположность этому состояние агрессии основано на ощущении собственного превосходства над окружением, собственная активность берет верх над активностью окружения. Борьба, таким образом, имеет свои радостные стороны и не рисуется исключительно в темных красках.

Существует даже точка зрения, что чувство агрессии играет положительную роль, что оно является необходимым условием развития и прогресса, что благодаря этому возникла наша культура. Однако существуют и противоположные взгляды, крайним представителем которых был Фрейд, заключающихся в том, что эти чувства возникают из инстинкта смерти и поэтому являются негативными. Что касается второго утверждения, то представляется (как уже подчеркивалось раньше), что жизнь является диалектическим процессом, соединяющим в себе развитие и разрушение (смерть), и поэтому ее субъективное выражение может осциллировать между настроениями и чувствами как с положительным, так и с отрицательным знаком. Что касается первого утверждения (о позитивных аспектах агрессии), то представляется, что оно слишком преувеличено. В социальном и культурном плане созидание всегда является чем-то более позитивным, чем разрушение. Действительно, невозможно строить новое, не разрушив старое. Но процесс созидания должен доминировать над процессами разрушения, если предполагается, что общество и культура продолжают развиваться.

С психологической точки зрения настроения и чувства отрицательной полярности являются скорее вредными, главным образом вследствие их двунаправленности (возможности отражения). Испытывая ненависть к кому-либо, ненавидишь и себя. Агрессия соединяется с аутоагрессией. А отрицательные эмоции по отношению к самому себе в целом не благоприятствуют развитию личности. Кроме того, негативные чувства связаны с установкой «от» по отношению к окружению, то есть со стремлением уйти от контактов с ним. Таким

образом, нарушаются основы жизни как феномена природы, то есть процессы как энергетического, так и информационного метаболизма. В этом смысле отрицательные эмоции несут в себе смерть.

### *Сохранение вида*

Цель, заложенная в сущности второго биологического закона — сохранения вида — требует тесного взаимодействия с окружением в форме соединения с сексуальным партнером. Существуют, правда, в живой природе и другие способы репродукции — асексуальные, но, безусловно, доминирует секс, поскольку благодаря этому обеспечивается большая индивидуальность репродукции особи. При асексуальной репродукции генетические планы идентичны, в связи с чем отдельные особи потомства более похожи друг на друга, чем при различных генетических планах, которые обеспечиваются сексуальной репродукцией. Асексуальная природа быстро привела бы к утрате разнообразия и индивидуальности отдельных особей. Характер репродукции в этом случае принял бы серийный характер, такой как в техническом производстве, и, таким образом, мир живой природы стал бы монотонным и унылым.

У одноклеточных особей половое совокупление с окружением (то есть с сексуальным партнером) отличается такой целостностью, что равнозначно прекращению своего существования как отдельной особи. После этого возникают новые индивидуумы, которые как будто омоложенные сексуальным актом вступают в фазу деления клетки. Возникновение новой жизни в данном случае явно связано с гибелью старой. Следы такого союза секса и смерти можно обнаружить в эротических переживаниях. Иногда на вершине любовного экстаза возникает ощущение собственного небытия или желание небытия партнера. Во многих обрядах и мифах, украшающих сексуальный союз, можно отыскать мотивы смерти, которые черной нитью выются среди радостных цветных узоров колорита свадьбы. Также и в мистическом соединении с божеством переживается уничтожение своего старого «Я», и вместо «старого» рождается новый человек, преисполненный божественным духом.

*Установка «к».* Если в проявлении первого биологического закона доминирует установка «от» в отношении к окружению, то в проявлении второго закона явно доминирует установка «к». Конечной целью установки «к» является полное слияние с окружением в сексуальном акте. Если первый биологический закон по своей природе эгоистичен, поскольку для сохранения собственной жизни уничтожаются жизни других живых существ, растений и животных, то второй закон альтруистичен. Благодаря его реализации возникает новая жизнь. Этот альтруизм, как уже упоминалось выше, у одноклеточных живых существ связан со своеобразным «героизмом», поскольку возникновение новой жизни требует смерти старого.

Цель первого биологического закона связана с развитием и ростом своего организма за счет окружения или в физической формулировке: негативная энтропия возрастает благодаря уменьшению негативной энтропии окружения. Целью второго биологического закона является рост и развитие окружения, по крайней мере, живых существ, принадлежащих этому окружению и относящихся к одному и тому же генетическому плану. Благодаря действию второго закона увеличивается негативная энтропия окружения. Собственный порядок (генетический план) передается окружению. Конечной целью установки «к» является сексуальное совокупление с окружением.

В эволюции форм жизни рядом с этой основной целью развивается множество функций имеющих только опосредованное отношение к акту сексуальной репродукции. Прежде всего к ним могут быть отнесены различные формы поведения и переживаний, связанных с материнством. Известно, чем является любовь матери как в мире животных (речь идет о животных на высоком уровне развития), так и в мире людей. Этой любви мать нередко готова посвятить собственную жизнь. Сам акт рождения у млекопитающих, особенно у человека, связан с риском смерти, поэтому материнство можно отнести к своего рода героизму.

Следует напомнить, что у самцов такой героический аспект смещен во времени к более раннему периоду. Добыча сексуального партнера требует от них известного героизма, борьбы за обладание самкой. В конечном итоге это оказывается связанным с тем же материнством. Материнская забота, уход, тепло, безопасность, удовлетворение первичных биологических потребностей создают потомству своеобразный климат мате-

ринского тепла. Субъективным выражением такого типа поведения становится любовь, но уже не в чисто сексуальном отношении, а материнская. Любовь, наполненная заботой — *caritas*, в отличие от *cupiditis*.

Навязывание собственного порядка охватывает не только генетический план, но также и вырабатываемые в течение жизни формы взаимодействия с окружением. Самка-мать играет со своим приплодом, учит его добывать пищу, прятаться от врагов. Аналогично, хотя и в более широкой области, осуществляется воспитание потомства у человека. Социальные и культурные ценности, таким образом, можно трактовать как дальнейшее развитие закона сохранения вида. Если для реализации первого биологического закона необходимым является уничтожение окружения, то результатом реализации второго биологического закона осуществляется развитие и преобразование окружения «по образу и подобию своему».

О первом биологическом законе можно сказать, что он приводит к уменьшению отрицательной энтропии окружения, а действие второго — к увеличению. Акт творчества требует сближения с окружением, как в прямом смысле, так и в эмоциональном плане. Нужно быть рядом с ним, полюбить его, познать его и т. д. Эмоциональная связь с окружающим миром в этом случае становится очень сильной. Человек хочет соединиться с предметом своей любви, связать с ним свою жизнь навсегда. Таким образом, установка «к» по отношению к окружению является необходимым основанием для информационного метаболизма. Невозможно было бы установить метаболический контакт с окружением при наличии одной только установки «от».

## **АВТОМАТИЗАЦИЯ ВЫБОРА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ УСТАНОВОК «К» ИЛИ «ОТ»**

У человека проблема эмоционального контакта с окружением, особенно в первые годы жизни, несомненно, играет решающую роль в развитии личности и в последующие годы жизни. Тепло «материнской среды» является обязательным условием формирования установки «к» по отношению к окружению. Она обеспечивает наиболее полное развитие различных форм поведения и наиболее легкий путь изучения окружающей среды, чем установка «от», в случае которой доминируют

чувства страха и агрессии. Исходя из свойства двунаправленности чувств, если превалирует установка «к», то положительные чувства, к самому себе усиливаются, образ самого себя вырисовывается более светлым, он быстрее формируется и отличается большей целостностью, чем тогда, когда преобладает установка «от» в отношении к окружению.

В первой фазе информационного метаболизма принимается решение о выборе установки «к» или «от» для данной ситуации. Это решение принимается без усилия нашей воли, невозможно управлять ни своими чувствами, ни своим настроением, в лучшем случае можно изменить их проявление. Оно возникает за пределами сознания. В зависимости от принципиального решения только на основании выбранной установки «к» или «от» принимаются дальнейшие решения, непосредственно касающиеся взаимодействия с окружением.

Как уже говорилось, во второй фазе информационного метаболизма возможностей выбора различных моделей окружающей действительности и собственного поведения в ней по сравнению с первой фазой, для которой выбор ограничен альтернативами «к» или «от», намного больше. Но решение в первой фазе носит принципиальный характер, поскольку от него зависит спектр выбора в следующей фазе. Если в первой фазе принимается решение о выборе установки «от», то во второй фазе невозможно возникновение моделей действительности, соответствующих установке «к». Эмоционально-чувственный колорит ограничивает наши возможности восприятия и деятельности в окружающем мире.

Определенное значение имеет тенденция к автоматизации этих процессов. Если определенные решения систематически повторяются, то со временем «по проторенной дорожке» происходит их закрепление, и шансы их повторного выбора существенно повышаются по сравнению с противоположными решениями. Таким образом, происходит закрепление образа окружающего мира и форм поведения в нем. Невозможно обычным способом выйти за пределы мира, созданного самим собой. Таким выходом становится психоз. При шизофрении разрушаются функциональные структуры как в первой, так и во второй фазе информационного метаболизма, а при циклофрении — главным образом структуры первой фазы (эмоционально-чувственные).

## «Потерянный рай» (материнская среда)

«Материнская» среда первых лет жизни создает предпосылки для преобладания установки «к» и тем самым для оживленного информационного метаболизма с окружением. Благодаря двунаправленности вектора чувств усиливаются положительные эмоции по отношению к самому себе, что благоприятствует ускоренному и легкому формированию «автопортрета», отличающегося большей целостностью по сравнению с тем, который возникает при отрицательных эмоциях. Усиливается уверенность в себе, и в связи с этим повышается жизненная активность, поскольку будущее представляется несущим победу, а не поражение. Упомянутая автоматизация способствует тому, что в дальнейшем жизнь идет по путям, проторенным еще в раннем детстве.

Теплая домашняя атмосфера раннего детства становится «потерянным раем», к которому человек нередко возвращается в тяжелые минуты взрослой жизни. Если же детство было «трудным», если в нем не было атмосферы «материнской среды», если в нем было недостаточно эмоционального тепла, хорошего настроения и если оно не давало ребенку ощущения безопасности, тогда ему некуда возвратиться из будущей жизни, поскольку у него нет «потерянного рая», ему не на что опереться, а прошлое и будущее становятся одинаково темными. Доминирующий колорит будущего, то, что обычно именуется как пессимистическая или оптимистическая жизненная позиция, зависит в значительной степени от эмоционального климата раннего детства. Благоприятная «материнская среда» укрепляет надежду на лучшее будущее, веру в себя и в окружающий мир. Окружающий мир «добр» и притягателен, в нем можно жить и развиваться.

Иррадиация чувств приводит к тому, что установка «к» распространяется не только на отношения к определенному предмету. В соответствии со вторым биологическим законом таким предметом должен стать сексуальный партнер. Данная установка охватывает пространство и время. Например, у человека ее действие распространяется на семейный круг, большие социальные группы и, в конце концов, на все человечество и его культуру. Человек сливается со своей средой, соединяется с ней и благодаря этому чувствует себя сильнее, поскольку «Мы» всегда сильнее, чем «Я». С другой стороны, в данном случае возникает опасность утраты собствен-

ной индивидуальности и неординарности. В пантеистическом слиянии с окружающим миром происходит уничтожение границ, отделяющих его от собственного «Я».

Такой же самый эффект иррадиации наблюдается и в размерности времени. Пусть настоящее время является злым и неприглядным, но впереди нас ожидают «лучшие времена» и всегда можно увидеть над собой «просвет в небе». Таким образом, жизнь человека оказывается помещенной между «утраченным раем» детства и раем, ожидающим нас в будущем, который является своеобразным повторением первого.

Когда вследствие неблагоприятных условий «материнской среды» первых лет жизни начинает доминировать установка «от» по отношению к окружению, тогда действие этого фактора может быть усилено влиянием других факторов, прежде всего генетических. Тогда окружающий мир становится все более опасным и отталкивающим, возникает необходимость изменить его, сделать его лучше. Вместо тенденции к соединению начинает преобладать тенденция к самоизоляции, выбирается специфический угол наклона плоскости отношений с окружением по формуле — «победить или умереть». В такой плоскости исключительно остро воспринимается собственная исключительность и одиночество. Вследствие этого человек чувствует себя в такой среде слабее, поскольку «Я» никогда не может быть таким же сильным как «Мы».

Двунаправленность чувств вызывает то, что и по отношению к самим себе возникают чувства отрицательной полярности. Образ самого себя начинает осцилировать между двумя противоположными полюсами, человек и любит и ненавидит себя одновременно, его «автопортрет» оказывается разбитым, цветовая гамма сводится к двум цветам — черному и белому, добро борется со злом, с большим трудом удается добиться целостности «автопортрета». Его формирование осуществляется медленнее и с большим трудом, чем в том случае, когда преобладают положительные эмоции по отношению к самому себе.

У такого человека нет опоры в прошлом, у него нет своего «потерянного рая», так как его детство выглядит адом, вызывающим одну тревогу и беспокойство. Человеку некуда вернуться, его прошлое воспринимается как темное небытие. Однако в каждом возрасте существуют свои неотвратимо осуществляющиеся законы. И если в детстве у человека не было «материнской среды», то ее поиски нередко продолжают всю оставшуюся жизнь. Такие люди постоянно чувствуют



себя «обделенными лаской», ищут материнское тепло и заботу в среде своего настоящего обитания. И поскольку отыскать это обычно не могут, то возникает чувство обиды и претензии ко всему миру — равнодушному, бесчувственному и враждебному к человеку.

Явление иррадиации относится и к негативным эмоциям. Страх и ненависть обычно переносятся с определенного предмета на все остальное. Ребенок, временно испытывающий ненависть к собственным родителям, ненавидит и самого себя, и весь мир. Это не является общим правилом, иногда наблюдается резкое противопоставление колорита и на основе контраста еще сильнее выделяются цвета антагонисты. Весь мир становится черно-белым, делится на друзей и врагов. Такая поляризация упрощает ориентацию в окружающей среде. Обычно такое поведение наблюдается при повышенной эмоциональной напряженности, например, во время войны. Недостаток тепла в детстве часто становится причиной потемнения колорита мира. Мир воспринимается враждебным, требующим изменения, улучшения и т. д. Иногда установка «от» оказывает мобилизующее влияние на творческие способности, однако это зависит в большей степени от веры в собственные силы, то есть от особенностей восприятия самого себя.

Точно так же, как и в случае положительных эмоций, иррадиация оказывает влияние на восприятие размерности времени. Если для положительных чувств жизнь оказывается помещенной между обратной перспективой «потерянного рая» и перспективой его обретения в будущем, то для негативных эмоций ее начало и конец оказываются помещенными в бесконечность преисподней, пустоты и небытия.

Исследования, проводимые на животных, могут указать на то, что основной причиной случаев так называемой «психической смерти» (смерти вуду — *voo doo*) является абсолютная утрата надежды. Утрата надежды является одним из главных симптомов депрессии, кстати, наиболее трудно устранимым с точки зрения психотерапии. Поэтому депрессия является своеобразной «гееной огненной» нашей жизни.

В результатах исследований, представленных на симпозиуме, посвященном депрессионным комплексам (Берлин, 16—17.02.1968), утверждалось, что при депрессиях как циклофренических (эндогенных), так и инволюционных и психических, основным этиологическим фактором является «трудное дет-

ство», трудное в смысле неблагоприятной эмоциональной атмосферы в семье. Несомненно, что помимо «материнской среды» на формирование и закрепление определенных эмоционально-чувственных установок, оказывают влияние множество других факторов, прежде всего генетического или конституционного характера. Тем не менее первые контакты с окружением, несомненно, играют решающую роль в формировании будущей эмоционально-чувственной ориентации. То же самое подтверждают исследования Матуска, объектом изучения которого стали бывшие узники гитлеровских концлагерей. Из полученных результатов следует, что переживания раннего детства являются главным фактором, влияющим на состояние человека во время пребывания в лагере, а также на глубину и характер последствий этого пребывания.

См. работы: 186, 300, 476, 551, 617, 619, 661.

## Сновидения

Возможно, что переживания раннего детства определяют форму и колорит сновидений. Известно, что некоторым людям постоянно докучают неприятные сны, а другим достаются приятные сновидения. К сожалению, наши знания в области психологии или психопатологии сновидений (поскольку трудно установить грань между нормой и патологией) еще крайне ограничены. Научные исследования сосредоточены прежде всего на проблемах сознания. То, что происходит за его пределами, осуществляется в соответствии с иным пространственно-временным порядком и подчиняется другим причинно-следственным законам — не тем, которые действуют в светлом мире сознания. На этот факт указывал еще Фрейд в своей работе «Traumdeutung». Кроме того, сновидения легко вытесняются из памяти сознания. Поэтому реконструкция сновидений трудна, а иногда и невозможна. Как утверждают психоаналитики, это требует определенных усилий и навыков. Необходимо привыкнуть к иной пространственно-временной и причинно-следственной организации, а также научиться бороться с различными искажениями памяти.

Стоило бы изучить проблемы корреляции эмоционально-чувственного колорита состояния бодрствования и колорита

сновидений. Иногда в тяжелые мгновения жизни человек находит облегчение в радостном содержании сновидений и, наоборот, при относительно ясном колорите дня сны оказываются наполненными кошмарами. В аду концлагерей образы сновидений возвращали узников к свободе, семье и дому. А большинство оказавшихся на свободе узников преследовали затем кошмары лагерной жизни. Один из пациентов Краковской клиники психиатрии, страдающий биполярной циклофренией с частой сменой фаз, в периоды депрессии видел сны приятные и радостные, а в периоды мании — печальные и кошмарные. Бывает и наоборот — неприятные сны предшествуют фазе депрессии.

Контрастность колорита сновидений как будто должна уравновесить колорит жизни в состоянии бодрствования. В тяжелое время своей жизни человек мог бы отыскать отраду, возвращаясь во время сна в мир радости и счастья. А в период благополучия сновидения напоминали бы о том, что в мире не всегда стоят ясные дни. Тем не менее представляется, если оставить в стороне упомянутую тенденцию уравновешивания в сновидениях, в целом колорит сновидений отвечает основному эмоционально-чувственному колориту данного человека. Грустные люди обычно видят печальные, страшные сны, а веселые — сны радостные.

Мир сновидений представляет более архаичную формацию, чем мир сознательной жизни. В нем действуют законы характерные для процессов, происходящих ниже порога сознания, для которых справедливо нарушение пространственно-временного порядка, действие иных причинно-следственных отношений, отсутствует свобода воли. Вероятно, принимая во внимание его архаичность, мир сновидений больше похож на мир ребенка, чем на мир взрослого человека. Похоже, что познание мира сновидений одинаково полезно и для понимания психозов (особенно шизофренического типа), и для понимания психики ребенка.

В любом случае представляется, что переживания раннего детского возраста оказывают большее влияние на формирование мира сновидений, чем на мир существования в ясном сознании. Можно предположить, что основной эмоционально-чувственный колорит сновидений соответствует колориту раннего детства. Психологические установки агрессии и страха, легко закрепляющиеся в сознании при неблагоприятном эмоциональном климате материнской среды, с особой силой и

постоянством проявляются в мире сновидений. Сны человека, у которого было «трудное детство» часто наполнены страхом и насилием. Конфликты последующих периодов жизни находят соответствующий резонанс в эмоциональном фоне, установившемся в детстве, а активизация установок агрессии и страха будет происходить с большей легкостью, чем в том случае, когда этот фон имеет светлый колорит.

См. работы: 52, 80, 243, 245, 287, 356, 357, 358, 379, 451, 484, 537, 572.

## **Интероцепция**

Колорит сновидений часто отражается на колорите дня. Известно, что после кошмарных снов человек просыпается совершенно «разбитым» и не испытывает подъема сил и радости, начиная свой день. Во время сновидений легче установить влияние каналов interoцепции, чем в состоянии бодрствования. Нередко их влияние на колорит и даже тематику сновидений становится преобладающим. Влияние interoцепции на сознательную жизнь менее очевидно. Из повседневного опыта известно, что даже незначительные отклонения в состоянии человека оказывают сильное влияние на тематику и колорит сновидений.

Интероцепция имеет большое значение в модулировании эмоционально-чувственного состояния. Вероятно, именно с этим явлением связаны процессы принятия решения при выборе соответствующих эмоциональных установок в первой фазе информационного метаболизма. Причем решение принимается за пределами сознания и потому не зависит от волевого усилия. Во время сновидений это влияние проявляется с достаточной очевидностью, в то время как в состоянии бодрствования оказывается в тени вторичных и поверхностных причинно-следственных отношений. Например, свою грусть в течение дня мы пытаемся объяснить какими-то незначительными причинами, в то время как действительной причиной является несварение желудка.

Зависимость первой фазы от характера информации, возникающей в процессе interoцепции, представляется очевидной, если помнить о том, что в этой фазе контакты как с внешней, так и с внутренней средой являются особенно тесными по сравнению со второй фазой, в которой преобладают задачи,

связанные с формированием моделей поведения (движения во внешней среде). Более тесные контакты с внутренней средой следует объяснить большей зависимостью первой фазы информационного метаболизма от энергетического метаболизма. Высокая изменчивость биохимических свойств внутренней среды находит свое отражение в осцилляции эмоционально-чувственного состояния. Усилия психиатрической фармакотерапии сосредоточены главным образом на регулировании процессов первой фазы информационного метаболизма (изменение настроения и эмоциональных установок).

### **Связи с внешней средой в первой фазе**

Для первой фазы информационного метаболизма характерно наличие более тесных связей организма как с внешней средой, так и с внутренней по сравнению со второй фазой. Такое утверждение, казалось бы, противоречит известному факту о большем разнообразии форм взаимодействия с внешней средой во второй фазе. Однако эти формы являются вторичными в процессах взаимодействия с окружающей действительностью. Скорее их можно назвать моделями специфических видов деятельности в специфических условиях среды, моделями, которые формируются в течение жизни и изменяются под влиянием приобретенного опыта. В их возникновении большую роль играет влияние социума (мы видим мир его глазами). Определенные формы взаимодействия человека с внешней средой являются изначально заданными, например, язык оказывает влияние на формирование способов нашего мышления, видения окружающего мира, в известной степени и на поведение. Определенное влияние оказывает также культурная среда. Таким образом, рассматривая вторую фазу информационного метаболизма, испытываешь впечатление, что взаимодействие с окружающей действительностью не является непосредственным, а представляет собой совокупность привнесенных готовых форм, ранее возникших у отдельного человека или в обществе.

Непосредственность связей между человеком и окружающей действительностью в первой фазе возникает, таким образом, вследствие того, что еще не сформировались более сложные модели взаимодействия с окружением. В первой фазе речь идет только о принципиальной ориентации: при-

близиться или удалиться, принять установку «к» или «от», мобилизовать силы или расслабиться. Субъективно выбору такой ориентации организма отвечает соответствующий эмоционально-чувственный колорит. Только во второй фазе развивается целый спектр возможностей деятельности в окружающем мире, открывается многообразие форм поведения или различных моторных форм.

Функциональные проявления первой фазы информационного метаболизма сосредоточены прежде всего на «внутренних формах движения», то есть на внутренних функциях организма (на изменениях активности желез, изменениях мышечного тонуса внутренних органов: сосудов, сердца, пищевода, а также мышц скелета и т. д.). В то же время во второй фазе информационного метаболизма функциональные проявления сосредоточены прежде всего на «внешних формах движения», то есть на тонусе главных мышц скелета. Формы движения в последнем случае отличаются крайним разнообразием, причем в течение жизни непрерывно возникают новые. Степень различия между ними очень велика: от хаотичных движений всего тела, характерных для маленьких детей и свойственных пограничному состоянию между первой и второй фазами, поскольку в них сильно влияние эмоциональной компоненты (принципиальная ориентационная установка по отношению к окружающему миру), до самых сложных движений, связанных с речевой деятельностью и с активностью наиболее развитой руки (обычно правой).

См. работу 480.

## **Обратная связь во второй фазе**

Вопросы общей ориентации в окружающем мире остаются за пределами второй фазы. Рецепторная (входная) часть второй фазы информационного метаболизма сосредоточена главным образом на выделении эффектов собственной деятельности в окружающей среде («действию и наблюдаю результаты собственной деятельности»). Это не что иное, как обратная связь, имеющая особое значение для всех видов деятельности. Благодаря этому механизму осуществляется корректировка ранее возникших форм поведения, появляются их новые формы, в большей степени отвечающие новой ситуации. Обратная связь как бы стимулирует деятельность нервной системы по созда-

нию все новых и новых моделей действительности и форм деятельности организма.

Субъективным проявлением процессов второй фазы информационного метаболизма является мышление. Благодаря мышлению мы воспринимаем возникающие во второй фазе модели действительности и собственной деятельности. Попытки отрыва мыслительной активности от эмоционально-чувственной являются научной фикцией. Такое разделение может иногда облегчить понимание отдельных явлений, однако противоречит субъективной реальности. Не существует «чистых» мыслей, как не существует «чистых» чувств и настроений. Колорит не может существовать без формы, а форма без колорита. Каждая мысль наполнена чувством и настроением, а каждое настроение и чувство имеют свою мысленную форму. Представленные вам две гипотетические фазы информационного метаболизма также являются своеобразными формальными моделями, назначением которых является облегчение понимания процессов обмена информации между организмом и внешней средой. Обе фазы переплетаются друг с другом, одна без другой не может существовать. Их взаимосвязь, впрочем, непосредственно вытекает из интегрального характера деятельности нервной системы.

### **Врожденная и приобретенная автоматизация принятия решения**

Одной из важнейших функций нервной системы является подготовка решения. Уже в одном отдельно взятом нейроне решение этой задачи проявляется в особенностях морфологического строения: большое количество дендритов отвечает многообразию и разнородности входной информации, а наличие одного аксона отвечает существу процессов интеграции этой информации и формирования собственной выходной информации. Представляется, что имеются существенные различия между первой и второй фазой информационного метаболизма в области возможностей выбора. Для первой фазы область потенциальных решений относительно мала и имеет прежде всего количественный характер (подобный языку аналоговых вычислений, вероятно, наиболее свойственных сетевой организации нервной системы). Решения в первой фазе сосредоточены вокруг проблемы выбора противоположных установок: «к» или «от», а также мобилизации или демобилизации

организма, что выражается субъективно в колебаниях эмоционального состояния и настроения. Дифференциация реакций проявляется, главным образом, в модуляциях напряженности выбранной установки и жизненной активности (в осцилляциях настроения и чувств).

Такие ограниченные возможности выбора, вероятно, вызывают то, что решение происходит в подсознании, как предполагается, без участия всей нервной системы, поскольку сознание как бы резервируется для процессов, требующих участия всей нервной системы, то есть, как правило, для новых и трудных процессов. Известные, повторяющиеся процессы на основе принципа рациональности деятельности нервной системы требуют привлечения к работе только тех частей нервной системы, которые необходимы для управления этими процессами.

Некоторые процессы информационного метаболизма с самого начала разыгрываются в подсознании, например, процессы, связанные с управлением состояния внутренней среды организма. Соответствующие решения принимаются в данном случае в подсознании независимо от нашей воли (мы не в состоянии управлять биением своего сердца, сокращениями пищевода, течением биохимических процессов в организме и т. д.).

Только впоследствии результаты процессов информационного метаболизма доходят до нашего сознания в форме плохого самочувствия, раздражительности, беспокойства и т. д., то есть как модуляции эмоционально-чувственного состояния. И новые процессы обмена информации исчезают из поля сознания вследствие их постоянного повторения. Мы называем это автоматизацией (например, в процессе овладения способностью ходить требуется привлечение всего сознания, а затем все это уходит в наше подсознание, и мы уже не задумываемся, сгибать или опускать ногу). В первом случае можно говорить о врожденной автоматизации, а во втором о приобретенной. Автоматизация может существовать в тех случаях, когда возможности выбора ограничены. Когда их слишком много, она невозможна, нервная система в этом случае должна продемонстрировать свои максимальные возможности принятия решения. Применительно к управлению вегетативными функциями (внутренней средой организма) возможности выбора изначально сводятся к минимуму. Нерациональные и неприемлемые формы активности в ходе филогенеза оказываются исключенными и остаются только модели функционирования, реализа-



ция которых отличается высокой вероятностью. На начальных стадиях автоматизации в процессе освоения данной функции таких моделей может быть очень много, а возможности их выбора очень велики. Стоит только взглянуть на движения, совершаемые теми, кто недостаточно искусен в искусстве хождения, плавание, письма, чтения и т. д. По мере овладения данной функцией избыточные или несоответствующие формы поведения (модели, функциональные структуры) исключаются.

### **Степень вероятности реализации**

Нервная система человека, как уже неоднократно подчеркивалось, обладает практически неограниченными возможностями формирования моделей окружающей действительности (потенциальных функциональных структур). Каждой из них соответствует своя степень вероятности реализации. Сохраняются только те структуры, степень вероятности реализации которых высока, а остальные исключаются. Ребенок, когда учится ходить, иногда совершает движения, как будто хочет улететь. Однако такая модель действительности имеет низкую степень вероятности быть реализованной и в процессе овладения способностью ходить оказывается исключенной. Это не означает ее полного исключения, ее следы остаются в тоске о полете в воздухе, в сновидениях возникают ощущения состояния невесомости. В наши дни человечеству удалось реализовать множество функциональных структур с априорно малой степенью вероятности реализации. Полеты стали распространенным способом коммуникаций, а состояние невесомости перестало быть чем-то необычным. Шизофрения по крайней мере в какой то степени связана с реализацией моделей действительности с малой степенью вероятности быть реализованными. Причудливость и необычность этих форм часто шокирует окружающих. В то же время следует отметить, что множество шизофренических концепций благодаря техническому прогрессу оказались реализованными, например: мощные излучатели света, передача изображений на большое расстояние, невидимые силы, губительно воздействующие на организм, энергия, способная разрушить земной шар и привести к концу света, картины массовой гибели — ада на земле и т. д.

Не существует бреда, который можно было бы назвать чистым бредом. Каждая созданная человеком модель окружающей

действительности является хотя бы тенью правды, хотя бы и была минимально правдоподобной. Человек не может существовать в изоляции от окружающей его действительности, и она постоянно присутствует в его сознании. Самая чистая абстракция может оказаться реальностью, а бред — действительностью.

## **ГИПОТЕТИЧЕСКАЯ АНАТОМИЧЕСКАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРВОЙ И ВТОРОЙ ФАЗЫ**

Принцип рациональности усилий предполагает, чтобы формы активности в окружающем мире были ограничены моделями с наиболее высокой степенью вероятности реализации, то есть наиболее соответствующие текущей ситуации. Ребенок отказывается от модели полета, поскольку настоящая ситуация не дает возможности ее реализовать. Благодаря такому исключению область выбора значительно сокращается, принятие решения становится более легким и переносится в подсознание, то есть как мы предположили не затрагивает деятельности всей нервной системы, а только структур, необходимых для реализации данной функции. Что касается решений относящихся к первой фазе информационного метаболизма (эмоционально-чувственной жизни), то в целом предполагается, что они формируются прежде всего в наиболее старых структурах нервной системы, к которым относится обонятельный мозг или лимбическая система. Он включает подбугорную область, обширные участки коры головного мозга, покрывающие камеры мозговых полушарий и область гипоталамуса, а также часть коры головного мозга, связанную с обонятельными рецепторами и находящуюся в передней части лобной доли; скопления нервных клеток внутри височных долей (миндалевидное тело) и в прозрачной перегородке (перегородчатое тело).

Это не закрытая система. Передний мозг обладает развитой двусторонней системой связи с более молодой в филогенетическом отношении корой головного мозга лобных долей. Так что невозможно говорить о функционировании нервной системы в условиях изоляции. Участок коры головного мозга, относящейся к обонятельному мозгу (это название представляется нам наиболее удачным, поскольку подчеркивает его отношение к обонятельным рецепторам, играющим в филогенезе очень важную роль при формировании принципиальной, эмоционально-чувственной ориентации в окружающей среде и которые несомненно каким-то пока

еще непонятным способом участвуют в процессах запоминания информации), является филогенетически более старым (*allocortex* и *mesocortex*) и с более примитивным строением, чем кора других частей полушарий головного мозга (*neocortex*).

Как уже упоминалось, количество возможных моделей деятельности в первой фазе информационного метаболизма невелико (альтернативные установки «к» и «от», а также повышение или понижение жизненной активности). Различия между ними в первую очередь количественные и в разной степени модуляций. Соответственно ограниченным является количество принимаемых решений и в связи с этим облегчается автоматизация, как наследственная, так и приобретенная. Все богатство форм информационного метаболизма реализуется во второй фазе информационного метаболизма. Здесь по-прежнему возникают новые модели деятельности и новые модели окружающей действительности, в которой они должны быть реализованы. Исходя из структурных особенностей нервной системы человека следует считать, что возможности их реализации неисчерпаемы.

## **ЭВОЛЮЦИЯ ИНФОРМАЦИОННОГО И ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО МЕТАБОЛИЗМА**

Эволюция живой природы, как можно предположить, у низших форм жизни осуществляется прежде всего морфологически, а у высших форм — функционально.

### **Пассивная или активная эволюция**

У низших форм жизни эволюция сконцентрирована на генетическом метаболизме, а у высших — на информационном. На определенном этапе эволюции развитие энергетического метаболизма достигает своего максимума, дальнейшие изменения становятся минимальными и, собственно говоря, бесцельными. Открытым направлением развития остается информационный метаболизм (развитие рецепторов, нервной системы и исполнительных органов). Этот этап эволюции можно разделить на два подэтапа: ранний, охватывающий период развития первой фазы информационного метаболизма, и более поздний,

охватывающий развитие второй фазы. Эволюция человека осуществляется, по всей видимости, в основном на втором подэтапе.

Своеобразие процессов информационного метаболизма у человека выявляется во второй фазе информационного метаболизма, то есть при формировании различных моделей действительности и собственной в ней деятельности. Разнообразие морфологических структур, участвующих в управлении процессами этой фазы информационного метаболизма (неоcortex), настолько велико, что нет никаких опасений в том, что эволюция человека может задержаться. В то же время первая фаза информационного метаболизма, связанная с управлением непосредственными эмоционально-чувственными контактами с окружением, наверняка не подвержена существенным эволюционным изменениям у человека и практически не отличается от особенностей данной фазы у высших млекопитающих. Это очень напоминает ситуацию, которая наблюдается в развитии морфологических структур нервной системы. Человеческий мозг отличается от мозга высших млекопитающих, прежде всего, уровнем развития неокортекса. Развитие более старых отделов головного мозга остается примерно на том же уровне, что и у высших животных.

Эволюция имеет не только индивидуальный, но и коллективный характер. Эволюция охватывает не только отдельные особи, но и весь вид в целом. Коллективный характер эволюции особенно проявляется в развитии второй фазы информационного метаболизма. Эволюция это не только развитие отдельной личности, но и целых социальных групп, и в конце концов — всего человечества.

Эволюция человека позволяет также установить важный факт, что жизнь и особенно ее развитие требуют усилия. Этот факт может быть упущен из виду при наблюдении низших форм жизни, поскольку мы не имеем возможности ознакомиться с их субъективной жизнью. Поэтому неправомерно предполагается, что эволюция имеет характер пассивный, то есть, осуществляется без индивидуального или коллективного усилия. Такая точка зрения не представляется верной хотя бы потому, что жизнь всегда требует усилия и не может быть пассивным процессом. Это непосредственно вытекает из необходимости энергетического обмена с окружающей средой, а такой обмен никогда не бывает пассивным. Точка зрения о пассивности эволюции соответствует теологическим концепци-

ям о существовании Бога, который создал мир и все живые существа и который, таким образом, находится за пределами мира — над ним. В то же время точка зрения об активном характере эволюции соответствует концепции о том, что Бог есть жизнь и источник ее развития.

## **Творчество**

Стараясь проследить эволюцию человека как творческий процесс, следовало бы выделить условно два вида творческой деятельности: художественную и научно-техническую. Художественное творчество в большей степени соответствует первой фазе информационного метаболизма, поскольку в этом случае контакты между внутренним и внешним миром отличаются большей непосредственностью и эмоциональностью. В то же время научно-техническое творчество в большей степени соответствует особенностям второй фазы информационного метаболизма, поскольку в данном случае более очевидна тенденция навязать окружающей действительности определенные модели, созданные разумом человека. В этом случае принимается установка собственного превосходства по отношению к окружению, желание навязать ему свою волю. Характер отношений с внешним миром более рационально-волевой, чем эмоциональный.

Наблюдая творческую деятельность людей на протяжении веков, можно рискнуть (с большой вероятностью ошибки) сделать утверждение о том, что художественное творчество развивается относительно медленно в сравнении с научно-техническим. Художественные произведения, созданные сотни и даже тысячи лет назад, вызывают у современного человека такие же сильные, а иногда даже более сильные чувства восторга, чем современные произведения, в то время как прежние достижения научно-технической мысли имеют только историческую ценность и часто вызывают улыбку своей наивностью. Очевидно, что такая оценка достаточно условна, поскольку как невозможно отделить друг от друга художественные и научно-технические аспекты творчества, так невозможно отделить друг от друга первую и вторую фазу информационного метаболизма. Такое условное разделение необходимо только для облегчения понимания отдельных явлений.

Жизнь является интегральным процессом и ее невозможно рассматривать по отдельным фрагментам в отрыве от всего процесса, также как и наоборот, невозможно рассматривать процесс, не принимая во внимание особенностей его компонентов. Поэтому мы разделяем взгляд, что эмоциональная жизнь человека в отличие от его интеллектуальной жизни не обнаруживает большего развития. Этому можно найти анатомо-физиологическое подтверждение в том факте, что разделы мозга человека, управляющие этими процессами, ничем не отличаются от аналогичных разделов мозга у высших млекопитающих. В то же время утверждение о том, что развитие нервной системы человека сосредоточено главным образом на эволюции наиболее молодого в филогенетическом отношении раздела мозга — его коры (neocortex), не представляется в полной мере справедливым, или по крайней мере не должно приниматься безоговорочно, поскольку противоречит принципу диалектического единства жизненных процессов.

Эмоциональное развитие возможно наравне с интеллектуальным, это может подтвердить личный опыт любого человека, а также примеры подъема и упадка культуры, наблюдаемые на протяжении всей истории. Развитие обеих фаз метаболизма взаимосвязано, и их разделение невозможно. Об этом давно уже сказано в Книге Мудрости: «ибо в неправедную душу не вступит мудрость, и не будет она обитать в теле подверженном грехам» (Кн. Мудрости, 1, 4).

Похоже, что проблема эволюции эмоциональной жизни в период кризиса нашей культуры является принципиальным вопросом и изменение эмоциональных установок, повышение уровня культуры чувств станет основой для эволюционного скачка, который необходимо совершить человеку для того чтобы соответствовать неожиданным изменениям условий своей жизни, связанным с научно-технической революцией.

## **ОГРАНИЧЕНИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ МОДЕЛЕЙ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТИ (ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СТРУКТУР)**

Разнообразие моделей действительности и человеческого поведения, формирующихся во второй фазе информационного метаболизма, не бесконечно и ограничивается влиянием не-

скольких групп факторов. Первая группа ограничений обусловлена последствиями принятия решения в первой фазе информационного метаболизма. Благодаря такому решению модели действительности, не соответствующие выбранному эмоциональному колориту, получают минимальные шансы реализации (значение вероятности их осуществления очень мало). С этим связано явление, когда к печальному человеку начинают «лнуть» только печальные мысли и, наоборот, к веселому — радостные.

Другое ограничение связано с самим характером второй фазы информационного метаболизма. Эта фаза, как уже отмечалось, направлена прежде всего на внешнюю активность в окружающем мире. Информация, поступающая из внешнего мира, оказывается сосредоточенной на результатах этой деятельности в соответствии с идеей выраженной словами «действую и наблюдаю результаты своей деятельности». Другая, менее важная информация, становится фоном для основного потока информации и выполняет функцию обратной связи, поскольку ее влияние вызывает изменение модели деятельности и образа окружающего мира. Таким образом, мир видится сквозь призму собственной деятельности.

Это справедливо в равной степени как в отношении восприятия мира видами, так и отдельными особями одного вида. По-своему воспринимает окружающий мир жаба, иначе — заяц или лев. Среди людей по-своему видит мир пахарь, работающий в поле, иначе — охотник, техник, математик, поэт и т. д. И не только род собственной деятельности влияет на такое восприятие, но также и деятельность людей, с которыми человек непосредственно или опосредованно связан, благодаря различного рода культурным связям. Таким образом, выбор модели действительности осуществляется при участии социальной группы и культурного слоя, к которым принадлежит данный человек.

Третья группа ограничений, влияющих на разнообразие моделей действительности, связана непосредственно с самим фактом принятия решения. Каждое принятое решение приводит к повышению вероятности повторения выбора данной модели и уменьшает вероятность реализации ранее отвергнутой. Это относится в равной степени к решениям, осуществляющимся как в первой, так и во второй фазе информационного метаболизма. В первой фазе количество потенциальных моделей относительно невелико. Речь идет главным образом

об изменении напряженности эмоционально-чувственного фона при сохранении его полярности. Повторяющиеся решения могут ограничить возможность возникновения противоположного колорита, но ни в коем случае не могут исключить такую возможность полностью или ослабить ее в значительной степени.

Человек «по природе» радостный реже будет отвечать печалью на контакты с окружающим миром, чем человек «по природе» печальный. В то же время темный колорит не чужд и ему, так же как «печальному с рождения» не чужд светлый колорит. Это же справедливо в отношении эмоциональных установок: преобладание одной установки, например, агрессии и страха, не исключает у данной личности возможности возникновения противоположных чувств. Человек агрессивный чаще будет реагировать агрессией, чем человек «по своей природе» спокойный. Однако это не означает, что он не может испытывать положительные эмоции.

Решения, повторяющиеся в первой фазе информационного метаболизма, выражают только общую тенденцию к преобладанию одного эмоционального колорита над другим, но не уменьшают значение вероятности реализации моделей в той степени, как это происходит в отношении моделей действительности, возникающих во второй фазе информационного метаболизма. Эти различия, вероятно, происходят из-за того, что решения в первой фазе касаются количественных изменений, то есть изменений напряженности. В данном случае существует много возможностей, однако, число потенциально возможных для реализации моделей невелико и ни одна из них не может быть исключена. Самый хороший человек не может избавиться от «злых» чувств, а самый плохой — от «добрых».

Во второй фазе решение затрагивает качественные изменения: должна быть выбрана та или иная модель действительности или деятельности. Потенциальных моделей очень много, их количество практически не ограничено. И если бы не влияние различных факторов уменьшения размерности, то человек пропал бы в хаосе их разнообразия: нечто похожее наблюдается при шизофрении. Однако сам выбор хотя бы одной из моделей уменьшает вероятность реализации других. Мы учимся определенным образом постигать окружающий мир и соответствующим образом воздействовать на него. Все другие способы вследствие того, что в момент принятия



решения они были отброшены, имеют гораздо меньшую вероятность реализации. В то же время хотя бы один раз выбранная модель по мере повторения выбора получает все больше шансов быть реализованной. Таким образом, каждый шаг вперед определяет дальнейшее направление движения и уменьшает шансы выбора другого пути.

Процесс принятия решения является одновременно коллективным и индивидуальным. В расчет принимается не только индивидуальный выбор, но и общий выбор всей социальной группы, к которой принадлежит человек, а также культурная традиция среды, в которой он вырос. Таким образом, возникает своеобразная рутинная жизнь. Мы привыкаем к одному образу действительности, и не можем свернуть с дороги, на которую один раз вступили. Такой своего рода косности оказывает противодействие первая фаза информационного метаболизма. Благодаря тому, что в этом периоде контакты как с внешней, так и с внутренней средой отличаются большей непосредственностью и спонтанностью, эта фаза оказывает воздействие на следующую фазу в плане разрушения ее стереотипов. Кроме того, осцилляции между противоположными полюсами настроения и чувств оказывают принципиальное воздействие на изменение модели действительности, формирующейся во второй фазе.

Благодаря первой фазе человек по-прежнему располагает возможностями изменения видения своего мира и изменения стереотипов своей деятельности. Общеизвестно, какую важную роль играют эмоциональные факторы в стимулировании или ослаблении интеллектуальной деятельности. Сколько замыслов даже самых абстрактных, например, математических, возникает в нашем подсознании. Не единожды в сновидениях возникают различные события реального мира, связанные как с недавними впечатлениями, так и давно прошедшими, которые наяву не были восприняты нашим сознанием и оказались отброшенными, поскольку, вероятно, не соответствовали актуальной модели действительности и принадлежали к исключенным моделям.

Иногда такие исключенные модели действительности, возникающие в виде отдельных фрагментов в сновидениях, позволяют лучше понять собственные желания, а также рассмотреть в окружающем мире новые, не воспринятые до сих пор ценности. Во второй фазе информационного метаболизма есть нечто искусственное, она оказывается как бы надстройкой над

тем, что в действительности происходит с человеком при его столкновении с окружающим миром. Эта надстройка защищает человека от непосредственного столкновения с ним. Благодаря этому он сталкивается скорее с тем, что возникает в его сознании, а не с тем, что происходит в действительности, как во внешнем, так и во внутреннем мире.

Такие непосредственные, спонтанные контакты необходимы для того, чтобы разрушить старые и создать новые модели во второй фазе метаболизма. Благодаря этому реализуется принцип изменчивости жизни. Человек не связан косными формами восприятия мира и своей активности — одни уничтожаются для того чтобы возникли новые. Нередко после выхода из депрессии больной говорит, что по-новому взглянул на свою жизнь и многому научился. Так неприятные изменения эмоционального колорита, испытанные во время депрессии, дают возможность больному понять, насколько динамичен образ мира, насколько темнота депрессии меняет его краски и как надо радоваться жизни, когда мир опять станет светлее.

В отличие от шизофрении при депрессии структура мира и собственной личности не подвержены существенным изменениям. Мир не может измениться только из-за того, что изменился его колорит. В то же время при шизофрении вследствие того, что происходит активация отброшенных моделей действительности, изменяется сама конструкция мира и собственного «Я». В состоянии депрессии все изменения происходят главным образом в первой фазе информационного метаболизма (изменение эмоционального колорита), а изменения во второй фазе являются вторичными. При шизофрении изменения затрагивают обе фазы, особенно второй фазы, где возникают отброшенные когда-то модели действительности. Поэтому шизофреник воспринимается окружающими в большей степени как «другой» (*varius*), чем как больной депрессией.

## ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ СВЯЗИ В ПЕРВОЙ ФАЗЕ

Установить истинные причины осцилляции эмоционального колорита бывает нелегко и представляется, что это вообще не всегда возможно. Правда, на вопросы: «Отчего печален?»

или «На что злишься?» и т. д., мы, как правило, готовы дать точный ответ, однако наши объяснения мотивации обычно являются более или менее искусственной логической конструкцией, которой мы пытаемся объяснить то, что объяснить невозможно.

Действие закона причинности и формирование связанного с ним логического порядка относится прежде всего ко второй фазе информационного метаболизма. Поскольку в данном случае область контакта с действительностью ограничена, то действие причинно-следственных отношений оказывается сконцентрированным в актуальном поле деятельности. Все остальное — относящееся в равной степени и к внешней, и к внутренней среде — является менее важным и образует только фон поля деятельности. Благодаря такому характеру контактов человека с внешней средой, а также с внутренним миром, становятся более очевидными особенности логической организации пространства и времени и связь между причиной и следствием («действую и наблюдаю результаты своей деятельности»). В то же время для первой фазы информационного метаболизма не характерен эффект организующего влияния на среду человеческой деятельности, здесь только происходит столкновение двух реальностей: внутренней и внешней.

Поле контактов с действительностью не ограничивается пределами области собственной деятельности, оно бесконечно, как во временном, так и в пространственном планах. Из-за этого возникает иллюзорное ощущение, что настроение и чувства могут длиться бесконечно. Такая «протяженность» состояний в пространстве и времени ощущается даже по отношению к колориту событий повседневной жизни. Если идет дождь, то нередко возникает ощущение, что он будет продолжаться «вечно» и шел «всегда». Это удивительный парадокс, принимая во внимание, что собственный эмоциональный фон обнаруживает наименьшую изменчивость. Однако может быть именно потому, что он является фоном, он должен восприниматься как нечто стабильное, поскольку является фундаментом, на котором возникают более тонкие и сложные модели взаимодействия с окружающей средой.

Эффект неопределенности — в смысле отсутствия определенных границ — относится и к причинно-следственным связям. Здесь отсутствует последовательность «действую и

наблюдаю результаты своей деятельности», поэтому и не могут возникнуть значимые причинно-следственные связи. Окончательный результат, который мы воспринимаем как определенный эмоциональный колорит, аккумулирует в себе влияние множества различных факторов, как внешнего, так и внутреннего происхождения. Поэтому так трудно ответить на вопросы типа «отчего ты так печален? или «на что ты так злишься?» и т. д., поскольку настроение или эмоциональное состояние никогда не могут быть вызваны одной причиной. Таких причин всегда очень много и трудно бывает оценить их иерархию.

### **Этиологическая классификация депрессивных комплексов**

Упомянутые выше трудности становятся особенно очевидными при попытках классификации и упорядочения этиологических факторов различных форм депрессии. В течение многих лет психиатры затратили много сил на то, чтобы создать соответствующую классификационную систему и практически каждый известный автор предлагает свой собственный подход к решению этой задачи. Достаточно удачной представляется классификация, предложенная Кильхольцем (1965). Автор помещает на оси ординат соматические факторы, а на оси абсцисс — психогенные факторы. Разновидности депрессии связаны с влиянием обеих групп факторов. В порядке очередности можно указать, что соматогенные причины наиболее свойственны органическим депрессиям, а именно: старческим депрессиям, склерозам, посттравматическим состояниям, эпилепсии, умственной отсталости. Далее следуют симптоматические депрессии, например, связанные с перенесенными инфекционными заболеваниями, а также с нарушениями кровообращения и деятельности желез внутренней секреции, возникшие на фоне отравлений. Следующими по порядку, по мнению автора, являются инволюционные депрессии, шизофренические и, наконец, эндогенные. При невротических депрессиях существенно преобладают психогенные факторы, наиболее свойственные реактивным депрессиям. Такое разделение можно считать удачным, поскольку оно явно характеризует взаимообусловленность влияния внешней среды (соматогения) и внутренней (психогения)

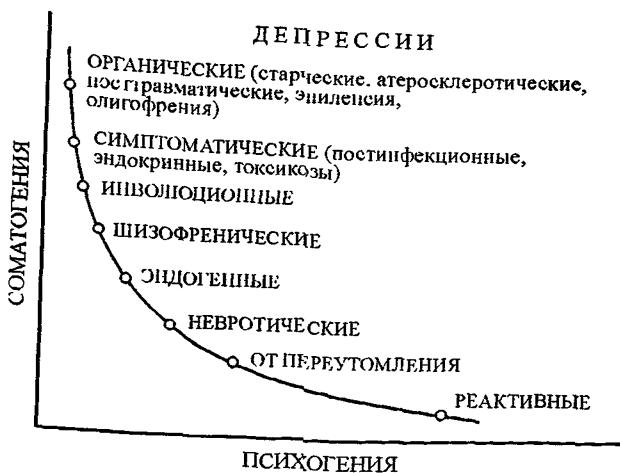


Рис. 1.

(см. рис. 1). Психогения ближе к информационному метаболизму, а соматогения — к энергетическому метаболизму.

См. работы: 3, 24, 86, 87, 95, 119, 150, 161, 190, 191, 301, 328, 336, 340, 375, 376, 410, 444, 450, 512, 532, 547, 620, 647, 688, 689.

### Влияние генетики

Что касается значения генетических факторов, то согласно мнению современных авторов, оно проявляется в явном виде в случае эндогенных депрессий, в средней степени — в случае инволюционных депрессий и в наименьшей степени — в случае психогенных депрессий (психические депрессии, депрессии переутомления и реактивные депрессии). В случае эндогенных депрессий подчеркивается, что существуют большие различия между биполярными депрессиями (то есть чередующимися с маниакальными фазами) и монополярными (при которых имеет место только фаза депрессии). При биполярных депрессиях неблагоприятная наследственность имеет большее значение, чем при однополярных. К тому же они обычно начинаются в раннем возрасте (в молодости) в

отличие от однополярных депрессий, свойственных среднему возрасту, и фазы при этом меняются чаще. Однополярная депрессия относительно чаще наблюдается у женщин.

Анализ роли генетического фактора применительно к отдельным группам симптомов показывает, что возбуждение (*melancholia agitata*) обусловлено в значительной степени генетическими факторами, однако в случае заторможенности такая зависимость уже не наблюдается. Бред вины, преследования, собственного ничтожества, галлюцинации и иллюзии несомненно не зависят от генетических факторов и связаны более с возрастом и с принадлежностью к определенному культурному слою. Бред вины типичен для среднего и старшего возраста, но относительно редко наблюдается у молодых пациентов. Бред собственного ничтожества характерен для старшего возраста. В старости также чаще наблюдаются галлюцинации и иллюзии, что может быть связано с органическими нарушениями, наступающими в этом возрасте.

См. работы: 33, 134, 141, 151, 186, 259, 313, 337, 339, 410, 515, 542, 595, 607, 618, 619, 620, 621, 657, 664, 700, 711, 731.

## Влияние культуры

Бред вины (греховности) типичен для нашей культуры (иудейско-христианской) и относительно редко встречается в других культурах. Для так называемых «примитивных» культур более характерными оказываются такие формы бреда, как ипохондрическая, преследования, а также галлюцинации и иллюзии. Многие психиатры полагают, что в целом у так называемых «примитивных народов» депрессии встречаются реже. Еще Крепелин во время своего небольшого путешествия по Яве заметил, что у аборигенов случаев депрессии почти нет.

Предполагается, что для культур, находящихся на относительно низком уровне развития, характерна высокая групповая сплоченность. «Мы» доминирует над «Я». Благодаря этому ответственность за все несчастья и «грехи» ложится в значительной мере на всю группу: одному человеку уже не приходится нести их тяжесть одному. Групповая ответственность освобождает отдельного человека от чувства вины. Классическим примером этому является та легкость, с которой совершается убийство своих ближних во время войны, когда ответственность за это самое страшное преступление принимает на

себя общественная группа, избавляя тем самым отдельную личность от тяжести вины. Наличие сильных групповых связей является причиной того, что действие принятых в обществе ограничений или сдерживающих факторов (суперэго по Фрейд) сохраняется только в окружающей социальной среде, в группе и только в незначительной степени подвергается интернализации.

Должна существовать определенная степень независимости от группы, выделение границ собственного «Я» для того чтобы внешние нормы стали также нормами внутренними, для того чтобы «общественное мнение» стало еще и личной совестью. При высокой сплоченности группы до интернализации дело не доходит. Этим объясняется редкость случаев бреда греховности у представителей так называемых «примитивных» культурных слоев. Вина как бы воспринимается всей социальной группой, а не одной личностью.

В то же время в «примитивных» обществах чаще встречается бред преследования, а также галлюцинации и иллюзии, поскольку при стирании границы между «Я» и «Мы» легче осуществляется проекция эмоций и собственные чувства передаются ближайшему социальному окружению. Если правда, что у так называемых «примитивных» народов депрессии наблюдаются реже, то этот факт можно было бы объяснить тем, что наличие сильных групповых связей облегчает передачу эмоций окружению. Собственные чувства становятся чувствами всей группы, благодаря чему психическая нагрузка на отдельную личность уменьшается. В группе легче переносятся страдания. Иов был одинок. Групповая сплоченность облегчает выражение (экспрессию) как настроения, так и эмоциональных установок. Радость, печаль, любовь, ненависть и страх находят отклик в группе, и накатанные пути для их внешней манифестации отражаются на других членах группы. В сумме проявление чувств или настроения благодаря групповой поддержке набирает значительную силу, но индивидууму легче выдержать такое эмоциональное напряжение, чувства «не накапливаются», легко находят для себя выход, причем выход «легализованный» одобрением общества.

Представителя нашей культуры, особенно в современную эпоху, могут поразить нередко весьма бурные манифестации чувств и настроения, встречающиеся в других культурах. Однако благодаря такой легкости выражения своего эмоционального колорита человеку легче переносить плохое настроение и

чувства, а положительные чувства усиливаются благодаря групповому резонансу. Кроме того, в «примитивных» обществах более строго определена роль каждой личности. Каждый знает, откуда он пришел и куда собирается, его прошлое и будущее не теряются в небытии. За его плечами стоят традиции, а перед ним простираются те или иные, может быть для нас и наивные, концепции трансцендентности. Человек не чувствует своего одиночества не только в буквальном смысле этого слова (благодаря тесной групповой связи), но также и в переносном смысле (благодаря ясному пониманию своего места в устройстве мира).

Согласно мнению некоторых исследователей, в отличие от шизофрении, которая, как утверждается, чаще наблюдается у представителей низших социальных классов (возможно, что это происходит благодаря шизофренической деградации, вследствие которой большие оказываются внизу общества), депрессия чаще наблюдается у представителей привилегированных социальных классов. Если эти результаты хоть на долю процента соответствуют действительности, то это подтвердило бы значимость групповых связей для профилактики депрессии, поскольку известно, что чем выше место в социальной иерархии, тем слабее групповая связь. Как известно, владыки одиноки.

У так называемых «примитивных» народов часто встречаются ипохондрические формы депрессии и ипохондрический бред. Случаи ипохондрической депрессии нередки и в нашей культуре, они могут быть чаще у так называемых «простых» людей (из-за этого не всегда удается понять необразованных людей, не знакомых с нормами культуры; данное обстоятельство не всегда принимается к сведению в психиатрии). Но они также нередки и у людей образованных и знакомых порой с самыми рафинированными формами культурного поведения. Более того, за последние несколько десятков лет можно обнаружить своеобразную «ипохондризацию» как среди психически здоровых людей, так и среди больных, причем это явление наблюдается в разных диагностических группах (помимо депрессии «ипохондризация» наблюдается при неврозах, шизофрении, психоорганических комплексах). Для того чтобы в этом убедиться, достаточно прислушаться к разговорам людей среднего и старшего возраста, темой которых часто становятся физические недомогания, врачи, недостатки здравоохранения и т. д. В журналах темы здоровья и заболеваний относятся к



разряду «горячих», популярные медицинские публикации пользуются большим читательским спросом.

У так называемых «примитивных» народов и «простых» людей ипохондрическую тенденцию можно объяснить особым для них значением тела и физической силы, что в свою очередь связано с физическим трудом. Сильное и здоровое тело является для них условием существования. Кроме того, такие люди часто испытывают трудности в выражении своего психического состояния, своих чувств, настроений, душевных страданий. Наша речь, как высшая форма движения, является наиболее сложной формой внешней активности, поэтому ей свойственна направленность в окружающий мир, а не во внутренний мир и на собственные психические ощущения.

Эти слова относятся к широкому диапазону состояний психики, их оттенков и напряженности (любовь, ненависть, страх и т. д.). Наш словарь применительно к описанию психических состояний намного скромнее, чем словарь, связанный с явлениями окружающего мира. Легче выразить свои страдания понятиями, относящимися к физической боли, чем к душевной. Это вполне понятно и больному и окружающим. У образованных людей не возникает особых проблем при вербализации своих ощущений, однако, для них тело может иметь иное (невротическое) значение.

Для нашей цивилизации характерным является своего рода пренебрежительное отношение к пожилым людям. Наша цивилизация — это цивилизация динамичных, энергичных и молодых, несмотря на то, что жизнь в современных условиях требует минимальных физических усилий и отличается большим высоким комфортом, чем жизнь в условиях примитивных цивилизаций. Человек боится собственной старости, дряхлости, непривлекательности. Благодаря глубокому проникновению техники в нашу среду обитания мы и к своему телу относимся как к механизму: «машинка» работает или хорошо, или плохо. Мы ее «ремантируем», «заправляем» различными химикалиями, и она работает дальше.

Кроме того, правила социального общежития требуют скрывать свое настроение и чувства, необходимо «хранить свое лицо» — «*keep smiling*». Легче вызвать сочувствие окружающих, демонстрируя свои физические страдания, чем душевные, последние принадлежат только самому себе. Поэтому душевные страдания нередко принимают форму страдания физического. Часто под физическими недомоганиями маскируется

скрытая депрессия (*depressia larvata*). С депрессиями этого типа люди отправляются преимущественно к терапевтам, и зачастую такое состояние вначале трактуется как соматическое заболевание. Иногда точный диагноз становится возможным только тогда, когда физические боли и плохое самочувствие удается устранить назначением антидепрессивных средств (тимолептиков). Постановка точного диагноза и лечение намного труднее, если депрессия сопутствует соматическому заболеванию, например, язве желудка, воспалению желчного пузыря, язвенному колиту, повышенному артериальному давлению, бронхиальной астме, нарушенному кровообращению, ревматизму и т. д.

Проблема болевой чувствительности по-прежнему остается открытой. Общеизвестно, что эмоциональный фон может повысить или понизить порог болевой чувствительности. В состоянии эмоционального возбуждения можно вообще не чувствовать боли. С понижением настроения обычно понижается и порог болевой чувствительности: у печального человека все болит, он хуже переносит болезненные травмы. Часто депрессии начинаются симптомами физического недомогания и только позднее становится заметным пониженное настроение.

См. работы: 87, 88, 111, 186, 235, 337, 339, 405, 515, 517, 518, 520, 528, 542, 607, 656, 700, 711, 715.

### **«Вездесущность» депрессии**

Анализируя многочисленные попытки составить классификацию депрессии, порой невозможно избавиться от впечатления, что это вездесущий болезненный комплекс, поскольку помимо циклофрении, при которой патологические изменения настроения являются основным признаком, с пониженным настроением можно встретиться практически во всех других болезненных комплексах. Нередко симптомы депрессии выступают на первый план, что серьезно затрудняет диагностику. Например, до сих пор в течение многих лет продолжается научный спор о проблеме, является ли инволюционный психоз отдельным заболеванием или нетипичным проявлением эндогенной депрессии, а изменения ее клинической картины (бред вины, преследования, зависти и т. д.) связаны с тем обстоятельством, что она наблюдается в пожилом возрасте.

В психиатрической практике нередко приходится сталкиваться со значительными трудностями при выделении циклофрении и шизофрении; часто однозначное заключение оказывается вообще невозможным, и в одной больнице ставят один диагноз, а во второй другой. Иногда бывает трудно отличить мягкую форму депрессии от невроза, особенно когда депрессия наблюдается у людей со свойствами психастенической или ананкастической личности. У пациентов этого типа легко возникают невротические эмоциональные установки («залегание чувств»), поэтому можно легко мягкую форму депрессии принять за невроз. С другими особенностями можно столкнуться в случае синтонических или циклотимических типов личности (по типологии Кречмера), которые, по мнению этого психиатра, наиболее склонны к циклофрении. У них благодаря высокой степени адаптации социального поведения к своему окружению и относительно высокой организации психики невротические «приметы» неочевидны; после того как восстанавливается обычное настроение этих пациентов можно считать идеалом психического здоровья; можно было бы даже сказать, что они отличаются «патологическим психическим здоровьем».

Под влиянием суггестивной концепции Кречмера эндогенную депрессию часто связывают с циклотимическим типом личности. Последние исследования показывают, что это заболевание встречается также и у других типов личности, особенно близких к ананкастическому. Обычно это люди с повышенным чувством ответственности, «порядочные», с чистой совестью, строго придерживающиеся социальных норм, нередко отличающиеся своим упрямством. По мнению психоаналитиков они приближаются к «анальному» типу личности. Из триады черт, свойственных этому характеру (аккуратность, упрямство, скупость), они обладают двумя первыми. По характеру отношений зависимости от окружающей социальной среды (отношений симбиоза) они также приближаются к «оральному» типу личности.

Пониженное настроение является достаточно типичным при неврозах, и оценка имеем ли мы дело с невротической депрессией или же с другой разновидностью неврозов носит количественный, а не качественный характер. При шизофрении понижение настроения часто наблюдается в начальных фазах болезни, особенно когда болезнь начинается медленно и незаметно, а также, как правило, в последних фазах, когда

человек измучен болезнью и оказывается один на один перед пустотой собственного и окружающего мира. Настроение депрессии не относится к числу редких и в случае так называемых психоорганических комплексов, в любом случае оно наблюдается намного чаще, чем повышенное настроение (euforia, тогiа). В последние десятилетия отмечается особый прогресс этой тенденции. Понижение настроения в психоорганических комплексах можно объяснить общей беспомощностью, понижением умственных способностей, легкостью проявления «катастрофических реакций» Гольдштейна, то есть сильного эмоционального возбуждения, обычно связанного с упадком сил под влиянием нередко вымышленных трудностей (страха, вызванного ощущением беспомощности и невозможности отыскать выход из данной ситуации).

Представляется, что нейрофизиологические изыскания (Олдс) указывают на факт существования в обонятельном мозге центров «удовольствия» и «неудовольствия». Животное, которому в «центр удовольствия» помещали микроэлектроды, без устали нажимало кнопку электрического выключателя, вызывая таким образом возбуждение этого центра, переставало чем-либо еще заниматься, переставало есть и спать и, в конце концов, гибло от изнеможения. Не исключается, что при органических повреждениях мозга может быть нарушена координация деятельности таких центров, и с этим может быть связано изменение настроения. Некоторые авторы предлагают назначать стимулирующую электрическим током «центров удовольствия» с помощью имплантированных электродов при тяжелых случаях депрессии.

Ухудшение настроения является распространенным симптомом отравлений, особенно хронических. Многие лекарства, применяющиеся в психиатрии (нейролептики, а также атарактики), способствуют понижению настроения, нередко вызывая симптомы депрессивно-апатического комплекса. В последнее время появились сообщения в психиатрической литературе о проявлении депрессивных эффектов от употребления противозачаточных (гормональных) таблеток.

При соматических и, особенно, хронических заболеваниях пониженное настроение относится к числу достаточно распространенных явлений. Без сомнения, в данном случае сказывается прежде всего влияние социально-психологических факторов: изменение жизненного статуса вследствие болезни, физическое недомогание, ограниченные способности, перспек-

тива смерти и т. д. Определенное значение имеют также соматические факторы, например, связанные с токсикозами. Известно, что некоторые заболевания (например, ревматизм) особо предрасполагают к пониженному настроению. При психосоматических заболеваниях (например, при язве пищевода, повышенном давлении, бронхиальной астме), в этиологии которых эмоциональные факторы играют большое значение, пониженное настроение может быть вызвано как самой болезнью, так и невротическими эмоциональными причинами на ее основе.

Такая «вездесущность» депрессии даже может вызвать сомнение в том, насколько вообще справедливо выделение пониженного настроения как отдельного заболевания. С теоретической точки зрения попытки трактовать изменение эмоционального колорита как диагностический критерий представляются необоснованными. Это было бы похоже на попытки оценить произведения живописи по их колориту, например, как картины темные или светлые. Каждой картине свойственен определенный колорит. В то же время с практической точки зрения вопрос распознавания депрессии вполне справедлив, поскольку депрессия нередко требует особого терапевтического подхода, а также потому, что психиатрический анализ, начинается прежде всего с выявления симптомов. Поэтому представляется справедливым, что там, где пониженное настроение среди других симптомов выступает на первый план и становится основным симптомом психического расстройства, можно говорить о депрессии.

Представленные здесь в сжатой форме трудности классификации депрессивных комплексов наглядно показывают разнообразие факторов, влияющих на ухудшение настроения. Этиологический анализ в каждом конкретном случае постановки диагноза при депрессии должен учитывать многообразие возможных причин. Хотя мы и уверены в том, что один из факторов заболевания является важнейшим (например, при эндогенных депрессиях это генетический фактор, вызывающий плохо изученные пока нарушения биохимических процессов в мозге), нельзя исключить влияние факторов иного рода (например, психогенных факторов в случае эндогенной депрессии).

Современная «научная» медицина стремится определить влияние этиологических факторов на самом низком уровне интеграции процессов организма, а именно на физическом и

химическом уровне. Таким образом она старается соответствовать уровню остальных наук. Научным является то, что может быть объяснено в категориях математики, физики и химии. Неизвестно, насколько такой подход справедлив в науках, связанных с изучением жизненных процессов (в биологии) и, особенно, в науках о человеке (в антропологии). Есть большие сомнения в том, что для понимания происходящих здесь процессов, значительно более сложных, чем процессы неживой природы, достаточно знаний физических и химических законов. Многочисленные исследования показывают, что при депрессиях нам приходится сталкиваться с пониженным уровнем аминокислот мозга, которые, вероятно, играют существенную роль в процессах передачи нервных импульсов (являются нейротрансмиттерами) или с переносом веществ, имеющих значение для метаболизма, таких как серотонин, норадреналин, допамин и т. д. Воздействие химических препаратов, улучшающих настроение (тимолептиков) убеждает психиатров в том, что главным этиологическим фактором при депрессиях являются нарушения биохимического метаболизма в мозге, особенно при депрессиях «без причины» или при эндогенных депрессиях.

С другой стороны при депрессиях невротического или реактивного типа нередко слишком подчеркивается значение психогенных факторов и при этом забывается о существовании соматогенных факторов. Случается, что только дальнейшее течение болезни выявляет, что депрессивный невроз или реактивная депрессия на самом деле являются эндогенной депрессией, поскольку нередко эндогенная депрессия начинается как реактивная — так же как на патологическое колебание настроения может оказать влияние множество факторов невротического характера.

См. работы: 364, 507.

## **СТАБИЛЬНОСТЬ ПЕРВОЙ ФАЗЫ**

Представленные рассуждения по проблеме информационно-метаболизма по существу более гипотетические и имели целью облегчить лучшее понимание многообразия этиологических факторов депрессии. Непосредственность контактов с окружающей действительностью как внешней, так и внутренней среды, является отличительной чертой первой фазы ин-

формационного метаболизма и проявляется в том, что эмоциональный фон отличается высокой чувствительностью к влиянию обеих сред. Ни одна из них не может быть исключена из анализа этиологии. Настроение и эмоциональные установки формируются под влиянием случайных сочетаний множества различных этиологических факторов. Их точная оценка не всегда возможна. Первой фазой информационного метаболизма или эмоциональным фоном нашего состояния мы оказываемся связаны с внутренним состоянием организма и с тем, что окружает нас. Без этого фона мы бы оказались в пустоте.

Шизофренический аутизм в значительной мере связан с изоляцией эмоционального фона от действительности внешнего мира. Эмоциональная жизнь при шизофрении подчиняется своим законам, не зависящим в известной степени от влияния извне; отсюда проистекает ее отрыв от реальной ситуации, что вызывает у окружающих ощущение странности и чужачества наблюдаемых эмоциональных реакций (*Praxogefuhl*). Осцилляции эмоционального фона становятся внезапными, бурными, хаотичными, непредвиденными.

При циклофрении непосредственность контактов с действительностью как внешней, так и внутренней не нарушается; патология связана с чрезмерно высокой амплитудой колебаний эмоционального фона. Стабильность первой фазы информационного метаболизма оказывается нарушенной вследствие превышения допустимого среднего уровня при изменениях колорита. Воспользовавшись упрощенным сравнением, мы можем увидеть, что это происходит так, как если бы мы слишком сильно отклонили маятник часов. Состояние равновесия между эмоциональными состояниями разной полярности (приятным и неприятным) оказывается нарушенным. Характерные осцилляции эмоционального фона заменяются патологической стабильностью одного колорита: черного при депрессии и яркого при мании. Стабилизируются также эмоциональные установки.

Закрепление отрицательных эмоциональных установок является типичным для неврозов. Свойственная им статичность, неизменность эмоционального фона приближают неврозы к болезням циклофренического круга в смысле патологического изменения эмоциональных установок («запекание чувств»), от которых тяжело вернуться к равновесию изменений настроения и чувств.

Невозможность возвращения к настроению и чувствам с противоположным знаком проявляется в том, что эмоциональ-

ный колорит приобретает знак бесконечности. В состоянии депрессии больные испытывают ощущение, что жизнь им никогда уже больше не улыбнется, и что всегда в их жизни царил мрак. Темнота депрессии охватывает и прошлое и будущее. Как уже отмечалось, отличительной чертой эмоционального колорита становится тенденция к приобретению «знака бесконечности» («вечно идет дождь»), что вероятно связано с необходимостью стабилизации фона. Фон должен быть относительно стабильным, на его основе происходит изменение формы. Первая фаза информационного метаболизма, образуя фон для разнородных и по своей сути очень динамичных моделей второй фазы, должна быть по отношению к ним более стабильной. Необходимость стабильности вступает в противоречие с постоянством осцилляций, характерных для эмоционального фона. Отсюда, вероятно, происходит иллюзорное ощущение того, что настроение и чувства становятся «вечными».

При патологических отклонениях состояния эмоционального фона, являющихся отличительной чертой депрессии, статичность перестает быть иллюзией и становится действительностью: человек уже фактически не может вернуться к противоположному настроению. Отсюда такое сильное ощущение «вечности» данного состояния.

В связи с этим, вероятно, нарушается восприятие течения времени. Если при шизофрении, особенно в простой или хронической форме, время становится «пустым» и субъективно воспринимается как быстро бегущее, а больные не испытывают оживления или тоски, то при депрессии, как правило, время «замедляется», и больной с утра не может дождаться вечернего отдыха, а ночью — света дня. Часы и минуты растягиваются до бесконечности. Очевидно, что усиливаются и страдания, связанные с ощущением «бесконечности».

При простой шизофрении доминирует пустота; если у больного возникает ощущение бесконечности своего состояния, то это бесконечность пустоты, в которой каждое мгновение равно вечности. В отличие от этого в состоянии депрессии бесконечность заполняется мраком эмоционального колорита; каждое мгновение в этой темноте становится запечатленной частицей вечности, и мгновение не может пройти, поскольку колорит остается неизменным.

Закрепление негативных эмоциональных установок, характерное для неврозов, также связано с нарушением принципа



изменчивости эмоционального колорита. Осцилляция эмоциональных установок на определенном отрезке времени (конфликтная ситуация, комплекс) выходит за пределы допустимых границ, амплитуда изменений становится слишком большой, не может наступить возвращение к противоположной фазе и на данном отрезке времени эмоциональной жизни воцаряется «знак вечности». Любая подобная ситуация, даже весьма отдаленно напоминающая первую, вызвавшую когда-то слишком сильные изменения эмоционального фона, активизирует данную патологию. Патологическая структура невроза становится затем постоянной чертой личности; отсюда нередко возникают трудности в том, чтобы отличить ее от психопатических аномалий личности (*character neurosis*, невротическая личность и т. д.).

## ХАОС ПЕРВОЙ ФАЗЫ

Отсутствие определенных пространственно-временных границ, а также отсутствие детерминизма в причинно-следственных отношениях не только придает первой фазе информационного метаболизма знак бесконечности, но также проявляется в том, что разные (нередко очень мелкие) темы возникают в причудливом сочетании в нашем сознании. Старые события проявляются в сочетании с сегодняшними, прошлое мешается с настоящим, близкие вещи с далекими, один предмет занимает место другого, отдельные предметы подвергаются «уплотнению» или наоборот — «расщеплению». Подобные эффекты особенно типичны для содержания сновидений, на что первым обратил внимание, пожалуй, еще Фрейд.

Тем не менее анализируя свои собственные эмоциональные отношения, мы также можем обнаружить подобные явления. Чувства, испытываемые когда-то к отцу, переносятся в старшем возрасте еще на кого-то; чувства, испытываемые к матери — на сексуального партнера; зависть, испытываемая в детстве к одному из членов семьи, проявляется в каждой новой ситуации соперничества; образы определенных людей, к которым испытывались отрицательные чувства, соединяются в одном вымышленном лице, заранее вызывающем осуждение из-за его сходства с человеком, ставшим причиной неприятных эмоций. В одном и том же человеке обнаруживаются два противоположных образа: одному из них свойственны положи-

тельные черты, а второму — отрицательные, напоминающие какую-то неприятную личность из далекого прошлого и т. д. В подобной ситуации неразличимости легко может наступить хаос в нашей эмоционально-чувственной жизни.

## ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ОБЕИХ ФАЗ

Не следует, однако, забывать о принципе единства противоположностей. Выделение первой и второй фаз информационного метаболизма, формы и фона, несмотря на особенности задач и отдельных механизмов функционирования в каждой фазе, тесно связаны друг с другом. Влияние первой фазы на вторую является доминирующим. Благодаря осцилляциям эмоционального фона и непосредственным контактам с внешней и внутренней средой организма во второй фазе не происходит закрепления стереотипов восприятия действительности и поведенческих реакций на нее; модели действительности постоянно изменяются и дополняются (вследствие установления контактов с окружающей действительностью во второй фазе) ранее опущенными фрагментами первой фазы, поскольку для последней характерна большая протяженность плоскости взаимодействия с окружающей действительностью (знак бесконечности).

В отличие от этого вторая фаза оказывает организующее влияние на первую фазу, устанавливая определенный порядок в хаосе эмоционального фона, утверждая в нем определенные нормы стремится передать ей собственный пространственно-временной и причинно-следственный порядок. В значительной мере под влиянием второй фазы устанавливается своеобразный «душевный лад». В известной степени именно на подобном наведении порядка основываются наши психотерапевтические усилия.

Несмотря на то, что решения, относящиеся к эмоциональному фону, принимаются в подсознании, и мы не можем волевым порядком воздействовать на них, тем не менее осознанные усилия по упорядочению эмоциональной жизни не являются напрасными. Процессы второй (сознательной) фазы информационного метаболизма находят свое отражение в первой фазе (бессознательной). Действительно, человеческая деятельность — как основанная на внешнем движении — обращена прежде всего в сторону внешнего мира, однако это не

означает, что человек не может оказать влияние на процессы внутреннего мира. Более того, как учит опыт йогов и гипнотерапии, можно усилием собственной воли или гипнотизера повлиять на функции, обычно не управляемые нашей волей, например, на вегетативные функции, а также можно оказать влияние на восстановление забытых и далеких воспоминаний, формирование определенных эмоциональных установок, настроения и т. д.

## **«УПОРЯДОЧЕНИЕ» ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ЖИЗНИ**

### **Индивидуальное**

Наша культура, начиная с эпохи Возрождения, была обращена преимущественно в сторону окружающего мира и на его завоевание. Однако это не значит, что при более «интровертном» отношении не могут появиться возможности лучшего, чем у представителей нашей цивилизации, управления процессами, обычно не зависящими от нашей воли и прежде всего нашей эмоциональной жизни. Упорядочивающее воздействие второй фазы информационного метаболизма на первую не является непосредственным, таким образом невозможно «приказать» себе испытывать те или иные чувства, находиться в том или ином настроении.

Попытки повлиять усилием воли на эмоциональный фон заканчиваются, как правило, фиаско и часто вызывают эффект противоположный задуманному. Если человека принуждают к веселью, то это означает, что он только надевает веселую маску, оставаясь печальным, и это обычно еще более усугубляет его печаль, поскольку собственное бессилие изменить эмоциональный колорит усиливает ощущение беспомощности, отвращение к самому себе и т. д. Невозможно «заставить» себя полюбить какого-то человека: такие попытки часто заканчиваются еще более сильными отрицательными чувствами.

В то же время такое воздействие может быть опосредованным. Установление в первой фазе информационного метаболизма определенного порядка возможно волевым порядком, поскольку решение в этой фазе принимается в области сознания. Таким образом, эти решения являются волевыми и, кроме того, повышенное внимание к собственной внутренней жизни помогает сформировать определенную логичную модель внут-

ренной жизни. Эта модель может не соответствовать реальному образу эмоциональной жизни, то есть тому, что происходит в первой фазе, но является его известным приближением и в определенной степени «идеалом» этой жизни. Такой порядок передается опосредованно бурному течению второй фазы и со временем может сгладить ее осцилляции.

## Коллективное

Как модели действительности, относящиеся к взаимодействию человека с внешним миром, не являются исключительно личным делом индивидуума, поскольку человек получает многие модели уже готовыми, включая те, что создавались нередко на протяжении веков общественной группой, в которой он живет (язык, модели культуры), так и модели, относящиеся к внутреннему миру и прежде всего к эмоциональному колориту, являются одновременно и индивидуальными, и коллективными. В каждой культуре существует определенный способ «обращения» с настроением и чувствами людей. Разного рода церемонии, ритуалы, праздники, трансцендентные системы («*sacrosanotum*»), войны и т. д. служат для снятия эмоциональной напряженности в границах, допускаемых обществом. По крайней мере в определенной степени гармония чувств субъектов данной культуры и их способность наслаждаться жизнью зависит от социальных систем, регламентирующих эмоциональную жизнь индивидуумов, принадлежащих к данной социальной группе.

Представляется, что организующая сила коллективного воздействия намного эффективнее, чем индивидуального. Для группы характерен эффект иррадиации эмоциональных установок и настроения, усиливающий те чувства и настроения, которые в данный момент получают одобрение группы. Кроме того, в группе, в которой эмоциональные связи сильны, легче проявить свои чувства и настроения. Чувства отдельного человека находят отклик у других членов группы, и ему не угрожает одиночество во время переживаний своих эмоциональных состояний или невозможность их манифестации. Проявление чувств и настроения — в смысле возможности их манифестации (то есть возможности обнаружить свой гнев, страх, любовь, ненависть, печаль, радость и т. д.) — очищает эмоциональную атмосферу: отношения между членами группы

становятся более сильными и естественными. А фальшь, необходимость носить маску создают атмосферу недоверия, порой напоминающую атмосферу бреда. Тот факт, что «Мы», как правило, сильнее чем «Я», также является причиной того, что сила коллективного организующего влияния превосходит влияние отдельной личности.

## **Ложная интеллектуализация в психотерапии**

С точки зрения психотерапии значение групповых связей, возможности опереться на другого человека, найти у него взаимопонимание и определенную способность к сопереживанию играют очень важную роль. Сущностью как групповой, так и индивидуальной психотерапии, является наличие эмоциональной связи, когда «Я» усиливается поддержкой «Мы». Несомненным заблуждением, сохранившимся во многих направлениях психотерапии, особенно близких к психоаналитическому, является излишняя «интеллектуализация» процессов эмоциональной жизни или перенесение законов второй фазы информационного метаболизма на первую.

В известной степени это связано с детерминистскими взглядами творца теории психоанализа Фрейда. Он, живший в эпоху бурных успехов человеческой мысли, все явления эмоциональной жизни человека пытался поместить в жесткие границы причинно-следственных отношений, исходя из того, что ничего не происходит без понятной причины. Сегодня мы более скептически относимся к нашим способностям познания, и, в частности, отдаем себе отчет в том, что установить логический, причинно-следственный порядок явлений, происходящих в нашей эмоциональной жизни, очень трудно, а иногда и невозможно.

«Интеллектуализация» эмоциональной жизни или перенесение закономерностей, свойственных второй фазе, на первую приводит к появлению формальных и искусственных моделей эмоциональной жизни, которые отражают некоторые реалии действительности, но как правило, производят на читателя впечатление излишней упрощенности и притягивания фактов к готовым теориям. Таких моделей, как известно, возникло очень много и в свое время сторонники различных психиатрических школ вели между собой яростную борьбу, пытаясь доказать исключительную справедливость своих теорий. Безу-

ловно, влияние людей друг на друга очень велико, но не всегда его можно описать причинно-следственными связями, как это хотели бы сделать некоторые психотерапевты во всеоружии своих логических систем эмоциональной жизни.

Вопреки кажущимся представлениям взаимное влияние людей друг на друга в более явном виде обнаруживается в первой фазе информационного метаболизма, а не во второй. На первый взгляд может показаться, что вторая фаза, отличающаяся рационализмом, более подвержена такому влиянию. Так должно быть, но в действительности наблюдается нечто противоположное.

Стоит прислушаться к какой-либо дискуссии. Нередко взгляды двух антагонистов очень близки и минимальные усилия доброй воли могли бы привести к согласию, но до этого не доходит, поскольку каждый из них старается привести еще более убедительные аргументы для усиления своей позиции. Однако эти аргументы, несмотря на их логичность, вместо того, чтобы убедить противника, еще более усиливают его сопротивление и остроту дискуссии, поскольку по мере продолжения дискуссии усиливается его неприязнь к оппоненту.

Эмоциональный фон, то есть первая фаза информационного метаболизма, определяет направленность процессов второй фазы. Если отношение к оппоненту является отрицательным, то обычно ему не помогут даже самые убедительные аргументы, поскольку «эмоции ослепляют» и не позволяют разглядеть те модели действительности, которые находятся в диссонансе с его эмоциональным фоном. Поэтому в психотерапии убеждения и советы, даже самые мудрые и справедливые, не воспринимаются больным, если в его отношениях к врачу отсутствуют соответствующие эмоциональные установки.

Во врачебной практике — и не только в психиатрической, но и во всех других областях медицины — значение эмоционального контакта с врачом, а также с медицинской сестрой, нередко оказывается решающим при проведении курса лечения. В эпоху научно-технической медицины такое влияние часто недооценивается. А ведь именно от характера отношений врача и медсестры к больному зависит его вера в возможность излечения, его психическое самочувствие, которое, в свою очередь, отражается на его физическом состоянии и способности мобилизовать организм на борьбу с болезнью и т. д.

До сих пор, правда, не установлено, на чем основано это мобилизующее влияние врача или медицинской сестры, и

какие факторы играют здесь решающую роль. Усилия психотерапевтов сосредоточены на формировании причинно-следственных схем (не всегда точных и справедливых) возникновения невротических установок больного и на попытках управления его эмоциональной жизнью. А проблема установления эмоционального контакта и неосознанного влияния человека на человека, как представляется наиболее существенная для психотерапии, остается вне сферы научных исследований.

Почему среди одних людей мы чувствуем себя хорошо, у нас уменьшается эмоциональная напряженность, улучшается настроение, повышается уверенность в себе и собственных силах и т. д. И наоборот, среди других людей эмоциональное напряжение возрастает, мы испытываем беспокойство, скованность, надеваем на себя маску, теряем уверенность в себе, наши чувства становятся все более хаотичными и т. д.? Само присутствие некоторых людей действует успокаивающе, их уверенность и внутренняя организованность как будто передаются окружающим, а присутствие других людей вызывает напряжение и беспокойство. Предполагается, что научные изыскания в психотерапии следовало бы начать с анализа упомянутых выше факторов мобилизующего воздействия на больного, имеющих значение как для психиатрии, так и для других областей медицины. В этом смысле каждый врач должен быть психотерапевтом. Такого рода психотерапия особенно необходима при лечении депрессии.

См. работу 369.

## **Психотерапия при депрессии**

Многие психиатры считают, что психотерапия при депрессиях, особенно эндогенного типа, в остром периоде болезни бессмысленна и даже вредна. Такое мнение справедливо с точки зрения на психотерапию некоторых так называемых психотерапевтических школ, а не с точки зрения обычных человеческих отношений. При депрессии трудно анализировать переживания больного и отыскать причины его печали, страха, неверия в себя, безнадежности и открыть перед ним перспективы лучшей, радостной жизни и т. д. Во время глубокой депрессии у больного нет сил даже говорить о себе, а тем более анализировать свое прошлое, ему нередко тяжело выдавить из себя слово. Он не верит уговорам врача, поскольку тот является

человеком из другого мира — мира света, в то время как сам больной находится на дне темной бездны. И в то же время ему необходим другой человек, само его присутствие, его тихое сочувствие, ощущение безопасности, которое приходит вместе с ним, ощущение того, что он хочет понять больного и разделить его страдания. Ему необходимо спокойствие, которое он несет с собой, и его внутренний порядок, передающийся больному.

Несомненно, что важную роль здесь играют черты личности врача или медицинской сестры, требующие с их стороны определенной работы над собой. Звучит это несколько нравоучительно, но в психиатрии кроме работы с больным необходим постоянный труд над самим собой. В этом отдавал отчет еще Фрейд, требовавший от adeптов психоанализа длительной подготовки в форме самоанализа. Еще яснее эту проблему понимали представители так называемой «примитивной» медицины, у которых кандидат на звание врача-колдуна должен был пройти длительное обучение и перенести многие лишения. Вероятно, что благодаря этому они достигали необходимой внутренней дисциплины не знакомой другим членам данной социальной группы. Таким образом, они приобретали над остальными определенного рода преимущество и большую внутреннюю силу.

Очевидно, что само общение с больным вынуждает врача или медицинскую сестру принимать определенные эмоциональные установки, необходимые для поддержания с ним отношений, таких как участливость, доброжелательность, чувство ответственности, определенная ласковость в соединении с заботливостью и т. д. В то же время необходимо выработать в себе еще многие другие черты характера, а также привести в порядок свои эмоциональные установки, избавиться от отрицательных, постараться понять больного и его переживания и т. д.

Во время глубокой депрессии не рекомендуется вести с больным долгие беседы, разговор его утомляет, нередко он не в состоянии вымолвить ни слова, часто упреки врача усиливают у него чувство вины. В то же время очень важно, чтобы больной чувствовал присутствие врача, благодаря этому он ощущает себя в большей безопасности, как будто в уголке материнской среды. Человек, находящийся рядом с ним и сопереживающий его страдания, становится для больного светом надежды во мраке его депрессии.



Во мраке, окутавшем мир больного, он остается один в своих страданиях. Его раздражает даже светлый колорит жизни, человеческая радость и улыбки. Люди в свою очередь чураются печального человека, им хотелось бы, чтобы и он улыбался, и они без сочувствия смотрят на его лицо, искаженное страданием и печалью; печаль другого человека зазорительна, и люди ищут от нее спасения. Они пытаются отыскать причины печали больного и узнать те грехи, из-за которых он теперь страдает, и поступают так, как поступали когда-то друзья Иова. Таким образом, возникает свойственный депрессии аутизм.

Но это еще не настоящий аутизм, встречающийся в шизофрении, где происходит нарушение отношений с социальной средой. При депрессии сохраняется основное свойство первой фазы информационного метаболизма — непосредственность связей с окружающим миром. Человеку во время депрессии необходим эмоциональный контакт с окружающим миром и прежде всего с другими людьми, но из-за пониженного настроения такие контакты затруднены. Тем болезненнее воспринимается их отсутствие. Люди часто вызывают у него раздражение, но без них он не может. Потребность контакта с окружающим миром еще более обостряет неприятное ощущение больным одиночества в темноте печали.

Поэтому сознание того, что рядом с ним есть человек, проявляющий искреннее участие, крайне благоприятно для больного. Пусть даже этот человек ничего не говорит, не пытается его утешить, а тем более развеселить, поскольку такие попытки вызывают у больного еще большую депрессию. Например, вполне справедливое замечание о том, что все люди время от времени испытывают депрессию и каким-либо образом выходят из нее, у больного вызывает только чувство вины, поскольку, наверное, другие люди лучше его, раз им удастся победить свою печаль, а ему нет.

Попытки «расшевелить» больного, возбудить его активность, увлечь дружеским весельем, просто развеселить его и т. д. обычно терпят фиаско: больной впадает в панику. Он трагически ощущает собственную недееспособность, его болезненно ранит смех других людей, при этом усиливается чувство вины за то, что он такой. То, в чем сейчас нуждается в действительности больной, не имеет отношения к призывам мобилизовать себя или обратить внимание на светлые стороны жизни. Ему необходимо дать ощущение безопасности, ощущение

ние того, что он не одинок, что рядом с ним кто-то есть, что на кого-то он может опереться. Таким образом, у него сохраняются отношения с окружающим миром. Такой человек защищен большого от ощущения абсолютного одиночества, возникающего у него в сумерках депрессии.

При депрессии нередко наблюдается повышенная обостренность восприятия контактов с окружающим миром. То, что обычно не доходит до сознания, при депрессии воспринимается обостренно, превращаясь зачастую в источник тягостных размышлений. Иногда какое-нибудь невинное слово, жест, улыбка, на которую в обычном состоянии он не обратил бы и внимания, при депрессии становится болезненной травмой, усугубляет чувство вины или задевает давнишние комплексы. Вследствие того, что весь мир при депрессии погружается во тьму, каждый контакт с ним становится болезненным. Темнота как будто влечет человека к себе, вбирает его в себя. Он не может сохранить в отношениях с ней необходимую дистанцию, которая возможна при меньшей и незаметной амплитуде осцилляции колорита, поскольку такая дистанция устанавливается только с ощущением изменчивости и сознания того, что вслед за мраком ночи наступит свет дня, когда темные и светлые краски свободно смешиваются друг с другом.

Знак бесконечности, которым отмечена темнота депрессии (темнота не имеет границ), соединяется с характерным для депрессии ощущением безнадежности. Ничто уже не может измениться. Поэтому часто только смерть представляется единственным выходом и возможностью сбежать от мучений этого мира.

См. работу 82.

## САМОУБИЙСТВО

Самоубийство является одной из наиболее опасных и трудных проблем при депрессивных комплексах. Обязанностью врача является предвидение опасности самоубийства и его предотвращение. Оба этих требования отличаются необыкновенной трудностью и во многих случаях их невозможно осуществить. Кильхольц дает следующие практические рекомендации для оценки степени риска самоубийства.

*А. Факторы, связанные непосредственно с самоубийством.*

1. Ранее отмеченные случаи самоубийства в семье или в ближайшем окружении (суггестивные факторы).
2. Ранее отмеченные попытки самоубийства у пациента, прямые или косвенные намерения покончить жизнь самоубийством.
3. Мысли о конкретных способах самоубийства или необычное спокойствие («*unheimliche Ruhe*»).
4. Аутоагрессивные или катастрофические сны.

*В. Факторы, связанные с заболеванием.*

1. Начало или конец фазы депрессии, пограничное состояние.
2. Возбужденное состояние страха, скрытые аффекты и агрессивность.
3. Ощущение тяжелой вины и собственной ограниченности.
4. Период биологического кризиса (*pubertas, graviditas, puerperium, climax*).
5. Продолжительные нарушения сна.
6. Неизлечимая болезнь или фобия такой болезни.
7. Алкоголизм и токсикомания.

*С. Факторы среды.*

1. Неблагоприятные семейные отношения в раннем детстве (*broken home*).
2. Утрата или отсутствие первичных межличностных отношений (безответная любовь, разочарование в любви, одиночество, разрыв отношений с партнером).
3. Утрата работы, отсутствие жизненных целей, финансовые проблемы.
4. Отсутствие религиозных убеждений.

Лучшей профилактикой самоубийств Кильхольц считал установление «хороших эмоциональных контактов между больным в состоянии депрессии и лечащим врачом» («*Eine gute affektive Bindung der Depressiven an den behandelnden Arzt*», стр.13).

В молодости часто наблюдаются попытки самоубийства, а в старшем — их осуществление. Большинство авторов сходится во мнении, что существует большая разница между самоубийствами молодых людей и людей старшего возраста. Статистика показывает, что у молодежи значительно преобладают попытки

самоубийства, в то время как у людей старшего возраста — осуществленные самоубийства. У молодых самоубийство является призывом о помощи, а у пожилых — мольбой о смерти. Очевидно, что иногда «призывы о помощи» заканчиваются смертью. Такое случается даже во время откровенно демонстративных («истерических») попыток самоубийства.

Такое принципиальное различие между самоубийствами молодых людей и людей старшего возраста указывает на различия в их восприятии будущего. Несмотря на темный колорит, будущее для молодых людей никогда не представляется совершенно безнадежным. Пусть безнадежность остро воспринимается ими в сознании, однако в подсознании, благодаря неистребимой «жизненной силе», юношескому «*elan vital*», молодежь не верит в смерть. Смерть для нее как бы не существует. Смерть — это мимолетный сон (впрочем, дети нередко пугают эти понятия), после которого человек вновь пробудится к жизни.

В сознании они, безусловно, хорошо отдают себе отчет в том, что такое смерть (в то время как у ребенка осознанное восприятие смерти еще не сформировалось). Но где-то глубоко, за пределами сознания у них сохраняется жажда жизни. Это своеобразный биологический оптимизм, который с возрастом ослабевает, а к старости исчезает совсем. В старости нередко наблюдается противоположная картина: человек сознательно не принимает факта смерти, живет так, как будто ему по-прежнему несколько десятков лет. И пусть жить ему осталось, быть может, несколько лет или даже месяцев, он беспокоится о будущем, о том, как ему дальше жить, опасается нужды, якобы грозящей ему в будущем (бред нищеты типичен для старшего возраста) и т. д., хотя в подсознании жить он уже не хочет.

См. работы: 48, 88, 89, 129, 279, 311, 366, 376, 395, 414, 415, 431, 446, 511, 531, 539, 573, 608, 615, 622, 631, 636, 663, 702.

## **НАДЕЖДА (БЕССМЕРТНОСТЬ ЖИЗНИ)**

Представляется, что проблема этой биологической, существующей скорее где-то вне пределов нашего сознания веры в жизнь, веры в свое бессмертие, играет большое значение в терапии соматических заболеваний. Практикующим врачам достаточно хорошо известно состояние «утраты сопротивляемости организма», которое нередко трудно объяснить какими-

либо объективными показаниями, или наоборот — случаи неожиданных выздоровлений вопреки объективным показателям. Поэтому представляется, что психотерапевтические способности, в основе которых лежит возможность мобилизации «биологической» надежды у пациента, должны быть присущи любому врачу, а не только психиатру. Подобное воздействие, вероятно, является причиной хорошо известного явления, когда одни и те же лечебные методы в руках одного врача дают замечательные результаты, а в руках другого — незначительные или вовсе никаких. Упоминалось уже о том, что случаи смерти с неустановленной этиологией («Voodoo death») являются, по мнению современных авторов, следствием полной утраты надежды. По всей видимости мы сталкиваемся здесь с подсознательной надеждой в бессмертие жизни.

С биологической точки зрения жизнь бессмертна, она не может погибнуть, поскольку свойством жизни является способность к размножению и наследованию генетического плана. Для человека кроме биологического бессмертия существует еще и бессмертие культуры — *non omnis moriar* (культурное и социальное наследие, то есть передача из поколения в поколение определенных готовых моделей мышления, эмоционального восприятия и поведения), а также метафизическое бессмертие (вера в загробную жизнь, в рай, возможность соединения с божеством после смерти и т. д.). Черный колорит депрессии может заслонить эту веру и обязанностью врача является по мере собственных возможностей поддержать ее. С этой точки зрения психотерапевтический подход при лечении депрессии должен быть аналогичен подходу к больному, страдающему тяжелым соматическим заболеванием, и соответствовать тому, что Кильхольц назвал «хорошим эмоциональным контактом».

Пространственно-временная бесконечность первой фазы информационного метаболизма проявляется в том, что не связанные друг с другом события соединяются в одно целое — первичный образ окружающей действительности. Таким образом, например, происходит соединение образов только что увиденного цветка и его запаха с когда-либо и где-либо увиденными другими цветами. В зависимости от полярности эмоций, связанных с этими образами, воздействие раздражителя вызывает активацию установки «к» или «от», улучшает наше настроение или его ухудшает. Бесконечность времени поглощает и прошлое и будущее.

Неизвестно, в какой степени справедлива юнговская концепция архетипов, но несомненно, что в сновидениях часто обнаруживаются образы, не имеющие отношения к индивидуальному жизненному опыту индивидуума. Собственно говоря, мы не знаем, откуда они возникают, и не исключено, что человек в сновидениях переходит за точку отсчета своего онтогенетического развития и вступает в область филогенетического развития, причем уже не отдельного индивидуума, но всего человеческого рода. Таким образом, прошлое каждого человека не является его исключительной собственностью, а является достоянием всего человечества. Чудовища, резня, войны, каннибализм и другие подобные образы, нередко становящиеся содержанием ночных кошмаров, могут быть выражением предыстории человека. Все это, безусловно, гипотезы, которые трудно проверить, и которые воспринимаются скорее как фантастические предположения. С биологической точки зрения жизнь постоянна и бесконечна, у нее отсутствует фиксированное начало и конец, и может быть, именно феномен архетипов является субъективным выражением ее временной протяженности применительно к проекции в прошлое.

Быть может нагляднее у людей и у животных обнаруживается способность проекции в будущее. Речь идет о возможности предвидения будущего, различных формах «ясновидения», интуиции и т. д. Общеизвестно, что животные обладают способностью предугадывать различные погодные явления, имеющие для них жизненное значение, например, суровые зимы, землетрясения и т. д. Очевидно, что они обладают способностью ориентироваться, используя различные признаки приближающейся катастрофы, незаметные для нас и очевидные для них. Тем не менее будущее не воспринимается ими как что-то совершенно новое, оно не закрыто для них непроницаемой стеной, часто они предчувствуют не только свою смерть, но и смерть своих хозяев.

И человеку не стоит проходить равнодушно мимо того, что до сих пор не получило объяснения: способности видеть будущее, «пророческих снов» и т. д. Неизвестно, не относится ли явление метеоропатии, которой подвержены многие люди и особенно психастеники, к явлениям этого типа.

Вторая фаза информационного метаболизма имеет определенные пространственно-временные границы и причинно-следственные связи. Этот своеобразный пространственно-временной каркас находится глубоко в нашем сознании. Как уже

подчеркивалось, такой порядок в значительной мере связан с характером нашей деятельности в окружающем нас мире. Неизвестно, существуют ли в природе и насколько обязательны категории пространства и времени, свойственные второй фазе информационного метаболизма, то есть процессам сознания и мышления. Если понятие «пространство-время» считать справедливым, то может быть для нас будет более понятна гипотетическая возможность перемещения во времени аналогично перемещению в пространстве.

Биологическое бессмертие связано с тем, что жизнь не имеет фиксированного начала и конца. Смерть является только одной из фаз этого процесса — противофазой процесса негативной энтропии (или процесса развития). Обе фазы негативной (разложения, дезинтеграции) и позитивной энтропии сопутствуют друг другу и образуют то, что мы называем жизнью. В образе действительности, существующем в нашем сознании, и мыслительных процессах (вторая фаза информационного метаболизма), жизнь имеет свои определенные границы. Она начинается с момента рождения или (как это принимается в некоторых культурах) с момента зачатия (например, японцы ведут отсчет своего возраста с этого мгновения) и заканчивается мгновением смерти. Однако в образе действительности на уровне чувств и интуиции (первая фаза информационного метаболизма) границы нашей жизни не обозначены с такой строгостью. Прошлое простирается далеко за начало нашей жизни. В наших жилах течет «кровь наших предков», мы являемся «их частицей», а из нашего семени вырастают новые поколения. Древность происхождения этого наблюдения подтверждается следующей цитатой: «...и умножая умножу семя твое, как звезды небесные и как песок на берегу моря...и поставлю завет Мой между Мною и тобою и между потомками твоими после тебя в роды их, завет вечный в том, что Я буду Богом твоим и потомков твоих после тебя... Обрезывайте крайнюю плоть вашу: и сие будет знамением завета между Мною и вами». (Книга Бытия, 22:17, 17:7, 11).

Эта биологическая непрерывность бытия находит свое отражение в социальной и культурной непрерывности. За нами всегда есть традиция, а перед нами то, что мы принесли с собой в культурную и социальную жизнь, и что в будущем — по крайней мере в наших надеждах — будет развиваться дальше. Еще более наглядно непрерывность времени обнару-

живается практически во всех религиозных системах; в каждой из них есть свои традиции, определяющие место человека и определенную концепцию будущего. Каждая система, таким образом, отвечает на тревожащий сознание вопрос: «Откуда я пришел и к чему стремлюсь?»

См. работы: 349, 551, 661

## ОДИНОЧЕСТВО

Депрессивный климат нашей эпохи, между прочим, объясняется стремительным разрушением прежних социальных и культурных систем. Вследствие разрушения прежних структур оказалось поколеблено ощущение не только метафизической, культурной, социальной, но также и биологической непрерывности жизни. Человек оказался оторванным от традиций и прошлого. И вместе с этим пришло ощущение одиночества в пространстве, времени и в хаосе причинно-следственных связей. Вместо порядка в мире царят случай и законы статистики. Такое одиночество находится в противоречии с биологически обусловленным ощущением непрерывности жизни. Человек должен знать, откуда он пришел и куда направляется, поскольку такова его природа. Человека можно отнести к системам с самоуправлением, а они должны быть «запрограммированы» (то есть иметь будущее) и свою память (традиции). Одиночество противоречит природе человека и вообще всех живых существ.

Одиночество современного человека относится не только к категории времени, но и к категории пространства; он не чувствует общности с другими людьми и природой, изолирован от них. От контактов с природой его изолирует техническая среда, а от живых эмоциональных отношений с людьми — необходимость носить маску, связанная с избыточной напряженностью и сложностью человеческих отношений. В хаосе взаимоисключающих явлений человек оказывается не в состоянии уяснить для себя причинно-следственные связи; в его мире царит хаос, перед которым он чувствует себя бессильным; он оказывается не в состоянии реализовать в нем собственные модели действительности (существенный элемент второй фазы информационного метаболизма). Принимая во внимание сложность социально-экономических отношений (например, коллективный характер производства), а также различные формы



социальной зависимости, современный человек перемещается в своем окружении как в смоле (с высоким коэффициентом вязкости социальной среды). Любая попытка реализации собственных замыслов встречает такое сильное сопротивление, что легче принять к руководству установку потребительского отношения к жизни и вообще отказаться от творческого отношения к ней.

См. работу 401.

## СЕЛЕКЦИЯ ИНФОРМАЦИИ

Одной из основных задач деятельности нервной системы является селекция информации. Из сигналов, достигающих рецепторов организма, воспринимающих внутреннее раздражение среды (интероцепторов) и внешней среды (экстероцепторов) только незначительная часть преобразуется в полезную информацию (доходит до нашего сознания). Большая часть информации задерживается на нижних уровнях интеграции нервной системы. Это не означает, что информация теряется; она где-то сохраняется нервной системой, может вызвать различные реакции организма и активизироваться позднее. Если мы воздействуем на органы чувств человека (те же самые результаты могут быть получены на животных, но трудность заключается в установлении, когда данный процесс начинает восприниматься сознанием) каким-либо повторяющимся раздражителем, например, световым импульсом или звуковым сигналом, то при определенном числе повторений может обнаружиться, что часть из них испытуемый не замечает. Они не воспринимаются сознанием. Тем не менее, несмотря на то что сознанием эта информация не воспринимается, наблюдателями регистрируются определенные моторные реакции (например, движение головы или руки), а также вегетативные реакции (например, изменение проводимости кожного покрова — кожно-гальванический эффект).

Давно уже известен эксперимент, суть которого заключается в том, что испытуемому человеку предлагается войти в помещение и запомнить как можно больше различных предметов. Обычно человек в состоянии запомнить несколько десятков предметов. Если после этого ввести его в состояние гипнотического транса и повторить задание, то он может запомнить и перечислить намного больше предметов, нередко несколько

десятков, потому что в состоянии гипноза оказывается доступной информация, которая в нормальном состоянии находится в подсознании.

Хорошо известны также эксперименты с раздражителями интенсивностью ниже порога чувствительности, которые обычно не воспринимаются нашим сознанием (например, демонстрация зрительных образов с экспозицией в доли секунды, не позволяющей их рассмотреть). Тем не менее, такие раздражители, невоспринимаемые сознанием, оказывают влияние на мотивацию поведения (например, реклама с малым временем экспозиции не воспринимается сознанием, но все же воздействует на человеческую психику). Последние годы предпринимаются попытки создания методик суггестивного обучения на уровне подсознания, например во время сна.

Нейрофизиологические данные, которыми мы располагаем в настоящее время, убедительно показывают, что в нервной системе часть сигналов ослабляется (нередко на самых низких уровнях интеграции), а часть — усиливается и задерживается во времени. Благодаря так называемой обратной связи (известно, что некоторые нейроны, соединяясь, образуют как бы круг, в котором поток нервных импульсов может теоретически циркулировать до бесконечности) информация в нервной системе может сохраняться намного дольше, чем действуют раздражители. Кроме того, благодаря синапсам возбуждения (деполяризационным) или синапсам торможения (гиперполяризационным) импульсы нервной системы могут как усиливаться, так и ослабляться. Таким способом образ действительности может подвергаться в организме различным модификациям, как в пространственно-временных измерениях, так и в своей модальности — по амплитуде.

В первой фазе информационного метаболизма площадь поверхности контакта организма с окружающей средой намного больше, чем во второй фазе (при отсутствии определенных границ и непосредственного контакта). Вследствие этого основные процессы селекции сигналов осуществляются в первой фазе. Здесь принимается решение о том, что должно дойти до сознания, а что остаться ниже его порога. Поэтому содержание наших переживаний, воспринимаемых сознанием, существенно зависит от настроения и чувств. В печали видится одно, а в радости другое; один и тот же человек воспринимается нами по-разному, когда мы смотрим на него в гневе или когда настроены к нему доброжелательно; у «страха глаза велики»;

«Звук ужасов в ушах его; среди мира идет на него губитель» (Книга Иова 15:21). Таким образом, первая фаза информационного метаболизма как фильтр не только меняет колорит мира, но также выполняет функцию селекции сигналов, сохраняя часть информации в подсознании, а часть передавая на уровень сознания.

При депрессии как сонные кошмары из небытия забвения возникают воспоминания о совершенных когда-то прегрешениях, проступках, мелких оплошностях, которые теперь воспринимаются в чудовищных формах. Больной не в состоянии поверить, что мир может быть другим, что в нем могут быть светлые уголки, что сам он не хуже других, тем более что не так давно он жил в таком мире. Яркий красочный мир, бывший недавно и его миром, перестал для него существовать, память о нем исчезла; больной не может поверить, что вообще возможно другое существование, кроме непрерывного страдания.

Интересным и характерным является «закрытие» области памяти, связанной с прошлым, как будто полностью исчезающей под влиянием напряженности эмоционального колорита. Больного невозможно убедить, что может быть иначе, что еще вчера многое виделось совсем в другом свете. Такие попытки внушения остаются без ответа. Настроение и эмоции ослепляют. Нельзя тем не менее утверждать, что деформация образа мира под влиянием глубокой печали не приносит больному никакой пользы. На поверхность черной бездны нередко поднимается то, что до сих пор оставалось укрытым: незамеченные ранее недостатки, нанесенные обиды, бессмысленность дел, и т. д. Иногда у больного открывается совсем другой, более глубокий взгляд на действительность. Впрочем, в глубине души всегда царит мрак.

См. работы: 147, 372, 373, 666.

## ДЕПРЕССИВНЫЙ «ДЕФЕКТ»

Вслед за Крепелином большинство психиатров до сих пор принимает, что если при шизофрении, как правило, наблюдаются изменения личности (что определяется техническим понятием «дефект»), то при циклофрении таких отклонений нет. Такие взгляды требуют определенной ревизии. В психиатрии очень часто в течение многих лет сохраняются взгляды,

существующие как бы в силу привычки, несмотря на то, что они вступают в противоречие с повседневным опытом. Нередко наблюдаются случаи шизофрении без «дефекта» и циклофрении с «дефектом». В последние годы уже официально говорится о депрессивном «дефекте».

Оказавшись в пекле депрессии очень трудно вернуть себе обычный колорит мира. Более темный колорит может стать постоянным; и уже никогда больше мир не станет таким красочными и светлым, каким он был перед болезнью, и сохранится тронутый серыми красками печали. Такое явление наблюдается у лиц, у которых депрессия наступила впервые в пожилом возрасте, когда жизненная активность в силу естественных обстоятельств ослабевает и трудно уже вернуться к тому, что было. Упомянутый механизм селекции сигналов первой фазы информационного метаболизма с возрастом как бы утрачивает свою эластичность; если колорит изменился, то уже тяжело вернуться к предыдущему состоянию. То же самое касается эмоциональных установок; у пожилых людей вообще чувства становятся более «жесткими». Если депрессия продолжается длительное время, и если велика частота рецидивов болезни, то в этом случае возвращение к нормальному колориту также затруднено; больной постоянно находится в суб-депрессивном настроении.

Помимо первичных факторов (эндогенных), вероятно связанных с нарушением равновесия процессов первой фазы информационного метаболизма — вследствие предельных отклонений амплитуды — и с уменьшением эластичности механизмов информационной селекции, существуют также вторичные факторы, затрудняющие возвращение нормального настроения к больному. Депрессия изолирует человека от обычных контактов. В острой фазе болезни она вообще делает его нетрудоспособным, вырывает из социальной жизни и изменяет его «автопортрет». Когда депрессия проходит, то нелегко восстановить утраченные отношения, снова получить работу. Часто нет уже прежней уверенности в себе, что-то в человеке изменяется, «ломается...».

Небезразлично отношение ближайшего окружения к больному. Окружающие также теряют веру в него, опасаются, что он снова может «сорваться»; человек, «отмеченный» психиатрическим диагнозом, вызывает обычно у других людей недоверие к себе и сомнение в его деловой надежности. Перед человеком, вышедшим из состояния депрессии, возникает

множество трудностей в отношениях с близкими и сослуживцами, усложняющие возвращение к нормальной жизни. Трудности эти не настолько велики, как у больных вышедших из состояния шизофрении, тем не менее, их достаточно для того, чтобы вызвать потемнение колорита жизни больного и лишить его радости жизни. При шизофрении отклонения от нормального состояния сильнее, чем при депрессии. Шизофренический больной вызывает обычно у окружающих страх, что еще более увеличивает пропасть между ним и его социальной средой, поэтому его возвращение к нормальной жизни сопряжено с теми же трудностями.

Упомянутый механизм селекции сигналов в первой фазе информационного метаболизма приводит к тому, что при депрессии возникают различного рода конфликтные ситуации, комплексы и т. д., которые при нормальных осцилляциях настроения не были заметны или проявлялись бы спорадически. Больной, перенесший депрессию, нередко в последующем страдает неврозом, который в свою очередь понижает его настроение и не позволяет ему вернуть себе нормальный колорит жизни.

У пожилых людей неожиданное изменение колорита и их большая амплитуда могут усугубить процессы органических изменений в нервной системе. Эта проблема еще недостаточно изучена, но представляется, что при длительных депрессиях у пожилых людей легче возникают психоорганические комплексы. При возникновении такого симптоматического комплекса определенное значение имеют вторичные факторы и прежде всего социальная изоляция, утрата веры в себя, бездеятельность и т. д. Общеизвестно, как часто выход на пенсию или иного рода изменения прежних жизненных стереотипов вызывают у пожилых людей быстро прогрессирующее дряхление.

Наконец, для предупреждения субдепрессивных состояний определенное значение имеет само лечение. Обычно лечение с применением антидепрессантов (тимолептиков) сочетается с применением нейролептиков. Применение последних связано прежде всего со снятием напряжения страха, в большинстве случаев сопутствующего депрессии. Нейролептики, как известно, вызывают ослабление жизненной активности. Воздействие различных препаратов неодинаково, например, наиболее эффективно применение резерпина, несколько ниже эффективность хлорпромазина, а тиоридазин даже улучшает настроение. Не исключено, что те же самые тимолептики, ослабляя напря-

женность депрессии, одновременно пролонгируют депрессивное состояние. Предполагается, что при их назначении течение депрессии намного спокойнее, но отличается большей продолжительностью в сравнении с тем, что наблюдается до химиотерапии. Мнения психиатров по этому вопросу противоречивы.

При хронической депрессии (субдепрессивный комплекс) очень важную роль играет психо- и социотерапия. Больной после выхода из острой фазы болезни должен как можно быстрее вернуться к своим обычным занятиям, что нередко приносит ему значительное облегчение. Окружающие должны проявить к такому человеку больше внимания, стараясь укрепить его веру в себя, терпеливо перенося его неумелость в работе или недостаток энергичности. Больной должен воспринимать свое окружение как опору, а не как сурового судью.

См. работы 103, 360, 432, 703, 705.

# ЛЕЧЕНИЕ

---

## ЭЛЕКТРОШОК

Первой революцией в лечении депрессивных комплексов стало внедрение в начале сороковых годов электрошока. Результаты действительно оказались очень хорошими. После нескольких разрядов — от восьми до десяти — у большинства пациентов наступало улучшение настроения и даже наблюдался переход в состояние легкого гипоманиакального возбуждения. К сожалению, лечение электрошоком не всегда давало положительные результаты; кроме того, оно сопряжено с риском повреждения позвоночника или смертельного исхода вследствие нарушения кровообращения. Случаи смерти при сеансах электрошока довольно редки, но, к сожалению, встречаются. Большинство больных испытывает страх перед потерей сознания от удара электрическим током, что также является отрицательной стороной шокотерапии. Применение электрошока при расслабленности мышц и в состоянии сна уменьшает влияние отрицательных факторов такого лечения, однако, оказывается не настолько эффективным, как лечение обычными методами электрошока и, кроме того, является достаточно хлопотливым. Поэтому врачи с радостью приветствовали появление лекарств-антидепрессантов.

Концепция лечения депрессивных комплексов электрошоком известна очень давно. Еще Фессал из Траллы (I в. н. э.) — придворный врач Нерона, знаменитый своей «мельницей дипломов» (с помощью которой он за деньги раздавал проходимцам врачебные дипломы), ввел понятие *metasyncrisis* или сильного потрясения с помощью каких-либо неожиданных эффектов: после такого потрясения больной возвращался в нормальное состояние.

Метод потрясения был популярен и в прошлом столетии. Применялась, например, так называемая «*surprise bath*» —

неожиданное погружение больного в ванну, как правило, с холодной водой, в которой его держали так долго, пока он не начинал задыхаться. Популярными были различного вида «центрифуги», частота оборотов у которых доходила до 100 об/мин; больного рвало, начиналось произвольное испражнение, кровотечение изо рта, носа и ушей; больные страшно боялись подобных экспериментов, как сейчас боятся электрошока. Со времен открытия электричества как в неврологии, так и в психиатрии применялись различные методы электрофизиотерапии; «*commotions electriques*» (электрический шок) рекомендовался Хиллом (1814) при лечении депрессии. В храмах Асклепия подобным способом лечили больных с помощью электрических ужей. Различного рода покачивания и кружения применялись при лечении психических заболеваний уже в древности.

Фессал из Траллы был известен своим зазнайством. Гиппократ он считал «грустным невеждой», а себя — «победителем всех врачей» (По Альтшулю). Заносчивость не чужда и современным психиатрам, горячим сторонникам собственных (а значит «лучших») методов лечения как соматических, так и психических заболеваний.

См. работы: 60, 73,77, 177, 187, 199, 249, 256, 291, 295, 296, 359, 459, 469, 506, 534, 635, 717.

## ТИМОЛЕПТИКИ

Применение лекарственных препаратов перорально или внутримышечно, безусловно, представляется более безопасным, чем лечение электрошоком. Хотя смертельные случаи известны также и при назначении тимолептиков. В частности, запрещено применение так называемых ингибиторов моноаминоксидазы (МАО), например, *Nialamide*, и трициклических антидепрессантов, например, *Melipramin*. Больные не боятся употребления таблеток или уколов. Противопоказаний при лечении антидепрессантами намного меньше, чем при применении электрошока.

Антидепрессанты (тимолептики) можно разделить на две группы, а именно — на так называемые ингибиторы МАО, например: *Isocarboxazide (Marplan)*, *Nialamide (Niamid)*, *Phenelzine (Nardil)*, и на так называемые трициклические антидепрессанты, не являющиеся ингибиторами МАО, например: *Imipra-*



*mine (Tofranil, Melipramin), Dibenzepine (Noveril), Chlorimipramine (Anafranil), Noxipitilin (Agedal), Amitriptyline (Saroten), Desimipramine (Pertofran), Nortriptyline (Nortrilen).*

Лучше известны фармакологические свойства применения ингибиторов МАО, в то же время их эффективность как антидепрессантов отличается меньшей надежностью в сравнении с трициклическими тимолептиками. Оценки терапевтической эффективности их применения, по мнению различных авторов, находятся в диапазоне от 0 до 65% (по Кильхольцу). Ингибиторы МАО связывают активность моноаминоксидазы — энзима, разлагающего амины головного мозга, например, норадреналин, адреналин, серотонин и допамин. Амины играют как прямую, так и косвенную роль в процессах передачи нервных импульсов. Связывание активности энзима МАО препятствует разложению аминов и тем самым увеличивает уровень их содержания в головном мозге.

Ингибиторы МАО являются производными изоникотиновой кислоты. Первым исследователем, обратившим внимание на их возбуждающее действие, был Бжезицкий. Из-за их токсичности они были недавно изъяты из торговли. Нередко их применение вызывает приступы повышенного давления и инсульты, вплоть до смертельного исхода.

Механизм фармакологического эффекта применения трициклических тимолептиков с точки зрения химического состава близких к нейролептикам (производным фенотиазина) представляется менее ясно, зато терапевтический эффект от их применения отличается большей надежностью. В целом предполагается, что они действуют антихолинергически или адренергически; их применение повышает уровень аминов головного мозга.

Давая оценку терапевтическим свойствам антидепрессантов, хотелось бы обратить внимание на влияние трех следующих факторов их применения: а) возбуждающее влияние, то есть снимающее заторможенность; б) влияние с эйфорическим эффектом, то есть улучшающее настроение; в) седативное воздействие, то есть снимающие беспокойство и напряжение страха (близкое по характеру воздействия тимолептикам и атарактикам). Кильхольц предлагает следующую практическую классификацию тимолептиков:

*А. Тимолептики с сильным возбуждающим эффектом:* ингибиторы МАО, например, *Isocarboxazide (Marplan), Nialamide (Niamid), Phenelzine (Nardil), Tranylcypromine (Parnate).*

**Б. Тимолептики с эйфорическим эффектом:**

1. Действующие возбуждающе: десимипрамин (*Pertofan, Norpramin, Nortriptyline*), *Noritren, Nortrilen, Sensival, Aventyl*;

2. Действующие возбуждающе-успокаивающе: *Imipramine (Tofranil), Dibenzepine (Noveril), Chlorimipramina (Anafranil), Noxiptilin (Agedal), Melitracen (Dixeran, Trausabun), Dimethacrin (Istonil)*;

3. Действующие седативно: *Amitryptiline (Saroten, Elavil, Laroxyl), Trimipramine (Stangyl, Surmontil)*.

**В. Нейролептики с тимолептическим компонентом (нейротимолептики):** *Thioridazine (Melleril), Chlorprothixene (Truxal, Tactan), Levomepromazine (Neurocil, Nozinan, Veractil), Opiramol (Insidon)*.

Следует всегда помнить об индивидуальной переносимости лекарств. Один и тот же антидепрессант может дать положительный результат у одного больного и оказаться неэффективным для другого. Кроме того, может наблюдаться эффект привыкания организма к данному лекарству. В начале может быть положительный результат на применение препарата, а позднее его эффективность может упасть до нуля. В таких случаях рекомендуется назначение другого лекарства. Иногда лекарство, ставшее неэффективным, спустя некоторое время вновь становится эффективным. Поэтому в психиатрической фармакотерапии постоянно пытаются применять те или иные лекарства. Лучше всего применять комбинированное лечение, сочетая несколько тимолептиков с нейролептиками. Очевидно, что такая полипрагмазия имеет многие недостатки, но в психиатрии она представляется неизбежной.

При выборе метода лечения следует руководствоваться этиологическими факторами, то есть учитывать, чем вызвана депрессия: соматическими причинами или психогенными. С чем связано это нарушение — с внутренней средой (энергетическим метаболизмом) или с внешней средой (информационным метаболизмом). В первом случае показаны соматические методы (электрошок, тимолептики), а во втором — психологические и социологические методы (психотерапия и социотерапия). Невозможно, однако, отделить один метод от другого, как невозможно отделить внутреннюю среду от внешней. Обычно не рекомендуется назначение электрошока и больших доз тимолептиков в случае психогенных депрессий.

Если депрессия становится хронической, то целесообразно иногда сменить метод лечения, перейти, например, от назначения больших доз тимолептиков к электрошоку. При субдепрессивных комплексах, также как и при невротических депрессиях, вместо тимолептиков лучше назначать атарактики. Иногда положительный эффект дает назначение инсулина и общеукрепляющих средств. Особой осторожности и опыта требует лечение депрессивных комплексов у людей в пожилом возрасте. Нередко у них наблюдаются парадоксальные реакции на нейролептики и тимолептики, например, реакцией на их большие дозы могут стать состояния возбуждения или упадка сил. Следует также помнить о соматогенных факторах, например, таким фактором, вызывающим или усугубляющим состояние депрессии, может быть нарушение кровообращения. Тогда применение тимолептиков бесполезно, а помогает строфантин. Депрессивные состояния могут быть также связаны с нехваткой витамина В<sub>12</sub>.

В последние годы вновь стало популярным применение при лечении депрессии и маниакальных комплексов давно уже известных солей лития. Их применение должно препятствовать рецидивам заболевания. При устойчивых депрессивных комплексах, не поддающихся лечению другими методами, в Соединенных Штатах Америки применяется лоботомия. Упомянувшиеся результаты исследований нейрофизиологов «центров» удовольствия и неудовольствия в обонятельном мозге склоняют некоторых психиатров на Западе к экспериментам по стимулированию соответствующих областей головного мозга с помощью имплантированных электродов в случае устойчивых депрессий, а также при устойчивых ананкастических комплексах.

Следует, тем не менее, критически отнестись к экспериментам по применению нейрохирургических методов в психиатрии и соблюдать в них предельную осторожность. Известно, какие трагические последствия связаны с волной энтузиазма по отношению к методу лоботомии при лечении шизофрении.

Кроме того, следует упомянуть попытки лечения депрессии с помощью бессонницы. Больным не позволяют спать в течение суток. Для этого метода получены положительные результаты в случаях эндогенной депрессии, как в ее начальных стадиях, так и в случаях не поддающихся лечению тимолептиками. В то же время при лечении невротических депрессий эффективность данного метода намного ниже и даже отмечены

случаи ухудшения состояния больного. У больных наблюдалось спазматическое повышение давления. Такой эффект наблюдался только при лечении больных эндогенной депрессией, но не в случае психопатической депрессии. По мнению авторов, эффект данного метода связан с компенсацией нарушений обмена катехоламинов в головном мозге, приводящих к дисфункции вегетативных центров и нарушению ритма сна и бодрствования.

Опираясь на наблюдения, позволившие установить, что эндогенные депрессии могут чередоваться с другими заболеваниями на фоне аллергии (мигрень, бронхиальная астма, язва 12-ти перстной кишки, язвенный колит, полиартрит), некоторые авторы (Gall) вызывали искусственно кожную аллергическую реакцию. В 50% случаев эндогенной депрессии им удалось получить положительные результаты. При невротических депрессиях, реактивных и симптоматических депрессиях улучшение состояния больного было незначительным или вообще не наблюдалось.

См. работы: 20, 25, 26, 36, 37, 46, 68, 118, 120, 123, 132, 140, 149, 168, 177, 183, 185, 188, 199, 205, 229, 238, 239, 254, 256, 277, 291, 292, 293, 295, 296, 330, 353, 354, 355, 381, 411, 413, 422, 424, 443, 458, 460, 469, 478, 506, 530, 538, 541, 556, 567, 669, 670, 674, 675, 676, 681, 688, 691, 717, 733.

О действии имипрамина и его производных см. работы: 3, 8, 27, 38, 45, 65, 117, 146, 172, 173, 174, 181, 232, 258, 268, 342, 343, 396, 445, 461, 571, 614, 624, 627, 659, 673, 718.

О действии ингибиторов моноаминоксидазы (МАО) см. работы: 76, 144, 221, 257, 288, 426, 612, 669.

О действии производных фенотиазина см. работы: 9, 30, 50, 62, 65, 67, 71, 100, 114, 116, 176, 269, 429, 468, 555, 626, 669, 681, 691, 695.

О действии атарактиков см. работы: 6, 10, 344, 466, 533.

О действии стимулирующих средств и луцидрила см. работы: 7, 110, 115, 392, 467, 611.

О применении солей лития см. работы: 35, 97, 152, 167, 280, 346, 416, 417, 463, 481, 503, 536, 554, 564, 565, 568, 583, 584, 601, 677.

О действии других препаратов при лечении депрессии см. работы: 15, 31, 66, 69, 70, 78, 102, 212, 327, 378, 496, 569, 570, 598, 625.

Об иных биологических методах см. работы: 178, 252, 470, 524, 529, 591, 645.

Об осложнениях при лечении депрессии см. работы: 28, 63, 93, 122, 189, 200, 226, 255, 266, 324, 325, 326, 331, 412, 419, 426, 428, 430, 554, 562, 599, 630, 692, 693, 694, 696, 728.

В возрастающем с каждым годом потоке публикаций, касающихся депрессии, чаще всего встречаются публикации, посвященные действию отдельных психофармакологических препаратов.

Невозможность охватить все возможные причины колебаний настроения приводит к тому, что патологические отклонения настроения приписываются чаще всего так называемым эндогенным факторам, то есть связанным с внутренним состоянием организма. И поэтому усилия врачей оказываются сосредоточенными на соматических методах лечения в соответствии с не совсем справедливым суждением: психогенные заболевания лечить психологическими и социологическими методами, а соматогенные — соматическими методами. При лечении депрессивных комплексов до сих пор несомненно не получила справедливой оценки роль психотерапии и социотерапии. При тяжелых депрессивных комплексах, когда больной находится в возбужденном состоянии страха или в состоянии заторможенности, когда ему трудно вымолвить слово, а мысли путаются («Дни мои прошли; думы мои — состояние сердца моего — разбиты». Кн. Иова 17:11), когда он видит перед собой только мрак преисподней без проблеска надежды, нелегко установить с ним вербальный контакт. Однако, может быть, в психиатрии такая форма контактов и не является самой важной.

Как уже упоминалось, больному не должен чувствовать себя одиноким; одиночество усиливает ощущение опасности и печали. Больному должен чувствовать рядом с собой присутствие близкого человека, знать, что он может на кого-то опереться, что он не предоставлен самому себе, что кто-то его понимает или по крайней мере хочет его понять, что кто-то может ему помочь и хоть немного, но все же принести облегчение его страданиям. В известной степени отношение врача к больному при глубокой депрессии должно быть подобным отношению к больному, страдающему тяжелым соматическим заболеванием. В подобных случаях врач также часто не в состоянии ему оказать существенную помощь и только старается облегчить его страдания. Но у больного есть ощущение, что кто-то находится рядом с ним, что он не одинок в своих мучениях, что кто-то ему действительно сочувствует, что ему оказывается профессиональная помощь; нередко одно только прикосновение врача или медицинской сестры приносит больному временное облегчение. Такое отношение врача мобилизует веру больного в его выздоровление, а это нередко играет в лечении болезни решающую роль.

Депрессивный больной должен испытывать ощущение, что в любое мгновение он может найти врача рядом с собой; это имеет такое же важное значение и при тяжелых соматических заболеваниях. Каждую минуту он должен иметь возможность обратиться с жалобой к врачу, а тот может дать ему какое-либо лекарство, уменьшающее его страдания, улучшающее его сон и т. д.

Не следует много разговаривать с больным в состоянии глубокой депрессии; иногда искреннее выражение сочувствия, соответствующий жест участия, невербальное выражение уверенности в том, что депрессия пройдет, имеет большее значение, чем самые красивые и убедительные слова утешения. Слова для человека, погруженного в печаль, пустой звук. Лучшим образом влияет на него музыка, что было хорошо известно еще в древности. Большое значение для настроения, чем содержание сказанного, имеют интонации голоса.

Следует также помнить, что больного во время депрессии вследствие эффекта контраста (как человека, который неожиданно после темноты оказался в блеске дневного света) задевает любой светлый колорит, то есть смех, радость, громкая речь, излишний оптимизм, излишняя самоуверенность, избыточная жизненная энергия и т. д. Не только попытки увлечь больного в круговорот жизни, но даже попытки манифестации полноты жизненных ощущений со стороны окружающих оказывают на него угнетающее влияние. Он чувствует себя все хуже и еще глубже погружается в свою печаль. Элемент надежды является весьма существенным при лечении депрессии, поскольку ад депрессии связан с ее утратой. Врач, а также ближайшее окружение больного, должны помочь больному вернуть ему надежду. Это не легкая задача, поскольку демонстрация собственного оптимизма, как в форме эмоциональных установок, так и в словесной форме только вызывают раздражение больного, возбуждают в нем отвращение к самому себе и к особе, которая докучает ему своим оптимизмом. Оптимистическое отношение должно отличаться особой деликатностью, вытекающей из собственной, глубокой убежденности (таким образом, надо самому глубоко верить, что больной может выйти из своего тяжелого состояния). И эта вера скорее должна быть подспудной, чем демонстративной — больной и так ее почувствует, поскольку больные — и не только психические — крайне чувствительны к нюансам эмоциональных отношений. Самый незначительный жест, легкая гримаса на лице, выраже-

ние глаз — имеют для них значение, и они умеют читать эти знаки с большей легкостью, чем здоровые люди.

Во время депрессии больные легче переносят общество других больных (только не слишком веселых), чем общество здоровых и счастливых людей. Вследствие упомянутого эффекта контраста они даже лучше чувствуют себя в обществе людей еще более грустных, чем они сами. Поэтому стоит подумать на будущее о возможности применения при лечении депрессии, включая ее тяжелые формы, методов групповой терапии. До сих пор такие попытки являются исключениями; по крайней мере в литературе отсутствуют упоминания об этом. В методах психотерапии большое значение имело бы не столько содержание общения, сколько сам групповой контакт больных и взаимопонимание, поскольку, к сожалению, кто сам не перенес депрессии, тот никогда не сможет понять безмерности страданий, сопутствующих этой болезни. Кроме того, большое значение имеет уверенность в том, что может наступить улучшение, поскольку среди присутствующих всегда находятся те, которые уже вышли из наиболее тяжелой фазы печали и чувствуют себя лучше.

Такая группа депрессивных больных, объединенных сильными эмоциональными связями, основанными на глубоком взаимопонимании, может иметь большое значение в возвращении больному надежды на выздоровление.

Групповое «Мы» всегда сильнее, чем одинокое «Я». Если к больному пробьется хотя бы луч надежды, то шансы на его излечение сразу повысятся. Депрессия перестанет быть преисподней, вход в которую украшает надпись: «Оставь надежду всяк сюда входящий», — и станет обычной преходящей болезнью. Обычно больной не верит словам врача о том, что его депрессия это только болезнь и что она должна пройти, но он верит словам тех, кто сам испытал депрессию и страдал так же как он. При невротических депрессиях и субдепрессивных комплексах (хронизация депрессии) психотерапевтические и социотерапевтические методы лечения играют решающую роль, с чем согласны все авторы. Речь идет прежде всего об уменьшении влияния невротических эмоциональных отношений, которые благодаря пониженному настроению не оставляют человека; речь идет также об улучшении «автопортрета» больного, который при депрессии подвергается трагической деформации. А темный образ самого себя проявляется в отрицательном отношении к окружению и обычно приводит к

понижению жизненной активности, уменьшает уверенность в будущем. В этом состоянии необходимо поддержать активность больного, не позволить ему отказаться от прежних социальных ролей, поскольку это приводит к последующему постепенному органическому отупению.

При устойчивых продолжительных депрессивных комплексах (хронизация депрессии) больные нередко погружаются в депрессию как в теплое приятное болото, им становится трудно выйти из этого состояния беспомощности, апатии, бездеятельности, безответственности, сочувственного отношения окружающих. Это можно отнести к приятным аспектам субдепрессивных комплексов. Такие больные страшатся жизни, ответственности, не верят в свои силы, боясь испытать их, боясь критики окружающих. Врач должен установить, какие факторы удерживают больного в состоянии продолжающейся депрессии и попытаться устранить их. Определенное значение имеет в данном случае и отношение ближайшего окружения к пациенту, то есть его семьи и близких, а также коллег по работе. Если влияние окружающих является благоприятным, то у больного укрепляется уверенность в себе и в своем будущем, в том, что он выйдет из своего настоящего состояния. В противном случае он по-прежнему продолжает прозябать в своей «печали» («Грусть в душе моей гнездится, извести меня стремится. Гложет сердце, а за что? Только, мне уж все равно». *Бой: «Сплин»*).

В перерывах между фазами болезни поведение врача в значительной мере зависит от свойств личности пациента. Для больных синтонического (циклотимического) типа личности дальнейшее лечение обычно является излишним, сами больные не испытывают в этом необходимости, не обращаются к врачу и психически являются «патологически» здоровыми. При рецидивах болезни они должны тем не менее находиться под врачебным контролем психиатра для того чтобы в случае малейших признаков понижения или повышения настроения можно было бы немедленно дать им соответствующие фармацевтические назначения. В то же время больные другого типа личности (депрессивные комплексы часто свойственны психастеническим и ананкастическим типам личности) в периодах между фазами заболевания требуют дальнейшего психиатрического лечения, поскольку их «нарушения» структуры личности предрасполагают к формированию невротических эмоциональных установок и к устойчивым конфликтам. Невротические



элементы в свою очередь могут вызвать рецидивы депрессивных комплексов.

Лечение депрессий нельзя назвать легким занятием. Оно требует от врача умения понять чувства больного, понять характер его страданий и исключительного терпения. Контакты с депрессивными больными не отличаются «богатством» содержания, как в случае неврозов или шизофрении. Такие больные печальны, обычно находятся в заторможенном состоянии, малоразговорчивы или молчаливы, на их лицах можно увидеть застывшее выражение отчаяния или апатии. Может показаться, что ничего с ними не происходит. Трудно представить себе тяжесть их страданий; только попытка самоубийства обнаруживает, насколько сильны эти муки. Необходимо иметь хорошее воображение и умение сопереживать для того, чтобы проникнуть в мир депрессии. Но это является необходимостью для того, чтобы действительно помочь больному.

Депрессия является болезнью, приносящей человеку страдания, и к сожалению, в условиях нашей цивилизации она становится все более распространенным заболеванием и понимание этого является крайне важным и необходимым для врача.

См. работы: 47, 51, 82, 104, 105, 106, 108, 124, 154, 156, 157, 158, 162, 183, 209, 215, 216, 242, 264, 267, 286, 294, 313, 320, 321, 322, 338, 370, 371, 411, 452, 457, 505, 534, 540, 541, 545, 546, 561, 597, 602, 629, 634, 637, 638, 662, 667, 679, 680, 685, 697, 720.

# ИЗ ИСТОРИИ МЕЛАНХОЛИИ\*

---

## ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ

Существенной проблемой, но редко и фрагментарно затрагиваемой в психиатрической литературе, особенно в польской, является история меланхолии. Историки психиатрии, правда, затрагивают отдельные теории, касающиеся меланхолии и летописи ее методов, но обычно оставляют в стороне взаимосвязь этой проблемы с историей культуры.

Целью настоящей работы, собственно говоря, является попытка синтетического анализа подобных связей.

В проводимом анализе использованы, таким образом, не только чисто медицинские источники, но и результаты исследований гуманитарных наук, особенно истории философии, истории искусства и истории литературы. Представляется, что применение такого метода сравнительного анализа делает возможным получение синтетического образа некоторых культурологических аспектов истории меланхолии.

В работе можно выделить две основные части. В первой рассматривается символика меланхолии, имеющая особое значение в истории культуры; во второй затронута данная проблематика в историческом плане, представляющая главным образом эволюцию взглядов на меланхолию и их влияние на явления культуры в разные эпохи.

Следует добавить, что только в настоящее время в психиатрической литературе в полной мере получило оценку требование обязательного рассмотрения исторических источников за пределами медицины, особенно источников по истории искусства, литературы и этнографии. Сотрудничество же психиатров

---

\* Раздел «Из истории меланхолии» написал психиатр, доктор медицины, Ян Мытарски.

и историков культуры еще не получило должной практики с обеих сторон. Выражением подобного интереса является деятельность Международного общества психопатологии экспрессии (Societe International de Psychopathologie de l'Expression), органом которого является ежеквартальное издание "Confinia Psychiatrica" («Пограничная психиатрия»). Там можно обнаружить работы из области психопатологии и психологии, изобразительного искусства и литературы, исследования, посвященные философским аспектам в психиатрии и психопатологическим проблемам истории и культуры.

Начало истории первых теорий меланхолии можно обнаружить в тезисе, существующем во многих древних культурах, о первичных и часто антагонистичных элементах, являющихся основой всего существующего. Очевидно, это происходило из наблюдений явлений диалектики природы, например, влажности и суши, холода и тепла, радости и печали, блаженства и муки. Магическое значение также имело число первичных элементов, от которого до сих пор не свободно сознание современного человека.

Китайцы выделяли два первичных элемента: «инь» и «ян». В Египте существовало представление более близкое к основным концепциям греческих философов природы о наличии четырех первичных элементов: воды, земли, огня и воздуха (индийская прана, греческая пневма). В Вавилоне возникла идея раздельного существования макрокосмоса и человеческого микрокосмоса, а также магии чисел («маг» означает на персидском языке «врач-жрец», дословно — «главнейший»). Она основывалась на мифологично-магической и астрологической интерпретации всех событий, включая меланхолические аспекты жизни человека, и существовала вплоть до средневековья и периода Возрождения.

Учение Будды Гаутамы (568—488 до н. э.) о четырех ступенях медитации, направленной к отказу от всех земных желаний, вершиной которой является нирвана как высшая степень озарения, ведущая к полному слиянию с окружающим миром, есть идеал идеи средневековой аскетической медитации и продолжает существовать в настоящее время в форме ставшего модным на западе дзен-буддизма (распространенной в Китае разновидности буддизма).

Летопись меланхолии является не только историей взглядов врачей на депрессию, но также историей печали, страданий и философских размышлений, свойственных человеку от рожде-

ния. В ней нашли свое отражение философские взгляды и общественное мнение, проявляющиеся в отношениях к больным, в обычаях и в литературе, а также в изобразительном искусстве. Трудно согласиться с мнением Обри Льюиса, который заявил о том, что хотя и существует подробное описание меланхолии у Плутарха, основанное на религиозных взглядах, но он не цитирует его. Льюис делает несправедливое и поверхностное заключение о том, что не стоит цитировать писателя, не являющегося врачом, несмотря на то, что его имя встречается в работах по истории психиатрии, поскольку это описание относится больше к художественной литературе, чем к психиатрии (440, стр. 73). По мнению Льюиса, такой подход обеднил бы историю медицины, особенно психиатрии, и большинство исследователей щедро пользуется не относящимися к ней источниками. Так понимал историю медицины Владислав Шумовский, автор известной работы под названием «История медицины в свете философии» (641), один из пионеров исследований в Польше психиатрических аспектов средневековой демонологии. Также относился к истории психиатрии Тадеуш Биликевич, который вопреки мнению Льюиса цитировал описание меланхолии Плутарха и оценивал его как необыкновенно глубокое (85, стр.28).

Большинство историков медицины согласны с тем, что следует изучать не только деятельность и биографии врачей, описание течения болезней, а также особенности всей жизни людей данной эпохи. Сигерист (*Sigerist H.P.*) в книге «A history of medicine» (605, стр. 1) делает заключение, что откровение Михаила Архангела у Тинторетто дает ключ к лучшему пониманию и исторической интерпретации работ Вильяма Харвея. Аналогичное замечание делает Биликевич в книге «Польская психиатрия в свете истории» (75, стр.47), утверждая, что психиатрия должна быть благодарна художникам за их удивительную наблюдательность. Шумахер в «Antike Medizin» (593, стр. 243—250) делает вывод о том, что каждому периоду истории медицины свойственно своеобразие мышления, соответствующее (особенно в античности) содержанию и формам господствующих философских взглядов. Таким образом, для понимания медицины данного времени необходимо знать философию этой эпохи, а древних философов следует считать полноправными творцами медицины. В более широком смысле можно утверждать, что к познанию и систематизации сведений о психических больных и их болезнях причастны не только

врачи, но в равной степени и мыслители, и художники. Они становились предшественниками многих совсем недавно прозвучавших громких открытий, которые, как говорит Сигерист (605, стр. 12—13), ушли в забвение, поскольку оказались в противоречии с духом времени.

Точно так же понимает историю медицины Фоуколт (*Foucault*), который пишет об «истории ошибок», а не об истории психиатрии или психологии в свете социальных традиций. Он рассматривает взгляды врачей в различных эпохах, но не приписывает им исключительного значения в процессах формирования общественного мнения относительно душевно больных и отношения к ним окружающих (236).

Недостаточное внимание уделялось до сих пор описаниям и интерпретации психических нарушений, сделанных теми, кого они коснулись, особенно наделенных художественным талантом.

Зильбург (*Zilboorg*) в книге «A history of medical psychology» (736), описывая историю эволюции взглядов на психические расстройства, потому называет ее историей психологии, а не психиатрии, потому что чувствует, что психиатрия как область медицины сформировалась только в новое время, а до того данными вопросами занимались почти исключительно философы и теологи. Пожалуй, он не прав, поскольку начиная с Гиппократов, а затем Галена, арабской медицины и Вейера можно проследить интерес медицины к психическим заболеваниям, а в их принципах и методах отыскать, между прочим, основы психогенной теории возникновения психических нарушений и психотерапии, особенно суггестивной.

Альтшуль в «Roots of modern psychiatry. Essays on the history of psychiatry» (20, стр. 6) совершенно верно отмечает, что современная психиатрия не является пока точной наукой и соединяет в себе различные взгляды (*ideas*). Поэтому ее история не может быть изложена как обзор классификационных систем и методов деятельности, но как история эволюции гипотез и как оценка не столько их объективной значимости, сколько их влияния.

В медицине существует «мода» на определенные теории и методы лечения, а некоторые болезни в различное время то оказываются в центре внимания общества, то забываются. Такая ситуация может быть связана как с объективными потребностями общества вследствие высокой частоты заболеваний, так и вследствие привлекательности какой либо теории.

Например, «флюиды» Мессмера оказались не только эффективным методом лечения «галлюцинаций» («*vapores*»), но и вызвали значительный рост больных этим заболеванием. Иногда какая-нибудь новая теория, даже совершенно неверная, но удовлетворяющая вкусам и потребностям эпохи, может привести к появлению новых заболеваний и огромной массы страждущих, как свидетельствует дело Шпренгера (*Sprenger*) и Крамера (*Kraemer*), описанное в книге «Молот ведьм» (*Malleus Maleficarum*, 1488). Это должно было как-то удовлетворять общественные потребности, коль скоро потребовалось девятнадцать изданий этой книги в течение двух веков, которая помогла «избавить от колдовства» сотни тысяч людей одержимых дьяволом. Аналогично Шарко (*Charcot*) подтолкнул своих пациентов к демонстрации «великой истерии». Такое явление возможности внушения больному определенных симптомов имел в виду Груль (*Gruhl*), утверждая, что «часто бессознательное больного является в действительности сознательным психоаналитика».

Таким образом, представляется, что общие исторические знания, а особенно знакомство с историей психиатрии является обязательной потребностью врача и позволяет более критично и широко взглянуть на ее различные направления. Они показывают, как дух эпохи находит свое отражение в содержании и даже в форме психических нарушений.

Работу историка психиатрии можно было бы назвать археологией человеческой мысли. Ее открытия могут вызвать такое же волнение, как недавние археологические открытия, позволившие установить, что в современной символике печали существуют те же самые символы, которые находились в обращении древнего мира. Нет надобности создавать общую мифологию подсознательного, как это сделал Юнг (*Jung*), для того, чтобы открыть в повседневной жизни следы древнейших мифов и верований. Если исследования истории нравов помогают отыскать у современного человека реликтовые следы далекого прошлого, то это становится источником чувства близости с нашими предками и удовлетворенности, подобной той, которую мы испытываем, обнаружив у внука черты его деда. Поскольку предполагается, что значение имеет не только традиция материальных ценностей, знаний и обычаев, но также чувств и их экспрессии.

Много правды содержится в мнении Сигериста (604, стр. 16) о том, что медицинское знание ограничено в своих

методах, а социология — в своем предмете. Поэтому он считал историю медицины частью истории человечества, находящейся в тесной связи с историей культуры, искусства, религии, философии, экономики, технологии и социологии каждой эпохи.

Примером того, насколько обязательным и плодотворным является сотрудничество медицины с другими гуманитарными науками, может быть работа историка средневековья Клибанского (*Klibansky*) и историков искусства Пановского (*Panofsky*) и Саксла (*Saxla*) «*Saturn and Melancholy*» (см. 308). Они представили в этой работе настолько полное изложение истории меланхолии не только в искусстве, но также и в медицине и нравах, что историк медицины Флаш (*Flashr*), имевший поначалу намерение установить влияние античных теорий меланхолии на позднейшее время, после ознакомления с этой книгой отказался от своих планов, поскольку признал, что с точки зрения медицины этот вопрос изложен совершенно исчерпывающе (231).

Натурфилософ Аристотель изложил основы теории четырех темпераментов и сформулировал представление о «высшей» форме меланхолии, достойное его гения. Священник Бартон не только создал энциклопедию знаний о меланхолии: его произведение «Анатомия меланхолии» оказало значительное влияние на художественную литературу его эпохи (126).

Впечатляет число меланхоликов, пишущих об этой болезни, даже если принять во внимание, что часть из них неправомерно приписывала себе эти страдания или делала это, следуя за господствующей модой. Впрочем, многие из них убедительно описывают симптомы своей депрессии. Может быть, это желание поделиться своим жизненным опытом с другими указывает на их принадлежность к циклотимическому кругу с синтоническими чертами (многочисленные подтверждающие примеры приводят Ричард Хантер (*Richard Hunter*) и Ида Мак-Альпин (*Ida MacAlpin*) в антологии текстов по психиатрии от XVI до XIX в.).

Слово «меланхолия» не стареет не только в польском языке. Оно по-прежнему занимает почетное место в словаре психиатрии. Так, например, Зильбург (*Zilboorg*), доводящий историю психиатрии до тридцатых годов XX в., почти не употребляет слово депрессия (736), а Александер (*Alexander*) и Селесник (*Selesnick*), излагая психоаналитический подход в истории психиатрии, включая шестидесятые годы нашего столетия,

употребляет слово депрессия только раз, пользуясь исключительно понятием «меланхолия» (19). То же самое можно обнаружить в работе Т. И. Юдина, известного советского историка психиатрии (347).

Меланхолия означала в прошлом, как во врачебной практике, так и в обиходе очень разные психические состояния. В ее описаниях можно нередко угадать симптомы параноидальной и кататонической шизофрении, а иногда даже симптоматического психоза с помрачением сознания. Однако в общем данный термин и другие, связанные с ним, в современном понимании охватывают эмоциональное состояние противоположное состоянию радости, счастья и хорошего душевного расположения. Впрочем, и современному словарю по психиатрии не свойственна ограниченность, отличающая иные области медицины. Множатся школы и направления, а с ними приходят новые слова, у которых нередко новым является только написание, относящееся к хорошо уже известным понятиям. Насколько к этому оказалась равнодушной статистика свидетельствует тот факт, что, например, по американским статистическим данным за последние несколько десятков лет значительно уменьшилось число заболеваний эндогенной депрессией, что на самом деле отражает не фактическое состояние, а является свидетельством изменения представлений о психодинамике у многих американских психиатров (716, стр. 142—143). Впрочем, такие результаты исследований в этих направлениях не поддаются точной и необходимой в науке объективной оценке, поэтому остается возможность их свободной интерпретации. Рассуждая о современном языке психиатрии можно было бы перефразировать слова Роберта Бартона (*Robert Burton*), который сказал, что «Вавилонская башня не сотворила такого смешения языков, как хаос определений меланхолии».

См работы: 19, 20, 85, 126, 231, 236, 347, 380, 440, 593, 604, 605, 715, 736.

## СИМВОЛИКА МЕЛАНХОЛИИ

### Предварительные замечания

История меланхолии была бы неполной без ознакомления с ее богатой символикой. В мире и первобытного, и современного человека вещи, факты и абстрактные понятия, а также их названия и представление в виде графических знаков и скульп-



турных изображений имели и имеют значение не только буквальное, но и символическое, часто намного более важное. Как пишет *Chalioungi* в книге «*Magic and medical science in ancient Egypt*» (Лондон 1963, стр. 22): «Название предмета в древнем Египте было идентично ему самому. Что не имело названия — не существовало...; знание названия предмета или человека давало большую власть, поэтому старались укрыть их настоящее название под символическими именами, причем имеющими эвфемистический характер, если это понятие скрывало в себе нечто враждебное. Стереть имя умершего значило лишить его «индивидуальности». Следы такого понимания сохранялись в течение веков. Обнаруживается оно, например, в попытках умолчания и уничтожения исторических следов и фактов, как это делали немцы в период гитлеризма в отношении побежденных народов, испытывая иррациональную уверенность, что уничтожение материальных знаков и символов их существования не только уничтожит их историческую память, но будет воспринято их потомками как символическая вторичная смерть.

Подобной практикой занималась инквизиция и иконоборцы в Византии.

Знания о природе символов заботливо оберегали стражи всех религий. Их систематизация началась в период Возрождения, когда человек как личность вернул себе свою индивидуальность, утраченную после крушения древней культуры. Исследования этого предмета (на этот раз с применением сравнительно-аналитических методов) были вновь предприняты в конце XIX века. В настоящее время наука о символах переживает свой расцвет. Этому немало способствовали исследования Юнга (*Jung*), Керени (*Kereny*) и других представителей различных направлений психодинамики. Литературное наследие здесь велико. Среди многих авторов следует отметить *G. D'Alvielle*, *M. Eliade*, *J. G. Frazer*, *S. Freud*, *C. Jung*, *I. Kereny*, *K. Seligman*.

Психиатр, историк медицины и историк искусства в одном лице Феликс Марти-Ибаньес (*Felix Marti-Ibanez*), в своем эссе (471, стр. 40) считает, что XX век является в большей степени веком символов, чем страха. В соответствии с его представлениями символы могут иметь тройное значение: 1) общепринятую конвенциональную связь между словом и предметом, которое оно обозначает; 2) индивидуальное значение, зависящее от личного опыта и связанного с ним эмоционального отношения к данному предмету; 3) универсальное значение,

рекомендованное многовековыми традициями, под которыми можно нередко обнаружить архаичные мысли и эмоции.

Значение взглядов Юнга для психиатрии и психологии является нередко предметом дискуссий подобно взглядам других представителей школ психодинамики, но несомненно, что его теория архетипов и скрытых в них символов имеет большое значение для культуры, особенно для художественного творчества. Стало модным употребление (и даже чрезмерное) таких терминов как «либидо», «эдипов комплекс» и «шизофренизация искусства». Это наглядно подтверждает наличие глубокой взаимосвязи между гуманитарными науками и психиатрией.

Значение работ Юнга для исследований истории искусства может быть сопоставимо не без оснований с иконологическим методом исследований в искусстве Пановского (*Panofsky*). Нельзя избавиться от впечатления, что он, хотя об этом и не говорит прямо, использовал некоторые концепции Юнга аналогично тому, как это сделал другой известный теоретик искусства Герберт Рид (*Herbert Read*), излагая психоаналитический подход к интерпретации явлений искусства (544). Бялостоцкий (*Bialostocki*), излагая в своей книге «Пять веков размышлений об искусстве» (61, стр. 271-296) иконологический метод Пановского при анализе произведений искусства, констатирует, что содержание процесса интерпретации основано: 1) на анализе натуральных объектов и их образов; 2) на выяснении их конвенционального смысла; 3) на восприятии произведения искусства как исторического явления, как документа и как симптома. Целью такого исследования становится раскрытие внутреннего содержания произведения искусства и его символической формы.

Напрашивается сравнение этих трех уровней интерпретации произведений искусства и трех методов психиатрического анализа: «предварительного обследования», то есть изучения настоящего состояния больного; «углубленного обследования», то есть изучения истории его жизни и анализа бессознательных механизмов, проявляющихся согласно мнению представителей психодинамических направлений нередко в символической форме обнаруженных симптомов, а также иногда запечатленными в художественном творчестве больного. Можно утверждать, что Юнг, а также Фрейд использовали именно такой метод иконологического анализа символики произведений искусства в психологических и психиатрических целях.

Начиная с Аристотеля утверждение о том, что «все выдающиеся люди, прославившиеся в философии, политике, поэзии и искусстве, являются меланхоликами» (*Problemata* XXX, I), повторяется в различных вариантах. Сенека в своей сентенции: «Nullum magnum ingenium sine mixtra dementiae» («нет выдающегося ума без примеси безумия») излагает иными словами эту перипатетическую максиму. Поэтому символика печали, подавленности соединяется с символами философской задумчивости, с так часто повторяющимся изображением головы, уроненной на руки или наклонившейся под тяжестью печали или в глубоком размышлении (рис. 2).

Стиснутый кулак, согласно мнению некоторых интерпретаторов, является выражением замкнутости, и в соответствии с символикой Ренессанса обозначает впечатлительность, приписываемую меланхоликам (684). Жесты и положение фигуры в значительной мере зависят от обычаев и даже, например, от моды в одежде, что подметил Стерн (*L. Stern*), а позднее Мицкевич в «Пане Тадеуше» (например, постукивание по табакерке или отбрасывание рукавов кунтуша) (473). Невозможно, например, представить себе изображение современного государственного деятеля в излюбленной старыми портретистами надменной позе (упершись руками в бока), так подходящей к тогдашнему одеянию.

Некоторые жесты печали и отчаяния в соответствии с обязательным для нашей современной культуры требованием не обнаруживать свои чувства стали «немодными» или даже «плохо выглядящими», поскольку вступают в противоречие с повседневными нормами поведения. Но еще не так давно, а именно в эпоху романтизма, не приходилось стыдиться за свое волнение и можно было легко перейти к слезам и «заламыванию рук», ставшим позднее устойчивым языковым оборотом. Сегодня такую реакцию назвали бы примитивной и свидетельствующей о неумении управлять своими эмоциями. Тем не менее сохранился старый классический образ меланхолического печального размышления, может быть, не только потому, что он является одной из наиболее глубоко укоренившихся установок в сознании человека, но и потому, что он не противоречит современному требованию скрывать свои мысли и чувства. И в наше время художники и мыслители, позируя для портретов, охотно прибегают к этой позе. Она является универсальной, поэтому ее можно обнаружить не только в памятниках европейской культуры, но и на египетских сарко-



Рис. 2. Репродукция гравюры Якуба де Гийе (*Jakub de Ghyen*) (1569—1629) под названием «Меланхолия». Аллегория, символизирующая меланхолический темперамент и его атрибуты. Земля является атрибутом, связанным с меланхолией. Ночь выражает задумчивость и созерцательность. Астрономические и геометрические инструменты ассоциируются с понятием гения меланхолии, анализирующего порядок вещей. Латинское двестишес, которое можно увидеть внизу, принадлежит Гуго Гроцию и звучит следующим образом: «Меланхолия является самым губительным недугом души и разума. Часто губит талантливых и гениальных людей». (Гравюры 1—5 выбраны и описаны Яном Мытарски).

фагах, в буддийском искусстве и среди произведений первобытных культур (464, т. 2, стр. 295, 311; дополнительно 521).

К другим символам печали и задумчивости относятся изображения черепа, скелета и других обличей смерти. Особенно модными они стали в период позднего Ренессанса и барокко, как символы *vanitas* и *memento mori*. С XVI в. появляются мотивы с руинами и кладбищем, напоминающие о том, что все преходяще и смертно. Иногда в таких мотивах звучит элегический тон, выражающий тоску о золотом веке Сатурна, и вызывает предчувствие новых определений меланхолии: ностальгия, «мировая скорбь», сплин и хандра.

Возникающие одновременно темы богатства и роскоши, музыки или беззаботного веселья, представленные крылатым мальчиком-ребенком (*Putto*), в контрасте с образами смерти и тления усиливают предостережение *memento mori*.

Эстетика смерти всегда играла большую роль в различных религиях и при погребальных церемониях. При ритуальном самоубийстве харакири она имеет особенное значение, а о родстве печали и красоты в эстетике Японии свидетельствует то, что в японском языке слово печаль первоначально означало «роскошный», «прекрасный».

См. работы: 44, 61, 165, 224, 241, 244, 245, 260, 276, 348, 350, 351, 352, 361, 425, 465, 471, 473, 521, 544, 586, 594, 596, 634, 734.

## Дети Сатурна

Образ Сатурна играет решающую роль в мифологической символике меланхолии (рис. 3).

Сатурн (или греческий Кронос) был сыном Урана, которого он сверг. В это время наступил «Золотой век», воспетый Гесиодом и Вергилием. В борьбе за власть со своим сыном Зевсом он был осклопен и сброшен в Тартар, где закованный в цепи ожидал, когда минет время правления олимпийских богов и подойдет время, символом которого он является (греческое *Chronos* — время). И тогда люди и весь мир после завершения гигантской орбиты вернутся под его власть и к состоянию первородной невинности. Жестокость всепоглощающего времени символически передает историю о том, как он пожирал собственных детей.



Рис. 3. Репродукция гравюры Мартина ван Хеемскерка  
(*Marten van Heemskerck*) «Сатурн и его дети».

В этой легенде очевидна двойственность Сатурна. Он представляет собой Золотой век и пророчество о его возвращении. Он является воплощением преходящего времени и одновременно смертности всего существующего. Он является символом печали и размышлений о минувшем счастье, но также и надежды на его возвращение. Он стар как само время, которое он воплощает, и потому может себя тешить горькой мудростью, приходящей с возрастом. Эти черты обнаруживаются в символике печали и меланхолического темперамента средневековья и Ренессанса.

Атрибуты Сатурна связаны с чертами и символами, которые традиционно приписываются печали и ночным меланхолическим размышлениям. Ночью вас мог навестить не только дух божественной сосредоточенности, но можно было услы-

шать и ропот сомнения. Поэтому для гностиков Сатурн был Дьяволом, и его планета — владениями Сатаны. Он был владыкой рокового числа «семь», символизирующего семь смертных грехов, семерку старших демонов, а также виселицу. Однако согласно амбивалентному значению Сатурна число семь было также числом, символизирующим счастье и совершенство (греческое *arthmos teleios*), обозначало сумму Солнца, Луны и пяти известных тогда планет. Подробно об этом пишет Шваб (*J. Schwabe*) в книге «Archetyp und Tierkreis» (594, стр. 189).

Сатурн в соответствии с некоторыми астрологическими представлениями носил имя «Великого злоумышленника», но зло и несчастье через очищение (греческое *katharsis*) вели к совершенству. Цветом Сатурна был черный цвет. Уже для древних вавилонян он был «Черным Солнцем». Его отличало свинцовое сияние и чрезвычайная медлительность. Период его обращения по орбите составляет 30 лет. Такая медлительность и болезненность красок света, означает старость, увечность, угнетенность и малокровие (594, стр. 170). В соответствии с традициями Запада темный цвет означает печаль, траур и действует угнетающе. Однако одновременно он символизирует достоинство, что, например, проявляется в обязательном черном цвете одежды для торжественных церемоний. Наверное, поэтому мифический философский камень, способный наделить обладателя высшим знанием и принести ему вечную молодость, среди прочих символических имен назывался Меланхолией и Черным Камнем (греческое *melaina lithos*) (580, стр. 76—77). Лэйдс (*G. A. Lades*) обращает внимание на то, что ипохондрия, имеющая тесные связи с меланхолией, была названа «черной болезнью» (*morbus niger*) (425, стр. 1—39).

Сатурн был связан со свинцом, может быть потому, что свинец, который алхимики хотели научиться превращать в золото, в их понимании хранил в себе символический смысл превращения несовершенной материи в совершенную. Свинец также является символом тяжести: до сих пор говорят о «свинце в ногах». Согласно астрологическим взглядам Сатурн является наиболее враждебной планетой. Он предвещает несчастные случаи, неожиданную смерть и катастрофы (276, стр. 24).

Некогда Луна (латинское *Luna*) также символизировала меланхолию, очевидно, в связи с тем, что она ассоциировалась с ночью, меланхолическим светом и верой в лунатизм.

Иногда меланхолия вообще признавалась душевной болезнью, и в древней Греции считалось, что богини Луны — Селена, Геката и Артемида — вызывают безумие и помогают его лечить. В Египте справлялись мистерии, посвященные божеству Луны, во время которых его умоляли защитить от безумия. Заход Солнца символизировал закат жизни и смерть, а Запад был местом нахождения погустороннего мира для египтян. У африканского племени понгве заходящее Солнце означает помешанного, что выражается в ритуальном танце (594, стр. 470).

Сатурн является воплощением несовершенства любого бытия, поскольку ничто не может сопротивляться разрушительному действию времени. К его атрибутам принадлежат: весло, обозначающее плавание в потоке времени, и клепсида. Серп или коса имеют аналогичное значение: они определяют как андрогенную природу Сатурна (связанную с его оскоплением, поскольку серп был женским орудием труда), так и напоминают о том, что он может пресечь любую жизнь. Этот атрибут позднее перешел к христианским представлениям о смерти (126, стр. 255—266).

Когда греческий Хронос слился с римским Сатурном — божеством плодородия земли, то он стал также покровителем пахарей, плотников, лесорубов, каменщиков и столяров, поскольку он был опекуном земли и деревьев и должен был научить своих «детей» строить дома. В средневековье в его «подчинении» находились знахари, ученые и алхимики — все те, кто ведет созерцательную жизнь. Был он также патроном всякого несчастья. Среди его «детей» на тогдашних рисунках можем увидеть осужденных, повешенных и калек. Принимая во внимание два последних обстоятельства (созерцательность и несчастье) под его знак попали также и меланхолики.

Противоположность и двойственность постоянно сопутствующих друг другу в жизни печали и радости, а также амбивалентность символики Сатурна, проявляются также в праздновании Сатурналий (греческое *Kronia*), которые назывались «лучшими из дней» (*optimus dierum*) и проходили в период с 17 по 23 декабря (734, стр. 241—275 и 325—330). Они представляли воочию явление сменяемости любой власти, включая власть богов, а простота нравов оргий выражала одинаково протест как против недолговечности жизни, так и тоску по первородному хаосу и попытку отчаянного бегства от всевластного времени.



Сатурн был также покровителем лидийской тональности, в которой складывались траурные песнопения (594, стр. 190). От Генделя, создавшего музыкальную поэтическую иллюстрацию на слова Мильтона «Il Pensieroso», восходит традиция музыкального представления меланхолического темперамента и настроения, особенно с использованием контрастов минорной и мажорной тональностей. В качестве примера можно привести «Меланхолический вальс» Ференца Листа, «Сплин» Дебюсси и «Четыре темперамента» Хиндемита.

Летучая мышь и сова, как порождения ночи, были элементами Сатурна и Меланхолии. Но и они обладали амбивалентным смыслом. Летучая мышь была символом слепой глупости, но и ночных размышлений и напрасных исканий вдали от ясности дня, о чем между прочим упоминает Берген (*E. Bergen. The psychiatry of Robert Burton, London, 1944, p. 87*). Сова уже в египетских иероглифах означала ночь, холод, смерть и пассивность (165, стр. 235), а у индейцев Аляски она стережет покой умерших.

См. работы: 1, 165, 276, 421, 425, 580, 594, 716, 734.

## ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК

### Период, предшествующий времени Гиппократа

Изложение истории депрессии требует рассмотрения тенденций развития, относящихся к общей истории медицины и, особенно, связанных с развитием взглядов на природу психических заболеваний.

Следует признать, что в доисторический период господствовала анимистическая медицина, и первой теорией заболеваний было представление о патологическом воздействии на организм других тел и о патологии эманации. Демон болезни овладевал другими телами. Вмешиваться в дела, связанные с болезнями и здоровьем, должны были божества. Таким образом, существовала теургическая патология. Непосредственных данных этого времени, относящихся к явлению депрессии, нет. Реликтовые формы погребальных обрядов свидетельствуют о существовании реакции скорби и страха. Первые исторические документы утверждают, что в Вавилоне существовала своего рода гуморальная теория. Там же зародилась астрология и магия чисел. В Индии также существовала теория четырех

видов жизненных соков в организме (четырех досов). Причины возникновения психических заболеваний объяснялись не только демонологически, но и рационально. Например, их возникновение приписывалось неверной диете (или отравлениям), нарушениям гигиены, неправильному поведению (моральным причинам), порождающему заботы. В одном из первых учебников индийской медицины добуддийского периода можно отыскать одно из первых описаний несчастливой любви как причины психического заболевания, связанного с состоянием депрессии (671)

В Египте также господствовала медицина, основывавшаяся на теургических и эмпирических взглядах. В известных папирусах, посвященных медицине, упоминаются психические нарушения, в которых можно отыскать элементы депрессии (260, стр. 128—130). Древнееврейская медицина, достойная внимания с точки зрения богатства разработок и рекомендаций по проблемам гигиены, руководствовалась монотеистической теургией. Книга Иова является одним из первых литературных описаний депрессии.

В мифах Греции раннего периода (около 600 г. до н. э.) появляются образы оплакиваемых героев (Аякс, Геракл, Беллофон), ставшие позднее примерами для описания типов меланхоликов у Аристотеля. Гомер в «Илиаде» описывает депрессивные реакции с их внезапным компонентом экспрессии, свойственным тогдашней эпохе, да и более позднему времени. В то время господствовала теургическая медицина. С культом Асклепия были связаны своеобразные школы врачевания, их представители — священнослужители-асклепиады лечили в храмах, интерпретируя пророческие сны. В их деятельности можно обнаружить зачатки некоторых методов психотерапии.

См. работы: 260, 671.

### **Греция классического периода (ок. 600—300 гг. до н.э.)**

Пифагор (ок. 530 г. до н. э.) своей наукой о могуществе чисел положил начало позднейшим спекуляциям гностиков, отразившимся на мифологии меланхолии. Алкмеон Кротонский (ок. 500 г. до н. э.) признал мозг местом пребывания

души, а Эмпедокл из Акраганта (495—435 гг. до н. э.) разработал теорию о четырех первичных элементах (огонь, вода, земля, воздух), основанную на гиппократовской концепции о четырех видах жизненных соков в организме. Создателем механистического материализма является Демокрит (ок. 460 г. до н. э.) с его атомистической теорией, отголоском которой является положение *strictum et laxum* Асклепия (I в. до н. э.), которое механистически давало объяснение состоянию здоровья и болезни «правильной» или «нарушенной» организацией атомов. Гиппократ (ок. 460—377 гг. до н. э.) и представители его школы в работе «*Corpus Hippocraticum*» сформулировали естественные основы медицины и начала нозологии. Гуморальная теория четырех видов жизненных соков организма с ее черной желчью (греческое *melan chole*) стала основой для первой медицинской теории психических заболеваний. Причина нарушения гармонии жизненных соков организма (дискразия) дала Галену (II в. н. э.) основания для создания его теории темпераментов (греческое *krasis* — смесь, латинское *temperamentum* от *tempero* — мешать) (250), (603, стр. 209—210).

Парадоксально, но «черная желчь», существующая только в теории, в течение двух тысяч лет отражалась в различных концепциях меланхолии. Кудлин (*Kudlien*) показал, что в ней соединились старые мифологические представления о божественности, произвольности и пограничных состояниях психики, таких как ярость и траурная печаль, а также позднейшие практические знания, например, наблюдения кровавой рвоты или испражнений черного цвета. В соответствии с этими представлениями «черная желчь» является особенно плохим, вредным и агрессивным соком (421).

Гиппократ в трактате «О воздухе, воде и месте» не признает психической природы меланхолии и считает ее соматическим заболеванием, вызванным «черной желчью». Однако в его позднейших сочинениях находится описание меланхолического состояния, характеризующегося подавленностью, отсутствием каких-либо желаний, отсутствием аппетита и бессонницей («Если страх или печаль продолжают долго, то это уже меланхолия»).

Идеализм Платона (427—437 гг. до н. э.), его психофизический дуализм и теория вдохновенного безумия (*frenesia*), а также добавление к перечню первичных элементов мироздания эфира, оказали влияние на позднейшие идеалистические и

астрологические концепции меланхолии. Герофил (конец IV в.), выдающийся анатом, особенно известный своими исследованиями анатомии мозга, в который он поместил центр жизни, упоминает любовь как причину меланхолии. Аристотель (384—322 гг. до н. э.) и школа перипатетиков дали философскую интерпретацию гипотезы о психических нарушениях и меланхолическом типе личности с его положительными и отрицательными чертами, а также о необходимости следования в жизни своим врожденным талантам, и оказали влияние на последующее спекулятивно-догматическое развитие теории Гиппократ.

Тема безумия и депрессивных состояний является частой темой в классической греческой драме (Эсхил, Еврипид). Рациональные теории этиологии психических заболеваний не нашли отражения в художественной литературе древней Греции. Поэты и драматурги по-прежнему сохраняли веру в их нематериальное происхождение. Это объясняется, может быть, тем, что такая теория отличалась поэтичностью и давала больший простор фантазии. Хотя можно попробовать отыскать определенное влияние теории психоанализа и на современные художественную литературу и искусство. Тезис о том, что внутри человека существуют могучие, иногда неизвестные ему силы, потакает нашему самолюбию и дает неограниченные возможности для поэтических спекуляций. Ибсен, оставаясь под влиянием модных для своего времени теорий декадентства, использовал их в своих пьесах как воплощение греческих представлений о судьбе (*ananke*).

В Греции периода классицизма слово меланхолия уже вошло в повседневную речь и, например, у Аристофана слово меланхолик (буквально «черножелзец», греческое *melancholon*) обозначает помешанного. Это повседневное употребление слова меланхолия для обозначения любого психического заболевания или эксцентрического поведения будет теперь повторяться не только среди профанов, но и среди врачей до XIX века. Поэтому Акеркнехт (*Ackerknecht*) заметил, что вплоть до прошедшего века трудно бывает иногда идентифицировать старые описания меланхолии и маний в соответствии с принятыми в настоящее время клиническими картинками этих заболеваний (1). В этом периоде можно уже обнаружить первые следы влияния восточных верований. Берос (род. ок. 350 г.), бывший жрец храма Ваала в Вавилоне, основал школу астрологии на острове Кос и написал сочинение «*Babyloniaca*»,

содержащее изложение знаний вавилонян о звездах. А учение стоиков о Судьбе (греческое *moira*) подготовило почву для астрологических концепций.

См. работы 1, 208, 250, 421, 603.

### **Александрйская медицина (ок. 300 — ок. 50 г. до н. э.)**

Асклепиад и его преемник Целий Аврелиан (II—I в. до н. э.), а также созданная ими школа «методиков», отбросили гуморальную теорию и обратились к атомизму Демокрита и философии эпикурейцев. К заслугам этой школы следует отнести: разделение болезней на острые, хронические и — в том числе — психические; гуманное отношение к психическим больным и методы лечения, которые сейчас можно было бы назвать психотерапевтическими. Особенно следует отметить заслуги Сорана (II в. н. э.). Асклепиад разделял психические болезни на *phrentis*, *furor* и *delirium*. Меланхолия была им отнесена к так называемым частным делириям, а мания — к общим. Он первым стал различать галлюцинации и бред.

В это время появился термин *hipochondria*. Описание этой болезни дал Диокл из Кариста (ок. 350 до н. э.). Этим определением как анатомическим понятием пользовался еще Гиппократ для обозначения всех органов, находящихся в подреберье: печени, желудка, селезенки и воротной вены (в греческом языке слово ипохондрия имело множественное число). В латыни множественное число этого слова стало единственным, а род — женским. Гален стал первым говорить о *morbus hypochondricus*. Само название передает смысл соматогенной гипотезы этиологии данной болезни. Довольно рано это выражение стало использоваться как прилагательное по отношению к меланхолии. Павел из Эгины (VII в. н. э.) различал мозговую, общую и ипохондрическую меланхолию. Аэт Амидский (VI в. н. э.) называет среди симптомов ипохондрии страх перед смертью и боязнь вещей, недостойных страха (наверное, речь идет о фобиях в современном понимании).

К XIX в. стали выделять ипохондрическую форму меланхолии. Начиная с Эсквиrolа, стали отличать ипохондрию от меланхолии, приписывая ей соматическое происхождение, а в

конце XIX в. стали предполагать ее психогенную природу (425, стр. 1—39).

Цицерон (106—43 гг. до н. э.) — философ из школы стоиков отбросил гуморальную теорию и название меланхолия. Легкие случаи психических нарушений называл «*insania*», а мании обозначались как «*furor*». Он искал их психологические причины в ярости, страхе или печали.

См. работу 425.

### Римская медицина (до Галена, ок. 50 г. до н. э.—ок. 200 г. н. э.)

В Риме покровительницей душевнобольных была богиня Ангерона Дея. Молитвы, обращенные к ней, оберегали от безумия и тайной печали (*Altshule*, стр. VI). Корнелий Цельс (27 г. до н. э.—14 г. н. э.) пишет первый латинский медицинский трактат «*De re medica*», в третьем томе которого описаны психические болезни. Среди болезней он выделяет локализованные и общие (*totius corporis*). К последним были также отнесены психические заболевания. Для лечения душевнобольных им рекомендовались весьма суровые методы. Именно им был предложен метод «шоковой терапии» (то есть лечение страхом), утвердившийся в практике медицины вплоть до XIX в. Он являлся сторонником гуморальной теории и разделял психические болезни на *phrenitis*, *mania* и *melancholia*.

Аретей из Каппадокии (30—90 гг.) описывает то, что сегодня можно было бы назвать свойствами психопатической личности, соединяя свойства конституции с предрасположенностью к определенным формам психических нарушений. Им же была установлена взаимосвязь между манией и меланхолией и дано точное описание этих болезней. Он уделяет особое внимание примеру успешного лечения меланхолии счастливой любовью — ставшему популярным сюжетом литературы более позднего времени, особенно в арабской литературе и в эпоху барокко.

Витрувий в своей работе об архитектуре (25 г. н. э.) пишет о влиянии почвы и климата на телосложение, обычаи и психическое состояние человека — тема, затронутая еще Гиппократом.

Гален (130—201) был эклектиком. Им была создана теория четырех темпераментов, из которых меланхолический представлял собой конституционную основу меланхолии. Синонимом хронической меланхолии был для него термин ипохондрия. Разные соматические нарушения он описывает как меланхолию, что вполне может соответствовать современному понятию скрытой депрессии (*depresio larvata*). В его работах «De atrabile», «De temperamentis» и «De sanitate tuenda» дается описание черной желчи. Одной из главных характеристик состояния больного он полагал кислотность (*aciditas*). Вероятно, отсюда происходит «*acedia*» — известная в средневековье особая форма депрессии. Гален является также создателем теории пяти типов «симпатий», из которых теория «вздохов» (лат. *spiriti*) окажет в XVII в. влияние на концепции причин психических заболеваний (250, 603).

Руф Эфесский (между I и II вв.) дал описание предболезненного состояния меланхолика, подчеркивая у него наличие артистических способностей, а также взаимосвязь меланхолии с весной и осенью. Его трактат меланхолии оказал значительное влияние на арабскую медицину и взгляды средневековья в Европе.

См. работы 207, 250, 603

### **Закат Римской империи и раннее средневековье (до завоевания Александрии арабами, 200—640 гг.)**

В первых столетиях нашей эры усиливается влияние мистических и магических верований Египта и Востока и их проникновение в классическую философию и основы христианства. Примером этого является деятельность гностиков (Филон и Акиб, I век). Происходит слияние методов народной и научной медицины. Плотин, связавший науку Платона с теорией Птолемея о небесных сферах, оказывает значительное влияние своим неоплатонизмом на теорию меланхолии эпохи Возрождения.

Идеалами жизни этого времени становятся пассивная созерцательность, мистика и аскеза. Усиливается крайний пессимизм. Миланским эдиктом 313 г. христианство объявляется государственной религией. Запрещается изучение сочинений Платона и Аристотеля. Синод в Лаодикее (343) осуждает

магию, признавая тем самым косвенно ее действительность. В эту эпоху демонологическая теория психических заболеваний заменяет классическую медицину. Душевнобольные переходят из-под опеки врачей в руки церкви.

Сочинения в области медицины этого периода в целом лишены оригинальности, обычно они повторяют концепции греческих и римских авторов. Посидоний (IV век) отвергает демонологическую этиологию психических нарушений и ищет их источники в желудочках мозга.

Александр Тралльский (525—604), византийский врач, произведения которого будут высоко оценены в арабском мире в период эпохи Возрождения, отметил взаимосвязь меланхолии и мании, описал классические типы конституции и дал первое описание получившего позже большую популярность психологического приема, назначавшегося при лечении маниакальных состояний. Один из таких приемов описан в работе средневекового историка. Безумного Карла VI пытались напугать двенадцать мужчин, наряженные дьяволами, угрожавшими унести его в пекло, для того чтобы заставить принять его ванну (*J. Huizinga «Jesień średniowiecza», 1961, str. 38*). Тралльская медицина представляет из себя соединение традиций Гиппократов и Галена с восточными суевериями. Рекомендованные им лекарства являются примерами средневековой «*Drekapotheke*». Даренберг (*Dahrenberg*) назвал его «софистом-мясником» (17).

Павел Эгинский (625-690) обнаруживает слепую эклектическую веру в авторитет древних, ставшую типичной для средневековья. Идеализация *vita contemplativa* приводит к возникновению монастырей, которые становятся центрами традиционного врачевания, а монастырские приюты становятся прообразами средневековых госпиталей (75). Крайним проявлением медитативного ухода от мирской жизни становится монашество (например, святой Симеон Слупник, умер в 459 г.).

Откровения святого Августина (354—430) являются примером глубокого самоанализа, который Александер (19, стр. 54—59) сравнивает с произведениями Кьеркегарда и Фрейда, считая его предшественником психодинамического направления.

См. работы 19, 559, 660.



## Дальнейший упадок медицины в Европе

### *Расцвет арабской медицины (VII—XIII вв.)*

В 632 г. умер Магомет. Вскоре арабы захватывают Ближний Восток, Северную Африку и Испанию. Идеология Корана непосредственно влияет на гуманное отношение к душевнобольным. Традиции Ближнего Востока по уходу за больными являются очень древними, поскольку первое лечебное заведение для психических больных появилось в Византии в IV в. (*morotrophium*) и в Иерусалиме в V в. Около 800 г. Гарун-Аль-Рашид основал в Багдаде больницу с отделением для душевнобольных. Период с 900 по 1150 г. является временем расцвета медицины ислама, знаний о душевнобольных и ухода за ними. Лечение было бесплатным, расходы оплачивались государством. Выздоровливающие перед уходом из больницы получали пособие. Кроме того, при монастырях дервишей существовали приюты для душевнобольных, в которых применялась своеобразная психотерапия. Эти заведения сохранились в Турции до сегодняшнего дня (109, 660).

Хонаин, прозванный Иоаннитом (800—850) переводит на сирийский язык Аристотеля, Гиппократ и Галена. Наяб (IX—X вв.) дает описание депрессии, мании и их сочетаний. Авиценна (980—1037) критикует демонологическую этиологию меланхолии и выдвигает гипотезу ее соматического происхождения. Аверроэс развивает философию перипатетиков и создает теорию «двойной» правды: философской и теологической, воспринятой в XIII в. святым Фомой Аквинским. Эта теория имела большое значение, поскольку принимала законность философских, а также других взглядов, например, естественных, несовместимых с религиозными. В свете этого религиозная правда не должна была обязательно совпадать с мирской правдой.

Маймонд (1135—1204) дает прекрасное описание больных, страдающих меланхолией, случаев взаимопереходов мании и меланхолии, а также дает подробные рекомендации как сохранить физическое и душевное здоровье. При лечении больных он рекомендовал средства, которые теперь можно было бы назвать психотерапевтическими: музыку, ароматерапию и другие развлечения (462).

Крестовые походы способствовали близким контактам культур ислама и Европы. Быть может, мусульманские больницы стали примером для создания первых европейских больниц (660). В этот период в Европе была сильно распространена проказа, и во всех европейских странах было построено большое число лепрозориев. После того как проказа ушла из Европы (за исключением скандинавских стран), лепрозории были превращены в приюты для обездоленных и душевнобольных (236). В XII в. в Хееле недалеко от Антверпена возникает институт семейной опеки над душевнобольными — прообраз современных приемных семей. Известно, что в 1320 г. существовал приют для душевнобольных в Эльблонге. Первая больница для психических больных в Европе была основана в 1377 г. в Бетлхеме в Лондоне. Отражением языческой веры в божества, насылающие и лечащие болезни, является в это время вера в святых — покровителей и избавителей от болезней.

Варфоломей Английский написал в XIII в. нечто вроде популярной энциклопедии средневековых знаний «*De proprietatibus rerum*», где к меланхолии отнесены состояния страха, ипохондрии, депрессии и мании (306).

В IX в. возникает медицинская школа в Салерно, так называемая «*collegium hippocraticum vel civitas hippocratica*». Святая Хильдегарда из Бигнена (1098—1179), принадлежавшая к этой школе, пишет медицинский астролого-магический трактат. Константин Африканец (1020—1087) занимался переводами арабских сочинений по медицине и передал салернской школе знания, почерпнутые арабами из античной медицины. Святой Фома Аквинский (1225—1274) соединил философию святой церкви с наукой Аристотеля. Согласно его дуалистической концепции душа управляет телом, но может быть независимой от него. Вегетативные функции зависят от внутренних органов, но интеллектуальные не зависят от тела. Это было началом дуализма, до сих пор еще существующего в психиатрии.

Арнольд де-Вильнев (1240—1313) рекомендовал трепанацию черепа и извлечение вредных субстанций для лечения психических заболеваний, включая мании (19, стр. 66). Эти рекомендации, а также репродукции из монографий Клибаньского и другие средневековые рисунки — «инструкции» (*cauterisation charts*), содержат необходимые указания для проведения трепанации и места прижиганий при лечении больных, страдаю-

ших меланхолией. Это может быть подтверждением известного предположения о том, что обычай трепанации черепа для лечения душевнобольных берет начало в далеком прошлом, на что указывают археологические находки черепов со следами трепанации эпохи неолита (380, стр. 291; там же можно увидеть средневековые рисунки, изображающие лечение меланхоликов с помощью музыки и бичевания).

См. работы: 19, 109, 236, 306, 380, 397, 462, 660.

### **Ранний Ренессанс (XIII в. до падения Константинополя, 1453 г.)**

В 1233 г. папа Григорий IX учреждает инквизицию, которая окажет в будущем фатальное влияние на судьбы душевнобольных. Однако несмотря на усиление веры в демонологию появляются предвестники эмпиризма. Роджер Бекон (1210—1294) считает умственное расстройство естественной болезнью. Он разделяет знания «внешние» — эмпирические и «внутренние» — мистические. Витело, уроженец Шленска (XIII в.), в своем трактате «*De natura daemonum*» различает симптомы (*apparitiones*), причины которых находятся в самом больном, и разделяет их на *demonones frenetici*, *melancholici*, *epileptici*, а также «истинных» демонов, согласно средневековой демонологии.

В начале XIII в. возникают первые медицинские университеты и факультеты в Европе. В 1231 г. Фридрих II Гогенштауфен своим указом обязал желающих заняться лечебным ремеслом проходить пятилетнее обучение медицине со сдачей экзаменов в салернской школе.

### *Меланхолия в средневековье. Отношение церкви в средние века к психическим больным*

Как пишет Александер (19, стр. 50—53), отношение к психическим больным в средние века было гуманным и церковь окружала их заботой и вниманием, а светские взгляды, как это следует из тогдашней художественной литературы, были в этом отношении более реалистичными и нередко предполагали психогенную природу психических заболеваний.

Например, Ивэйн, герой средневекового романа, впадает в психоз под влиянием несчастливой любви, а излечивает его от недуга новая любовь. Таким образом, данный сюжет можно рассматривать как концепцию психоза, вызванного эмоциональным стрессом и излеченного благодаря счастливому повороту судьбы.

Боэций (погибший в 524 году по обвинению в измене) впадает в *«letarg»*, хотя описание его страданий соответствует тогдашнему представлению о меланхолии (94, стр. 584). Это объясняется тем, что со времен Аристотеля, произведения которого были известны Боэцию, меланхолии придавался высокий нравственный статус и (в то же время) двойственное значение. В ней также обнаруживалось активное начало. Она помогала в размышлениях, вела к мудрости и наделяла пророческими способностями. В такой ситуации, утверждал Боэций, музы поэзии, которые старались его утешить, были бессильны. И только муза философии становится врачом его духовных страданий.

Схоластик Вильгельм Овернский (XIII в.) утверждал, что слишком глубокие размышления о сверхъестественных явлениях могут довести меланхолических особ до расстройства рассудка. Но даже в этом случае они сохраняют дар вдохновенного пророчества. Некоторые святые нередко стремились к полному безумию, которое приносило с собой спасение души, поскольку если до болезни человек был справедливым и добрым, то во время болезни нельзя было лишиться этих добродетелей, так как невозможно грешить будучи безумным. А если до этого человек был грешником, то во время болезни его вина по крайней мере не могла увеличиться (380, стр. 73—74).

Таким образом, больные, страдающие меланхолией, в глазах некоторых средневековых моралистов воспринимались как безответственные и неменяемые существа. Данный тезис подтверждается тем фактом, что ни в одном из текстов процессов о колдовстве не встречается термин меланхолия (613, стр. 633).

Реджинальд Скотт (1548) в трактате, защищающем подозреваемых в колдовстве (*«The Discovery of Witchcraft»*), ссылается на то, что многие из подозреваемых в действительности страдают меланхолией. Это является косвенным подтверждением, что меланхолия нередко освобождала от подозрения в колдовстве. Мартин Лютер пишет *«Satan est spiritus tristitiae ideo longissime abest a musica»* («Сатана является виновником печали

и потому держится вдали от музыки»), — выражая тем самым как представление о способе избавления от печали, так и бытующую с древних времен веру в действенность лечения музыкой душевнобольных. Похоже, что в период контрреформации церковь относилась к меланхолии недоброжелательно, видя в ней опасность для веры и добрых обычаев. Закки, личный врач папы Иннокентия X, говорил: «*Gaudet humore melancholico daemon*» («Дьявол радуется меланхолическому настроению»). А Святая Тереза (1515—1582) утверждала: «Существует множество обличий подобного состояния...; верю, что Сатана насылает его на некоторых людей, чтобы привлечь к себе...; меланхолия в настоящее время является более распространенным расстройством здоровья, чем раньше. Причиной этого является своеволие и распушенность, которые теперь называются меланхолией». Встречались однако и противоположные суждения. Например, уже упоминавшийся ранее Вильгельм Овернский говорил, что меланхолия уводит от земных искушений, а Джеймс Дэй в своей работе «*The melancholics souls comfort*» пишет, что «никакая музыка не мила настолько Богу, как плач и слезы». (44, стр. 104)

Кодификация средневековой демонологии Михаилом Пселсом (1020—1105), постановления инквизиции и предписания, касающиеся обследования подозреваемых в колдовстве, изложенные в «Молоте ведьм» (1484) и «Демонологии» Якова I определили правовые границы обвинений в этом грехе и, тем самым, как это не парадоксально, ограничивали злоупотребления. Кроме того, благодаря схоластическому педантизму инквизиторов, исследователям истории психиатрии достался обширный и ценный фактографический материал.

На основании приведенных фактов можно сделать вывод, что упомянутые факторы нередко спасали больных депрессией от преследований инквизиции, однако часть этих больных, страдающих маниями греха и самообвинения, становилась их жертвой.

Сведения о психических больных в процессах о колдовстве достаточно общие и можно подчеркнуть предположение о том, что чаще всего жертвами этих процессов становились страдающие шизофренией и истерией.

Представляется, что меланхолия, хотя отношение церкви к ней бывало порой недоброжелательным, в то же время находилась в более привилегированном положении в сравнении с другими психическими болезнями.

Особой формой депрессии, которую на языке современной психиатрии можно было бы назвать депрессивной реакцией, являлась *acedia* (716, стр. 102—108). Возникла она из греха лени, отвращения к медитативной набожности. Подобная форма реакции именовалась «монашеской болезнью», а также *pusillanimitas* (т. е. малодушие) или *scrupulositas* (289, стр. 261). Проявлялась она как психический стресс и болезненные сомнения в смысле религиозной обрядности, а также как чувство собственной греховности и страх перед наказанием. Роль психотерапевта выполнял исповедник. Этот особый вид депрессивных реакций, связанный с мировоззренческими сомнениями и сомнениями в вере, описывает мистик и аскет Иоанн Креститель как «ночь, когда дух погружен в темноту, а душу угнетает мрак» (558).

Монах Стагирий страдал «безбожием», его посещали мысли о самоубийстве, опасения, что не будет он спасен. И его страдания усиливались из-за того, что он видел, как его товарищи, бросившие монастырскую жизнь, избавились от этих страданий, и сам он их не испытывал пока не стал монахом. Хризостом старается утешить его аргументом, что страдания облагораживают и приближают к Богу. Таким образом, допускается мысль о том, что меланхолия исполняет роль катарсиса (очищения) (380, стр. 75).

Данте осуждает угнетенное состояние духа, помещая меланхоликов в пятый круг ада, а грешники в аду помещаются в более удаленный круг, по мере возрастания тяжести их прегрешений. В пятом круге обитают погруженные в илистую реку смерти Стикс, осужденные за гнев и уныние.

Увязнув, шепчут: «В воздухе родимом,  
Который блещет, солнцу веселясь,  
Мы были скучны, полны вялым дымом;  
И вот скучаем, втопанные в грязь.

(«Божественная комедия»,  
«Ад», VII, 121—123).

Тем не менее отношение Данте к меланхолии является двойственным, что подтверждается песнью XIV «Ада» (стих 94—109). Вергилий объясняет Данте происхождение рек подземного царства, называет Сатурна «достойным старцем», который правил Золотым Веком, а VII сфера рая является сферой Сатурна («Рай», песнь XXI). Число семь имеет здесь

символическое значение, поскольку Сатурн является воплощением седьмого возраста человеческой жизни: старости с ее грузом знаний и страданиями, а также седьмой добродетели — мудрости.

Это сопоставление меланхолии и старости подталкивает нас к известному наблюдению, что во время депрессии у детей (случающейся очень редко) они нередко высказывают суждения по своей зрелости не соответствующие их возрасту и рассуждают как взрослые. После того как проходит депрессия, исчезает и «патологическая интеллектуальная акселерация». К ним возвращается их детскость, и они ведут себя и думают соответственно своему возрасту.

Помимо медицинской, нозологической и типологической классификации меланхолии ее можно оценить так, как она виделась в описаниях различных эпох, и воспользоваться ее эстетической и философской классификацией. О больном, страдающем депрессией, кто-то из психиатров сказал, что это пессимист с иллюзиями. Не всегда бывает легко провести границу между бредом и сверхценными идеями, и хорошо известно, насколько творческая индивидуальность проявляется в содержании и теме произведений. С этой точки зрения следовало бы оценивать особенности религиозного и философского мировоззрения, например, стоиков, Шопенгауера и Кьеркегарда, следующих пессимистическому, сатурнальному ходу человеческой мысли (377, 655).

Коль скоро уже упоминалось о культах Диониса и Аполлона, то необходимо также упомянуть и о третьем направлении — сатурнальном: пути рефлексии, медитации, печали и страданий. Если допустить, что состояние депрессии является антитезой дионисийской радости имманентной человеку, то легко можно понять, почему содержание депрессивного психоза менее подвержено влиянию духа времени, чем, например, шизофренический бред, как об этом пишут А. Орелли, Г. Кранц, Г. Лаутер и др. (400, 433, 508), поскольку в депрессии, как отмечал Б. Паулейков, проявляются архаичные страхи человека о душе, теле и основных жизненных потребностях в форме мании вины, ипохондрии и повышенной набожности (516).

См. работы: 19, 44, 94, 289, 380, 558, 613, 533, 714, 716.

Массовые депрессивные реакции, связанные с драматическими социальными коллизиями, являющиеся следствием социальной индукции или моды, случаются в разных эпохах. Об эпидемиях самоубийств в Древней Греции упоминает Аэций (20, стр. 146). Были это скорее самоубийства ритуальные, связанные с культом Диониса, в котором радость соединялась с безудержной жадной насилья и сексуальными эксцессами (см. сообщения Ливия о процессе в Риме против участников вакхических обрядов: «Вакханалия» в антологии В. Дрейкандта (217, стр. 1—12; см. также 527).

Уверенность в неотвратимости конца света с наступлением 1000 года, известная как хилиазм (от греческого *chilici* — тысячи), вызвала настоящий прилив пессимизма. Были оставлены все бранные дела, и все мысли были отданы покаянию и мыслям о спасении. Такое массовое состояние подавленности приходило также вместе с мором, военными поражениями и голодом. Впрочем, можно отметить также и противоположные реакции, когда множество людей искало забытие в пьянстве, разврате и даже в преступлениях и убийствах (502, 641). Социальная роль таких массовых явлений как самобичевание и движение «трясунов» заключалась в том, что чувство вины и страха осуждения передавались также и зрителям. Парадоксально, но фактом является то, что реакция в форме оргий на угрозу подобных катастроф напоминают довольно редкую форму маниакальной реакции на угнетающие переживания.

В эпоху Возрождения наблюдалась эпидемия тарантизма, которую Фердинанд Эпидор (1621 г.) относил к разновидности меланхолии, что свидетельствует о том, насколько разный смысл принимало это слово. Сигерист полагает, что тарантизм являлся реликтом оргиастичных дионисийских культов в Апулии.

Существуют также коллективные депрессии, связанные с климатом и тяжелыми условиями полярной ночи, так называемая арктическая депрессия и эпидемии самоубийств у эскимосов. Аналогично состоянием глубокой подавленности и массовыми самоубийствами реагировали некоторые первобытные племена на столкновение с цивилизацией белого человека, к которой они не могли приспособиться.

См. работы: 20, 94, 217, 289, 400, 433, 508, 516, 527, 558, 582, 714, 716.



## *Меланхолия в светской жизни средневековья*

Меланхолическая поэзия берет свои истоки в древних элегиях, тоскующих об утраченном Золотом Веке (Вергилий, Гесиод). В средневековье, как пишет Хойзинг в «Осени средневековья» (стр. 51—52), меланхолия принимала одновременно три значения: понурое состояние, глубокая рефлексия и фантазия. Каждое значительное усилие разума оборачивалось «угрюмостью». Жан Фруассар, тогдашний летописец, рассказывая о ком-то, получившем важное известие, сообщает, что тот вначале погрузился в «меланхолию» и только тогда принял решение. В тогдашней придворной поэзии, особенно в позднем средневековье, в соответствии с распространенным пессимизмом и обостренным восприятием отрицательных сторон жизни и ее мерзостей в поэтическую традицию вводилось меланхолическое настроение (Хойзинг, стр. 363).

«*Dame Meigencolue*» средневекового поэта А. Шартье бледна, худощава и оборвана. Точно так же в глазах многих людей могла выглядеть ведьма. Это был двойственный образ. Она была воплощением враждебной сатанинской прелести или истинным обликом нищеты Врага Добра. Средневековый психологический портрет женщины это «Беатриче в небесах среди звезд или колдунья и человеческий недруг» (483).

Само название книги «Молот ведьм» указывает, что он должен был ударить прежде всего по женщинам, и это не случайность, а следствие характерного для средних веков мизогинизма. Напрашивается вопрос, является ли пластическое воплощение меланхолии в женском образе выражением женского рода этого существительного? Ведьма — это та, которая «ведает», знает черную магию. А чернь принадлежит миру Сатурна. Отсюда выражение «*facies nigra propter melancholiam*» — «черное обличие меланхолии». «*Melancholia I*» Дюрера (380, стр. 290) передает, может быть, не только печаль, приходящую с мудростью и пессимизмом, как эта картина интерпретируется упомянутыми выше авторами. Она убрана в черное, так как обладает тайным знанием черно-книжников.

См. работы 217, 377, 380, 400, 433, 483, 502, 508, 516, 527, 655.

## Расцвет Возрождения

### Обзор событий

Возрождение принесло освобождение средневековому человеку, работавшему раньше как анонимное существо *sub specie aeternitatis*, во славу Божью, вернуло ему индивидуальность, которая была утрачена с упадком античности. Не принесло оно, однако, изменений в судьбы психических больных. По-прежнему они заполняли опустевшие лепрозории, тюрьмы и продолжали оставаться объектом преследований со стороны инквизиции. Немногочисленные упоминания (306) позволяют предполагать, что достаточно обеспеченные больные могли рассчитывать как на помощь своих домашних, так и врачей и частных заведений, которые, впрочем, получили распространение в течение следующих двух веков (306). Доминиканцы Иоганн Шпренгер и Генрих Крамер с одобрения папы Иннокентия VIII издали уже упоминавшуюся книгу «Молот ведьм» («*Malleus maleficarum*») в 1484 г. Яков VI король Швеции, особенно в своей «Демонологии в форме диалога» (1597), обрушивается на взгляды Реджинальда Скотта — предшественника Иоганна Вейера, вставшего на защиту колдуний. Появившиеся в Европе после падения Византии ученые византийцы знакомят европейцев с римским правом, поэзией, философией и греческой наукой (Г. Острогорский, стр. 455).

Взгляды прогрессивных врачей и мыслителей этого времени представляют из себя смесь почерпнутых от греков рационального эмпиризма, астрологии, магии и алхимии. Парацельс (1493—1541) является типичным представителем этой эпохи. Он революционно борется с узаконенными мертвыми канонами схоластического знания в университетах. Верит в значение опыта и приобретает его, путешествуя по всей Европе (при этом посещает также и Польшу?), но в то же время глубоко уверен в силе влияния небесных светил на человеческие судьбы. Занимается алхимией, а рекомендуемые им лечебные методы являются смесью магии и эмпиризма. В работе о болезнях, опустошающих разум («*Von den Krankheiten die den Vernunft berauben*»), он отрекается от классической триады: *phrenitis, mania, melancholia*. Парацельс относит меланхолию к разряду «истинного безумия» (*Wahre Irrsinn*), поскольку связывает ее с недостатком разума. Он не считает меланхолию порождением Сатаны, но демонологическую этиологию можно

обнаружить в другой категории психических больных, названных *obsessi*. В трактате «De colerico bello, de melancolico passione, de sanguinea industria, de flegmatico sudore» приводится типологический анализ на примере воинственного мужа как холерика и сектанта, как меланхолика, пытающегося обрести в мученической смерти фальшивую святость (270, 514).

Андреа Чезальпино (1516—1603) в трактате «Daemonum investigatio peripatetica» (как следует из названия, имеющего отношение к Аристотелю) рекомендует установить, не являются ли подозреваемые в колдовстве «больными вследствие естественных причин, таких как черная желчь или иные злые чувства, которые временами поражают разум» (652, стр. 140).

В целом узаконенной считалась гуморальная теория происхождения меланхолии. В то же время пытались отыскать и внешние причины ее возникновения. Например, Томас Коган (1584) считал, что она возникает из-за чрезмерных занятий наукой, Тимоти Брайт (1583) выделял в ней форму, вызванную внешними причинами, а именно реактивную и гуморальную формы. Упоминание о меланхолии и пространные труды на эту тему можно обнаружить в польской художественной и медицинской литературе этого времени. А. Рот в своем «Очерке истории психиатрии в Польше» 1893 г. приводит многочисленные цитаты из достаточно обширной польской психиатрической литературы, включающей работы, посвященные меланхолии, со времен Ренессанса до его времени (559).

Из этой ценной и заслуживающей изучения работы Рота следует, что развитие психиатрических знаний в Польше шло в ногу с развитием европейской психиатрической мысли, разделяя все ее ошибки и заблуждения. Достаточно вспомнить, что сокращенный польский перевод «Молота ведьм», выполненный Станиславом Зобковичем — секретарем князя Януша Острогского, появился в Кракове в 1614 г., а в 1637 г. в Познани неизвестным автором была издана книга «Колдунья поневоле» — трактат, защищающий подозреваемых в колдовстве с позиций рационализма.

См. работы 270, 306, 514, 559, 658.

### «Гений меланхолии» в эпоху Ренессанса

Филипп Меланхтон ввел в научное обращение слово «психология» применительно к науке о человеке. Прославляя гений Дюрера, он писал: «Melancholia Düreri generosissima» («Наибла-

городнейшая меланхолия Дюрера»), выражая тем самым господствующее в период Ренессанса мнение Аристотеля о гениальности меланхоликов. Из автобиографии Дюрера известно, что он страдал состояниями творческой депрессии. О том какое внимание уделял он этому явлению, свидетельствует рекомендация в учебнике живописи, где он советует не допускать появления этой болезни у подмастерья, а в случае обнаружения лечить ее музыкой (61, стр. XXXII и 32—33).

Изобретение книгопечатания Иоганом Гутенбергом (около 1399—1468) способствовало широкому распространению религиозно-философских и астролого-магических понятий, относящихся к меланхолии с ее мифологическим убранством, особенно с появлением в конце XV века календарей, являвшихся своеобразной популярной энциклопедией знаний об окружающем мире (рис. 4).

Соединение тезисов Аристотеля с представлениями неоплатонизма о связи явлений макрокосмоса и микрокосмоса, а также с астролого-магической интерпретацией судьбы человека, привело к возникновению новой концепции меланхолии с ее богатой художественной и литературной символикой.

Астрология в это время была не только методом предсказания будущего, но и общей теорией жизни, и врачи должны были изучать ее так же как анатомию и ботанику (96).

Небесные тела трактовались как личности, которые в астрономической мифологии оказывали определенное влияние на судьбы людей, руководствуясь симпатиями и антипатиями. Планеты олицетворяли собой семь главных грехов и добродетелей. В этой классификации Сатурну приписывались следующие имена: *tristitia*, *acedia*. Он должен быть оказывать решающее влияние на ту роль, которая была уготована людям, родившимся под его знаком, на жизненной сцене. Платоновская концепция френезии возрождалось в облике сверхъестественной способности предвидения, которой наделялись талантливые «дети» Сатурна (*divinatio, furor divinus*).

Сын известного врача Марселино Фичино, один из светлейших умов этой эпохи ментор Академии Козимо Медичи во Флоренции в своей работе «*De vita triplici*» чувствует меланхолию в соответствии с описанными выше концепциями. Согласно его взглядам средневековая *vita meditativa* уступает место философской *vita speculativa*. Фичино, рассуждая о гении меланхолии, имеет в виду не только философов, теологов и ученых. Им не уступают, а может быть даже превосходят



Рис. 4. Средневековый рисунок, изображающий четыре темперамента с их атрибутами и эмблемами (слева направо: сангвиник, холерик, флегматик и меланхолик).

художники. Поэтому Агриппа из Ноттингема в своем произведении «De occulta philosophia» утверждает, что есть три рода гениев, творчество которых находится под влиянием «меланхолического безумия». В их числе находятся художники и архитекторы, подвластные фантазии.

Назвать художника меланхоликом значило отнести его к гениям. Вазари в свих «Жизнеописаниях» употребляет это слово применительно к художникам, которых он особенно ценит. О Микеланджело он говорит, что «ему сопутствует звезда меланхолии», а Рафаэль представил его в своей «Афинской школе» как «*Penseroso*». Художникам и поэтам были хорошо известны состояния творческой депрессии, следующие за периодами лени, ощущения творческого голода или отреченности. Петрарка говорит об «*acedii*», сопровождающей его творчество, а Микеланджело в своем 74-м сонете пишет: «Меланхолия — моя радость, а смятение — отдых».

Таким образом, средневековый аскетизм уступает место гуманистической медитации. Идеалом становится свободный человек эпохи Ренессанса — «*homo literatus*», «*Musarum sacerdes*». Освободив знания о человеке и самом себе от оков, человек обнаружил в них несовершенство и потому стал «меланхоличен и задумчив», как пишет о Данте Бокаччо (380, стр. 255). Следует помнить, что определенные отклонения от психической нормы у художников в отличие от обычных людей были несомненно уважаемы общественным мнением. И «звезда меланхолии», украшающая чело Микеланджело, могла бы столкнуться с иной оценкой, если бы она блеснула над головой простого обывателя.

Небесполезно при изучении истории возникновения тех или иных традиций, верований и суеверий обратиться к так называемой «ярмарочной» литературе, поскольку в ней можно отыскать следы древнейших мифов и магической практики, берущих начало из далеких эпох, вплоть до культов Месопотамии. Например, описание магического значения Сатурна в книге под названием «Соломон. Мир духов и ключ к ним» (Изд. Е. Бартельса, Вайсензее, вероятно начало XX в.) почерпнуто из традиций и верований древних мертвых культур и является довольно точным повторением взглядов эпохи Ренессанса и средневековья об этом покровителе меланхолии.

См. работы 61, 96, 270, 380, 509, 614, 559, 658.

## **Век Барокко и эпоха Просвещения**

### *Обзор событий*

В течение XVII и XVIII столетия происходит дальнейшая ревизия науки, причем не только схоластической, но и античной — в редакции эпохи Возрождения. Под влиянием открытий в физике и химии в медицине этого времени утверждается философский, нередко вульгарно-механистический образ мышления. Философия и дальше будет продолжать оказывать существенное влияние на медицину вплоть до первой половины XIX века: от науки Лейбница о монадах до романтических натурфилософов. Картезий (1596—1650) еще признавал дихотомию души и тела, но уже Спиноза (1632—1677) ввел представление о психифизиологическом параллелизме, утверж-

дая, что разум и тело идентичны друг другу, а психологические феномены также важны, как и материальные процессы.

Монтень (1533—1592) начинает анализировать человеческие поступки без обязательной до того времени моральной оценки. Томас Гоббс (1588—1697) разрабатывает основы ассоциативной психологии. В развитии научного мышления выделяется два направления: дедуктивно-аналитический и индуктивно-эмпирический. Линней (1707—1778) на основе системы классификации растений разрабатывает нозологическую систему. Еще по-прежнему господствует гуморальная теория, но Г. Штааль развенчивает взгляды о гуморальной патологии в своей науке о темпераментах (1697). Им разрабатывается теория витализма, представляющая из себя синтез эмпиризма Гиппократа и философии Платона-Аристотеля. Теоретическим представлениям о человеке-машине противопоставляется иной взгляд, в котором выделяются болезни рассудка идиопатического происхождения и вызванные соматическими заболеваниями. Такое разделение породило два направления в психиатрии: психиков и соматиков. В теории Штааля предполагается закономерность психофизического параллелизма. Фактором, обуславливающим существование связи между душой и телом является движение, которое рассматривается как телесно-духовный элемент. Штааль вводит понятие об организме, его теория витализма существует вплоть до конца эпохи романтизма. Увеличивается число работ, посвященных меланхолии. В них можно обнаружить очень точные замечания, как, например, у Морганьи, который не видит разницы между манией и депрессией, утверждая, что одна форма переходит в другую.

Тимоти Роджерс (1691), описывая собственную депрессию, выдвигает гипотезу об отягощенной наследственности. Джон Симлайфс (1697) в своей работе «О предупреждении самоубийства» утверждает, что для того чтобы его избежать следует бороться не с самим явлением самоубийства, а с мотивами и причинами этого шага (306, стр. 113—117). Бернадино Рамаццини (1713) в первом трактате о профессиональных заболеваниях («De morbis artificum») приписывал причины приступов меланхолии у художников вредному воздействию красок, которыми они пользовались.

Томас Виллизий (1621—1675), отказываясь от гуморальной теории, предполагает причины психических нарушений в человеческом мозге и в нервных каналах. По его мнению,

основой движения и чувственного восприятия являются аномальные «вздохи» (*spiritu*). Эти «вздохи» передаются по нервам, а их отсутствие или «загрязнение» вызывают такие заболевания как меланхолию. Подобные взгляды выражал также Сиденхем (1624—1689). Виллису принадлежит сохранившееся до сих пор название «нервных» болезней.

Вильям Келлен (1710—1790) предложил разделение психических болезней на неврозы (*neuroses*) и *vesaniae*. Термин «невроз» имел для него совершенно иное значение, чем сейчас. Им обозначались все неврологические заболевания и психические заболевания, вызванные повреждениями нервной системы, то есть являющиеся согласно современной терминологии органическими. Меланхолия была отнесена им к разряду *vesaniae*.

Мессмер (1734—1815) со своей теорией флюидов стал предвестником романтической медицины, пытающейся отыскать метафизический смысл в достижениях естественных наук и являющейся реакцией на чрезмерный рационализм и материализм.

Значительные перемены в естественных науках и философии, происшедшие в XVII и XVIII столетиях оказали незначительное влияние на судьбу психических больных. Правда прекратилась охота на колдунов, но эти больные в соответствии с механическими теориями трактовались как неисправные машины или дикие животные, которых в целях защиты общества следовало бы изолировать. В больницах и психиатрических приютах применялись самые жестокие методы ограничения свободы.

См. работу 306.

### «Анатомия меланхолии»

Одной из наиболее интересных и заслуженных в истории меланхолии личностей является Роберт Бартон, священник англиканской церкви, занимавший место каноника в Оксфорде, не врач, автор изданного в 1621 г. труда под названием «Анатомия меланхолии, чем она является, все ее проявления, причины, симптомы, прогностика и несколько способов ее лечения» («The anatomy of melancholy, what it is, with all the kinds, causes, symptoms, prognostics and several cures of it»; 126), (рис. 5).

Эта работа является одним из наиболее часто упоминающихся произведений о психических нарушениях. В Англии насчитывается несколько десятков изданий этой книги. Объем



критической литературы, ей посвященной, огромен и подчеркивает ее значение не только для медицины, но также и для художественной литературы, особенно для драматургии эпохи Стюартов, а также для истории социологии (40) и экономики этой эпохи (499).

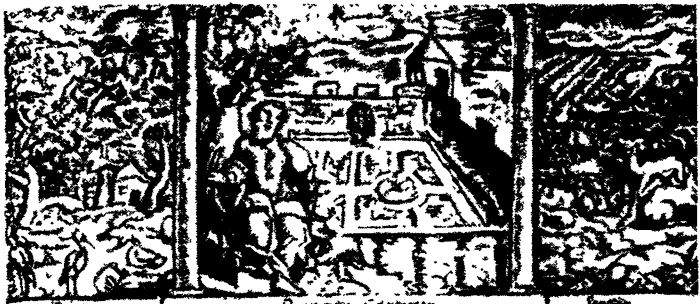
Эта работа является своего рода энциклопедией меланхолии с древнейших времен. Бартон цитирует в ней около тысячи авторов, половина из которых врачи. Но эта работа не является чистой компиляцией. В ней можно обнаружить множество тонких замечаний на основе собственных наблюдений и интроспекций. Автор утверждает, что имеет преимущество перед врачами, поскольку они почерпнули свои знания о меланхолии из книг, а он из своего личного опыта. Бартон выбрал себе псевдоним «Democritus Junior» для того чтобы обозначить свою солидарность с этим философом, а также в соответствии с традицией, утверждавшей, что он был меланхоликом, и его лечил сам Гиппократ. На надгробии Бартона можно увидеть сочиненную им самим эпитафию:

Paucis notus, paucioribus ignotus  
Hic iacet Democritus Junior  
Qui vitam dedit et mortem  
Melancholia»

(«Известен немногим и многим безвестен,  
Покоится здесь Democritus Junior,  
Что жизнь и смерть отдал  
Меланхолии»).

---

Рис. 5 Репродукция титульной обложки первого издания «Анатомии меланхолии» Р. Бартона 1638 г. с портретом автора. По краям помещены отдельные рисунки, изображающие форму и причины меланхолии в соответствии с представлениями автора. В нижнем правом углу помещен рисунок чертополоха (*Helleborus*), который издревле употреблялся как лекарство при меланхолии. Рисунки украшены астрологическими знаками и эмблемами, связанными с тематикой отдельных форм меланхолии. С левой стороны внизу: образ, выражающий возникновение меланхолии на религиозной основе, что являлось в то время предметом многочисленных публикаций по медицине и теологии; в среднем ряду слева: меланхолия, вызванная несчастной любовью (мотив известный с древних времен); вверху слева: зависть, как одна из причин меланхолии, философская медитация (философ Демокрит является аллюзией к псевдониму Democritus Junior, выбранному для себя Бартоном), одиночество; в среднем ряду справа — изображение ипохондрического меланхолика; ниже представлено маниакальное состояние (рисунок показывает, что Бартон видел взаимосвязь мании и депрессии).



THE  
**ANATOMY OF  
 MELANCHOLY**

*It treateth of all the passions  
 and humors of the mind  
 in their severall sorts  
 and howe they are to be cured*

*By*  
 Democritus Junior

*With anatomical figures  
 of the passions  
 and humors  
 by*

*Democritus Junior*



Oxford  
 Printed for  
 Henry Crips  
 1533



Во вступлении к своему произведению повторяются как рефрен слова: «Нет ничего более сладкого...нет ничего более проклятого... нет ничего более печального, чем меланхолия», — вдохновившие Мильтона на создание поэмы «Il Penseroso». Далее в предисловии Бартон задает риторический вопрос: «По сути своей кто из нас не является чудачком, меланхоликом и сумасбродом? Чудачество, меланхолия, безумие — все это одна и та же болезнь». Позднее он, однако, отличает меланхолию от других психических болезней.

Для Бартона человек является самым несчастным существом на свете по причине первородного греха, который становится первопричиной меланхолии, и проклятие которого отягощает всех людей. Однако существуют различные степени этой болезни. Наделенные разумом, такие, например, как стоики, в состоянии защитить себя от «врожденной меланхолии». Никто не то же время не может избежать этого состояния по причинам неизбежности жизненных неприятностей. В этом смысле меланхолия является воплощением человеческой слабости и «смертности» (*mortality*).

Бартон считает меланхолию одним из важнейших факторов жизни. Он отыскивает следы ее влияния на чувства, стремления, желания и физическое самочувствие, рассматривает в плоскости меланхолии торговлю, земледелие, цены на урожай, нужду и богатство, климат, небесные светила, животный и растительный мир, телесные заболевания и сексуальные нарушения. Мюллер, высоко ценящий таланты Бартона как рассказчика, драматурга, автобиографа и остроумного сатирика, утверждает, что он раскрывает перед нами не только анатомию меланхолии, но в ее аспекте также и все государственное устройство эпохи Стюартов, религию, экономику и социальные силы. Бартон добивается распространения законности, медицинских знаний и просвещения (499). Александер (19, стр. 101—104) по глубине интроспекции сравнивает труд Бартона с «Откровениями» святого Августина и работами Фрейда и обнаруживает в его замечаниях множество предвидений. Например, Бартон пишет о влиянии переживаний раннего детства на формирование ментальности человека, об ошибках воспитания излишне или недостаточно заботливых родителей, о значении подавленной агрессии при возникновении меланхолии. Наконец, он приводит описание процессов, которые на современном языке можно было бы назвать сублимацией и позитивным переносом.

Бартон считал свой труд разновидностью творческой ауто-терапии: «Пишу для того, чтобы в занятиях укрыться от меланхолии (...), для того чтобы приблизиться к совершенству, для того чтобы дать облегчение своему разуму, поскольку испытываю gravidum cor, foetum caput... тяжесть которых очень хотелось бы сбросить с себя и не могу представить лучшего способа для того, чтобы избавиться от них. Кроме того, я не должен повторять что, ubi dolor, ibi digitus (где свербит, там и чешется). В оригинале это звучит следующим образом: «I write of melancholy by being busy to avoid Melancholy (...), to exercise myself, to ease my mind, for I had gravidum cor, foetum caput. (...) Which I was very desirous to be unladen of, and could imagine no fitter evacuation than this. Besides I could not refraine, for ubi dolor ibi digitus (one must need scratch where it itches)».

Очевидно, что в соответствии с тогдашними взглядами не оставляет он в стороне вопросы о колдовстве, воздерживаясь, однако, от выражения собственного мнения (быть может из осторожности). Он цитирует множество противоречивых и благодаря этому еще менее доказательных суждений других авторов на эту тему. С этой точки зрения он также является авторитетом, поскольку М. Саммерс (633, стр. 315) называет работу Бартона как одно из основных энциклопедических произведений, касающихся проблемы колдовства. Саммерс был одним из лучших знатоков истории магии и чародейства своего времени, однако он уже был настоящим анахронизмом для XX в., когда, опираясь на католические верования, выражает непреклонную уверенность в существовании чар и служителей сатаны. А его книга является апологией инквизиции. Обвинение в компиляторстве, которое некоторые выдвигают против Бартона (553, стр. 258—260), представляется несправедливым, особенно в части истории науки. Исследователь должен опираться на существующие знания и может только дополнить их частью своих.

См. работы: 19, 40, 126, 499, 553, 633.

### *Сплин и ностальгия*

В 1610 г. Смол написал трактат о меланхолии, усмотрев в качестве места ее обитания селезенку, по-английски *spleen*. Этот термин стал в английском языке синонимом ипохондрии и даже

сейчас «селезенщиками» (так можно перевести с английского слово *splenetic*) именуют ипохондриков. В ту эпоху при рассуждениях об особенностях национального характера упоминался подверженный сплину англичанин и меланхолический испанец (последний обязан этому прозвищу образу Дон Кихота).

Меланхолия Англии эпохи Елизаветы (*The English Malady*) в XVIII веке становится английским сплином, сделавшим большую карьеру в художественной литературе и в повседневном языке. Ричард Блекмер (1725) пишет книгу «*A treatise of the spleen and vapours*», а Джордж Чейн в своем трактате (воспринятом как автобиографическое сочинение) «*The English Malady: or a Treatise of nervous diseases of all kinds, as spleen, vapours, lowness of spirits, hypochondriacal and hysterical distempers*» («Английская болезнь или трактат о всякого рода нервных болезнях, таких как сплин, видения, упадок духа, как ипохондрические и истерические расстройства», 1733) выступает в защиту особ, страдающих подобными заболеваниями, утверждая, что эти заболевания не являются чем-либо, чего следует стыдиться.

Правда, он считал, что эта болезнь вызывается гуморальными нарушениями селезенки и является для мужчин подобием женской истерии. Однако вскоре это определение стало употребляться применительно к особому рода депрессивным реакциям, являющимся сочетанием тоски и отсутствием каких-либо желаний, вызванных жизненной пресыщенностью или сочетанием тоски и пессимистического взгляда на мир, окрашенного цинизмом.

С уверенностью можно сказать, что недооценивалось значение симптомов тоски в этиологии депрессии. Этой проблемой заинтересовались психиатры-экзистенциалисты. Хорошо известны комплексы депрессивной апатии, связанные, например, с бездеятельностью во время нахождения в больнице. Упоминаний об этом достаточно и в художественной литературе. Пушкин, вспоминая байроновского Чайльд Гарольда, страдающего этим душевным состоянием, пишет в «Евгении Онегине»:

Недуг, которого причину  
Давно бы отыскать пора,  
Подобный английскому сплину,  
Короче: русская хандра...\*

---

\* Пушкин А. С. Евгений Онегин. Гл. I, XXXVIII // Полн. собр. соч. — Л.: Наука, 1978. Т. 5. С. 22.

Похоже, что поэт излишне упростил проблему, употребляя вместе два этих слова. Каждое из них имеет свой специфический смысл в повседневной речи. Под сплинном укрывается также и снобизм, свойственный той эпохе в Англии, хандра же является чем-то более естественным, живым и драматичным. Наши польские поэтические элегии, жалобы и плачи к тому же отличаются особым звучанием, быть может связанные с мартиролого-сентиментальным направлением нашей поэзии. В польском языке есть свое и, пожалуй, не переводимое на другие языки слово для определения печальных рассуждений. Им является старопольское слово «*frasunek*» и производное от него прилагательное «*frasobliwy*». Оно происходит от немецкого глагола *fressen* (то есть грызть, точить), однако в немецком языке оно не принимало другого значения, тогда как в нашем языке стало выражением глубокой земной печали и размышлений над человеческой судьбой, символом которого становится изображение Христа «*frasobliwiego*» в традиционной позе глубокого размышления, которое часто встречается в придорожных часовнях (рис. 6).

Языковедческий анализ, по мнению Вирха, имеет особое значение для психиатрии. Этим автором приводятся результаты смыслового анализа слов, используемых для определения различных психических состояний в различных языках, например, немецкого *Weitschmerz* и французского *l'ennui*, и рассуждает о непереводимости некоторых из них. В изложении материала он широко использует определения, заимствованные из повседневной речевой практики, которые часто намного точнее отражают существо вещей, чем вымышленные научные термины. В частности, им приводятся примеры языковых оборотов, находящихся в обращении у психических больных, типа выражений: «Слышу чьи-то голоса...» или «Как будто из меня мысли вытягивают...», — которые использовались Юнгом (727, стр. 87—95).

Аналогично Ясперс (341, стр. 107—109) вводит в обращение психопатологии термин «персонификация», который был заимствован у интеллигентного больного, страдающего шизофренией, при описании «части своего подсознания, которая приобрела независимость». Не менее точен парадокс, сформулированный пациентом, страдающим депрессией, из нашей психиатрической клиники в Кракове: «Я несчастлив потому, что утратил печаль...» (?).

Другим медицинским термином, связанным с меланхолией, пришедшим к нам из повседневного языка литературы, является



Рис. 6 Христос «*frasobliwy*» (с печалью размышляющий) — польская народная резьба.

«ностальгия» (по-гречески *nostos* — возвращение, *algos* — боль, страдание). Это слово употреблял Иоганн Хоффер (1611) в своей диссертации «Die Nostalgie oder Heimweh», посвященной проблеме дезертирства среди швейцарских солдат-наемников, связанного, по его мнению, с меланхолической реакцией на неблагоприятное изменение климата (246). Это справедливое наблюдение о патогенном влиянии отрыва от естественной среды обитания, которое, впрочем, можно обнаружить и у животных, например, у собак, если им приходится переехать на новое место вместе с хозяином (в данном случае может быть исключена известная у собак реакция на смену хозяина), нашло отражение в описанных Кречмером ностальгических реакциях типа «короткое замыкание», а также в понятиях *Entwurzelungsdepression* и *Reisepsychose* (депрессивное состояние у лиц, вырванных из своей среды, оказавшихся в чужом краю и, так называемые, дорожные психозы).

См. работы: 246, 341, 527, 727.

## XIX век

### *Развитие психиатрической мысли*

XIX век стал свидетелем рождения современной психиатрии. До этого времени дилетанты могли сказать о меланхолии то же, что и врачи, а может быть даже и больше. Впрочем представляется, что чрезмерная узурпация психиатрами за собой исключительного права на анализ психического здоровья человека является настолько же неправомерной, как и претензии, иногда выдвигаемые против психиатров в том, что они вмешиваются в вопросы, не имеющие к ним прямого отношения, такие, как политика, мораль и искусство.

Художественная интуиция неоднократно опережала и одерживала верх над научной мыслью, и нередко художник в лапидарном стиле может дать более точное и верное определение истины, чем пространные научные труды. Американский философ, переводчик и большой знаток произведений Хайдеггера — У. Кауфман приходит к выводу, что все написанное этим автором в сложных для восприятия и объемных произведениях, порой неоднозначных и непонятных, поэт Хильдерлин сумел прекрасно и точно передать в одном коротком стихотворении (361, стр. 39—63).



Пинель (1745—1826) выделял четыре формы психических нарушений: меланхолию, манию, умственную неполноценность и идиотию. Он предпринял попытку более точного описания меланхолии, однако не смог полностью избавиться от старых убеждений. Определение *delire melancholique* Пинель употребляет при описании угнетенных состояний, в которых мысли больного связаны с одним предметом, «особенно в том случае, когда его настроение вступает в противоречие с его обязательствами по отношению к обществу». Такой оборот является очень характерным для создателя нового идеала социальной личности. В разделе «*Melancolie ou delire exclusive*» в начале он пишет о меланхолии как о врожденном темпераменте, а затем описывает ее симптомы как психического заболевания. Часто ими оказываются симптомы шизофрении.

Его ученик Эсквирол (1772—1840) говорил о меланхолии, что она не затрагивает рассудка, а нарушает только чувства. Общее определение меланхолии он разделяет на мономанию и липоманию (по-гречески *Luao*—страдать, беспокоиться). Он различает меланхолию и ипохондрию, которая согласно его мнению вызвана главным образом нарушениями деятельности пищевого тракта. Термин «липомания» до сих пор иногда употребляется во Франции. Выделение прогрессирующего удара как отдельного заболевания стало моделью для попыток создания новой классификации психических болезней. В Германии Иоганн Хейнрот (1773—1843) стал представителем психологизирующей, морализирующей и романтической психиатрии. По его мнению, сумасшествие является последствием бурных страстей, которые отнимают у души свободу и вызывают болезнь. Вильгельм Гризингер (1817—1868), создатель эмпирико-соматической психиатрии, выдвинул тезис о психозе, который охватывал все известные психические нарушения (*Einheitspsychose*), предшественником которого был Аретей. Жан Фальре в 1851 г. описывает циркулярное помешательство (*folie circulaire*) а Ж. Бейларже в 1854 г. — помешательство в двойственной форме (*folie a double forme*). Наконец, Крепелин в первом издании своего учебника по психиатрии (1883) дает описание (справедливое и сейчас) симптомов маниакально-депрессивного психоза (*Das manisch-depressives Irresein*), а термин меланхолия применяет для депрессий пожилого возраста.

См. работу 361.

## *Меланхолия в культуре XIX века*

Рационалистическими взглядами на человека в период эпохи Просвещения оказалась не востребованной положительная оценка меланхолии, но ее прелести не были чужды эпохе романтизма. На смену элегической тональности поэзии XVIII в. приходит бурный драматизм и страстность образов Шекспира, которые становятся примером для романтической поэзии. Впрочем, представляется, что как в литературе, так и в жизни идиллия становится чем-то слишком тоскливым, и что в человеке существует потребность страдания и драмы.

В повседневной жизни хорошо известно удовольствие от «малых печалей» и возможности «поплакаться». Это удовольствие иногда бывает слегка окрашено мазохизмом, но порой успешно выполняет роль катарсиса (655, стр. 100—119).

Первой попыткой психоанализа художественного произведения стала книга Ч. Бакнилла «The mad folk of Shakespeare» (Лондон, 1867). Бибер в своей книге «Melancholikertypus Shakespeares» (1913) описывает типы меланхоликов у Шекспира. В польской современной психиатрической литературе эту тему затронул Р. Мирек.

В период романтизма модной темой становится тема кладбищ и гробов. Гете в «Страданиях молодого Вертера» представляет нам пример романтического самоубийцы. «Weltschmerz» («Мировая скорбь») входит в литературу, а в Пруссии возникают клубы самоубийц. Р. Стивенсон пишет рассказ с таким названием.

В Польше меланхолическое направление в поэзии развивается от «Элегий» Кохановского, через эпоху романтизма до Молодой Польши с ее любованием образами смерти и печали (стихотворение Тетмайера «Меланхолия» и «Меланхолия Мальчевского»).

Работы Фрейда открыли новую главу в истории психиатрии, в ее символике и мифологии. Настоящее время с его девизом «keep smiling» («храни улыбку») с общепринятой традицией замкнутости чувств, а также с его униформизацией общества не благоприятствуют классическим традициям меланхолии, однако ее можно обнаружить в пессимистических оценках нашей культуры «бунтарями», в безрадостном протесте хиппи против несовершенного мира и в моде на созерцательную философию Востока.

# БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ ОБЗОР (до 1971 г.)

---

## ПОЯСНЕНИЯ

В списке представлены библиографические данные, непосредственно относящиеся к содержанию книги. Представлены главным образом последние работы. Мировая литература по проблеме маниакально-депрессивных психозов насчитывает тысячи научных публикаций, которые до сих пор не охвачены специальными библиографическими изданиями. Подготовленный здесь обзор может быть рассмотрен как материал для такого библиографического издания. В большей части упомянутых работ имеются достаточно обширные списки использованной литературы как польской, так и зарубежной, особенно по отдельным проблемам, затронутым в некоторых публикациях.

## LITERATURA

1. *Ackerknecht E.* Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart: F. Encke, 1967.
2. *Agius S., Eisert H. G., Heimann H.* Essai de classification psychologique et physiologique du syndrome dépressif // Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie. 1970. 106. N 1. S. 105.
3. *Aleksandrowicz J. W.* Amitryptylina (clavil, NK 230) — nowy lek przeciwdepresyjny // NNiPP. 1962. N 5. S. 759.
4. *Aleksandrowicz J. W.* Nerwice i choroby psychosomatyczne. Kraków: PAN, 1971.
5. *Aleksandrowicz J. W.* Obciążenie insuliną i glikozą w zespołach depresyjnych // Psychiat. Pol. 1967. N 4. S. 439.
6. *Aleksandrowicz J. W.* Oksazepam — Wy 3498 — nowa pochodna benzodiazepiny // Psychiat. Pol. 1967. N 1. S. 73.
7. *Aleksandrowicz J. W., Dzikowski H.* Lucidril (ANP 235, Centrophoxina) — obserwacje nad działaniem leku // NNiPP. 1963. N 1. S. 97.
8. *Aleksandrowicz J. W., Dzikowski H.* Próby leczenia środkami tymoleptycznymi (imipraminą, amitryptyliną) oraz centrofenoksyną niektórych przypadków schizofrenii // NNiPP. 1963. N 6. S. 907.
9. *Aleksandrowicz J. W., Dzikowski H.* Taraktan (Re 4-0403) analog fenotiazyny o działaniu przeciwdepresyjnym // Przeg. Lek. 1964. N 3. S. 185.
10. *Aleksandrowicz J. W., Dzikowski H.* Zastosowanie valium w psychiatrii // NNiPP. 1965. N 4. S. 647—655.
11. *Aleksandrowicz J. W., Dzikowski H., Schiffer Z.* Effect of mental stress on blood coagulation // Pol. Med. Science and Hist. 1964. N 3. P. 103.
12. *Aleksandrowicz J. W., Dzikowski H., Schiffer Z.* The influence of mental conditions on blood clotting // Nuclear Hematology. 1954. N 4. P. 19.
13. *Aleksandrowicz J. W., Dzikowski H., Schiffer Z.* Tromboelastograficzne badania przebiegu krzepnięcia krwi w zespołach depresyjnych // NNiPP. 1964. N 1. S. 127.
14. *Aleksandrowicz J. W., Dzikowski H., Schiffer Z.* Tromboelastograficzne badania zmian krzepnięcia krwi towarzyszące dynamice i leczeniu psychoz // NNiPP. 1964. N 2. S. 289.
15. *Aleksandrowicz J. W., Jakubik A.* Prindol — nowy lek przeciwdepresyjny // Psychiat. Pol. 1967. N 6. S. 689.

16. *Aleksandrowicz J. W., Klimek R., Ryn Z.* A case of manic-depressive psychosis with 14-day cycles // *Pol. Endocrin.* 1968. N 5/6 S. 280. Toż pt. Przypadek psychozy maniakalno-depresyjnej o 14-dniowym cyklu Obserwacje psychologiczne i badania endokrynologiczne // *Endokryn. Polska.* 1968. N 6.

17. *Aleksandrowicz J. W., Schiffer Z.* Wpływ czynników psychogennych na krzepnięcie krwi // *Pol. Tyg. Lek.* 1962. N 25. S. 986.

18. *Alexander F.* *Psychosomatische Medizin* Wyw. 2. Berlin: Walter de Gruyter, 1971.

19. *Alexander F., Selesnick S.* The history of psychiatry. London: George Allen and Unwin Ltd., 1967.

20. *Altschule M. D.* Roots of modern psychiatry. New York; London: Grune Stratton Inc., 1965.

21. *D'Alviella G.* La migration de symboles Paris, 1891.

22. *Atapin B.* O odrębności nozologicznej psychoz inwolucyjnych Warszawa: AM, 1962 (rozprawa habilitacyjna).

23. *Atapin B.* Pozaszpitalne leczenie depresji // *Pamiętnik XXIX.* S. 293—296.

24. *Atapin B.* Próba klasyfikacji stanów depresyjnych // *Pamiętnik XXIX.* S. 67—76.

25. *Atapin B.* Zaburzenia psychiczne na tle starzenia się // *Pamiętnik XXVI.* S. 22—28

26. *Atapin B., Broszkiewicz E., Leder S., Majewski J., Welbel L.* Wyniki leczenia farmakologicznego stanów depresyjnych // *Pamiętnik XXVI.* S. 143—146.

27. *Atapin B., Broszkiewicz E., Filipowicz M.* Leczenie stanów depresyjnych tofranilem (G-22355 Geigy) // *Pol. Tyg. Lek.* 1959 N 45 S. 2001.

28. *Atapin B., Dymecki J.* Przypadek powikłania mózgoewego z zejściem śmiertelnym przy leczeniu trimperaminą // *NNiPP* 1964. N 4. S. 705.

29. *Atapin B., Jankowski K.* Encefalopatia reumatyczna z objawami psychotycznymi // *NNiPP.* 1966 N 6 S. 665

30. *Atapin B., Sobieraj R.* Leczenie insidonem stanów rzekomonerwicowych i nerwic o przeważającej symptomatyce depresyjnej i hipochondrycznej // *NNiPP.* 1968 N 2. S. 179.

31. *Atapin B., Zaborowska E.* Własne wyniki leczenia stanów depresyjnych prothiadenem // *NNiPP.* 1966. N 4. S. 425.

32. *Ambrozy S., Bednarski S.* Zespoły depresyjne w otwartym leczeniu psychiatrycznym w latach 1956—1966 // *Pamiętnik XXIX.* S. 325—327.

33. *Angst J.* Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen. Eine genetische, soziologische und klinische Studie. Berlin. Springer-Verlag, 1966.

34. *Angst J., Grof P., Hippus H., Pöldinger W., Varga E., Weis P., Wýss F.* Verlaufsgesetzlichkeiten depressiver Syndrom // Das depressive Syndrom.

35. *Angst J., Weis P., Grof P., Baastrup P. C., Schou M.* Lithium prophylaxis in recurrent affective disorders // *Brit. J. Psychiat.* 1970. N 116. S. 535, 604.

36. An introduction to psychopharmacology / Ed. R. H. Rech, K. E. Moore. New York: Reven Press, North-Holland Publ. Co., 1971.

37. *Arnold O. H.* Zur Frage der Abwandlung depressiver Verläufe nach Antidepressiva-Therapie // Das Depressive Syndrom.

38. *Asberg M., Grönholm B., Sjöqvist F., Tuck D.* Relationship between plasma level and therapeutic effect of nortriptyline // *Brit. Med. J.* 1971 N 3. S. 331.

39. *Asmussen A.* Affekt und Antrieb im Rahmen der agitierten Depression // *Nervenarzt.* 1957. N 6. S. 247.
40. *Babb L.* The Elisabethan malady A study of melancholy — 1642. Michigan State College Press, 1951.
41. *Badura W., Bomba J., Orwid M., Zadecki J.* Uwagi o psychoterapii grupowej młodzieży // *Psychiat. Pol.* 1971. N 3. S. 295.
42. *Baeyer W.* Depressionszustände in Kindheit und Jugend // *Das depressive Syndrom.*
43. *Baker M., Dorzab J., Winokur G., Cadoret R. J.* Depressive disease: classification and clinical characteristics // *Compr. Psychiat.* 1971. N 12. P. 354.
44. *Bandmann G.* Melancholie und Musik. Ikonographische Studien. Köln; Opladen: Westdeutscher Verlag, 1960. S. 87.
45. *Barkan D. W.* O wlijanii melipramina na kliničeskiju kartinu i tečenje maniakalno-depresywnogo psichoza // *Žurn. Newropat. i Psychiat.* 1969. 69. N 9. S. 1365.
46. *Bartoszewicz S., Czerwiński A., Lisowska J., Strzyżewski W.* Skojarzone leczenie zespołów depresyjnych endogennych. Referat zjazdowy.
47. *Bartoszewski J.* Perspektywy rozwoju opieki domowej nad psychicznie chorymi w Polsce // *NNiPP.* 1962. N 4. S. 591.
48. *Bartoszewski J., Moczulski W.* Samobójstwa chorych psychicznie w szpitalu psychiatrycznym // *Psychiat. Pol.* 1969. N 3. S. 319.
49. *Bartoszyńska A., Kasperska T., Kazubska M., Kochanowska K.* Osobowość i zaburzenia psychiczne u chorych na cukrzyce // *Psychiat. Pol.* 1968. N 2. S. 137.
50. *Bartoszyńska A., Kotakowska T., Welbel L.* Analiza przebiegu leczenia pochodnymu fenotiazyny // *NNiPP.* 1963. N 4. S. 515.
51. *Battegay R.* Gruppenpsychotherapie mit Depressiven // *Depressionen.*
52. *Baust W.* Ermüdung Schlaf und Traum. Stuttgart: Wissenschaftliche, 1970.
53. *Bautsch A., Dobrzańska M., Ładoś A.* Rozwój psychoendokrynologii a poglądy na udział zaburzeń wewnątrzwydzielniczych w etiopatogenezie chorób psychicznych // *NNiPP.* 1964. N 1. S. 171.
54. *Bevk A. T.* Thinking and depression. II. Theory and therapy // *Arch. Gen. Psychiat.* 1964. N 10. P. 561.
55. *Bednarski S., Góralska-Dominko A., Majczak A.* Zagadnienie depresji u oligofreników // *Pamiętnik XXIX.* S. 329—338.
56. *Bellak L., Berneman N.* A systematic view of depression // *Amer. J. Psychother.* 1971. N 25. P. 385.
57. *Bender K.* Anankastische Symptome in zykllothymdepressiven Phasen. Bonn, 1968.
58. *Benedetti G.* Psychogenese und biologische Entwicklung // *Forstchr. Neurol. Psychiat.* 1971. N 1. S. 1.
59. *Reott Q.* Conférences de psychiatrie. Fascicule VIII. Psychoses aiguës. Préface de Daumezon. Paris: Doin, Deren, 1966.
60. *Beresford H. R.* Legal issues relating to electroconvulsive therapy // *Arch. Gen. Psychiatr.* 1971. N 25. P. 100.
61. *Białostocki J.* Pięć wieków myśli o sztuce. Warszawa: PWN, 1959. S. 271—296.
62. *Bieber H., Kugler J.* Die Behandlung von depressiven Kranken mit Chlorimipramin-Infusionen // *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 1969. Bd 212. N 3. S. 329.

63. *Biedrzycki W., Gadecki W.* Przypadek śpiączki po podaniu dawki ponalidu // *Psychiat. Pol.* 1967 N 3 S. 355
64. *Bilikiewicz A.* Badania kliniczne nad istotą napadów padaczkowych dystymicznych // *Psychiat. Pol.* 1969. N 1. S. 110.
65. *Bilikiewicz A.* Dotychczasowe doświadczenie kliniki z lekami przeciwdepresyjnymi (tofranil, nozynam) // *Pamiętnik XXVI.* S. 140—142
66. *Bilikiewicz A.* «G-22355» — specyfik przeciw depresji // *Wiadomości Lekarskie.* 1958 N 6 S 258
67. *Bilikiewicz A.* Leczenie melleryem w psychiatrii w świetle własnych doświadczeń klinicznych // *NNiPP* 1961 N 1 S. 131.
68. *Bilikiewicz A.* Skojarzone leczenie depresji endogennej // *NNiPP* 1966 N 10 S 1153
69. *Bilikiewicz A., Dolmierski R.* «IB-503» — lek o działaniu przeciwdepresyjnym i przeciwmaniakalnym // *Psychiat. Pol.* 1968. N 3. S 283
70. *Bilikiewicz A., Dolmierski R.* Ocena kliniczna preparatu mesoridazin (NG 123) Candoz // *Psychiat. Pol.* 1967. N 4. S 455.
71. *Bilikiewicz A., Dolmierski R., Sikorski W.* Tiorydazyna i jej metabolity TPD-6 i TPO-33 Sandoz w leczeniu stanów depresyjnych // *Psychiat. Pol.* 1967. N 4. S. 455.
72. *Bilikiewicz A., Gromska J.* Znaczenie rozpoznawcze zaburzeń psychicznych w guzach mózgu okolicy skroniowej // *NNiPP* 1963. N 3 S 397.
73. *Bilikiewicz A., Krzyżanowski J.* Zastosowanie jednostronnych wstrząsów elektrycznych w psychiatrii // *NNiPP* 1964 N 4 S 663
74. *Bilikiewicz A., Nowicki Z.* Leczenie schizofrenicznych stanów depresyjnych na podstawie własnych doświadczeń klinicznych // *Psychiat. Pol.* 1970 N 4 S 443.
75. *Bilikiewicz A., Nowicki Z.* Napady dystymiczne u chłopca w następstwie gruźliczego zapalenia opon i mózgu // *Psychiat. Pol.* 1967. N 3. S 363
76. *Bilikiewicz A., Sulestrowski W.* Leczenie stanów depresyjnych dużymi dawkami nialamidu // *NNiPP.* 1963. N 6. S 921
77. *Bilikiwicz A., Umiastowski J.* Pierwsze własne doświadczenie kliniczne z wstrząsami indoklonowymi // *NNiPP* 1961. N 1 S. 101.
78. *Bilikiewicz A., Zurada-Wyrwińska J.* Ocena wartości leczniczej przetworu «IB-503» na podstawie własnych czteroletnich doświadczeń klinicznych // *Psychiat. Pol.* 1971 N 5. S 577.
79. *Bilikiewicz T.* *Psychiatria kliniczna.* Wyd IV poprawione i uzupełnione Warszawa PZWL, 1969 S 188—191
80. *Bilikiewicz T.* *Psychologia marzenia sennego.*
81. *Bilikiewicz T.* *Psychopatologia pokwitania* // *NNiPP* 1963 N 3 S 391
82. *Bilikiewicz T.* *Psychoterapia w praktyce ogólnolekarskiej* Wyd II Warszawa: PZWL, 1966.
83. *Bilikiewicz T.* Zaburzenia psychiczne na tle starzenia się (Problemy psychogeriatry) // *Pamiętnik XXVI.* S. 11—20.
84. *Bilikiewicz T.* *Zagadnienia psychogeriatry* // *NNiPP.* 1960 N 5. S. 703.
85. *Bilikiewicz T., Gallus J.* *Psychiatria polska na tle dziejowym.* Warszawa PZWL, 1962, S. 28.
86. *Bilikiewicz T., Wdowiak L.* Czynniki biologiczne i psychogenne w genezie stanów depresyjnych // *Pamiętnik XXIX* S. 27—38.

87. *Britchneil J.* Depression in relation to early and recent parent death // *Brit J. Psychiat.* 1970. V. 116, N 532. P. 229
88. *Birtchneil J.* The relationship between attempted suicide, depression and parent death // *Brit J. Psychiat.* 1970. V 116, N 532 P. 307.
89. *Bizoń Z., Pańków T., Pluzek Z., Winid B., Wiszniewska N.* Wstęp do ekologii samobójstw w Krakowie // *NNiPP.* 1963 N 1. S 63.
- 90 *Btaser P., König U., Pöldinger W.* Das Problem der Quantifizierung in Depressionsforschung // *Depressionen*
91. *Bleuler M.* Endokrynologische Psychiatrie Stuttgart, 1954.
- 92 *Bleuler E.* Lehrbuch der Psychiatrie Wyd. 10 Berlin, Heidelberg; New York: Springer Verlag, 1966.
93. *Błazejewski J.* Zespół majaczeniowy w przebiegu leczenia taraktanem // *Psychiat. Pol.* 1970 N 5. S 607.
- 94 *Boethius A.* O pocieszeniu, jakie daje filozofia Warszawa PWN, 1962
- 95 *Bojanovsky J.* Differenzierung der psychogenen und endogenen Depressionen. Jena, 1969
- 96 *Boll F., Bezold C.* Sternnglaube und Sterndeutung. Wyd 4. Berlin—Leipzig: Gundel Verlag, 1931
- 97 *Bonasegla F., Cavalca G. G.* Trattamento della psicosi maniacodepressiva con sali di Litio // *Riv. Sper Freniat. Włochy.* 1970. T 94, N 2 S 296—301.
- 98 *Borgna E.* Psicopatologia e clinica della «depressione sine depressione» // *Riv Sper. Freniat Włochy.* 1969 T 93, N 6. S. 1276—1290.
- 99 *Bornsztain M* Wstęp do psychiatrii klinicznej Wyd II Łódź. Księgarnia Ludowa, 1948.
- 100 *Borowski T.* Wyniki leczenia stanów depresyjnych taraktanem // *Psychiat. Pol.* 1967 N 2. S 211
- 101 *Borowski T., Grzegorzczak D.* Zmiany w obrazie depresji po dokonaniu strangulacji // *Pamiętnik XXIX* S 317—323.
- 102 *Borzych D., Gatuszko P.* Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem tindalu w lecznictwie psychiatrycznym. 1964 N 4 S. 683.
- 103 *Boy-Zeleński T.* Słówka. Kraków: Wydawn Literackie, 1953.
104. *Brätigam W.* Psychotherapeutische Führung und Behandlung depressiver Patienten // *Deutsch. Medizin J* 1969. N 20 S 66.
105. *Brätigam W.* Psychotherapie der Depression // *Das depressive Syndrom.*
- 106 *Broszkiewicz E.* O znaczenie środowiska rodzinnego w ambulatoryjnym leczeniu depresji // *Psychiat. Pol.* 1971 N 2. S. 169
- 107 *Broszkiewicz E.* Wpływ czynników psychicznych w chorobie zawałowej // *Przeg. lek.* 1963 N 10. S. 398.
- 108 *Broszkiewicz E.* Znaczenie środowiska w psychoterapii depresji. Referat zjazdowy.
- 109 *Browne E. G* Arabian medicine Cambridge: Univ Press, 1962
- 110 *Bryś J., Tomaszewski K., Wasik A., Bukowczyk A.* Captagon — nowy lek psychoenergizujący // *Psychiat. Pol.* 1969 N 3. S. 341
- 111 *Buchan T., Psych F. F.* Depression in African patients // *South Afr. Med. J* 1969. V 43, N 34. P 1055.
112. *Bukowczyk A.* Badania kliniczne nad psychozami poporodowymi. Łódź AM, 1963 (rozprawa habilitacyjna)



113. *Bukowczyk A.* Biochemia i patofizjologia zespołów egzogennych. Pamiętik XXX Zjazdu Naukowego Psychiatrów Polskich. Katowice, 1970 S. 212—215.
114. *Bukowczyk A., Bryś J., Horodnicki J., Krause-Hofyst K., Wasik A.* Promazyna Polfa w postaci dożylny jako lek zwalczający niepokój psychoruchowy // *Psychiat. Pol.* 1968. N 6. S. 633.
115. *Bukowczyk A., Cymbała J., Wasik A.* Bimanol Polfa w leczeniu poneuroleptycznego zespołu abuliczno-apatycznego u chorych na schizofrenię // *NNiPP.* 1966. N 12. S 1403.
116. *Bukowczyk A., Domagańska J., Siwczyński J., Wilczkowska K.* Badania nad działaniem antydepresyjnym doksepiny (Sinequan) // *Psychiat. Pol.* 1971. N 2 S 197.
117. *Bukowczyk A., Horodnicki J., Szydlik H.* Ocena kliniczna dwubenzepiny (noverilu) w leczeniu zespołów depresyjnych // *Psychiat. Pol.* 1971. N 3. S. 289.
118. *Bukowczyk A., Krause K., Wasik A.* Fazy psychozy a zmiany torelacji na środki psychotropowe // *NNiPP.* 1966. N 12. S. 1385.
119. *Bukowczyk A., Nawińska A., Fiszer T.* Zastosowanie toksonomii wrocławskiej do analizy stanów depresyjnych // *Psychiat. Pol.* 1968 N 2. S 155.
120. *Bukowczyk A., Wasik H.* Psychofarmakoterapia depresji. Referat zjazdowy.
121. *Bukowczyk A., Wasik A.* Różne zespoły choreatyczne w przebiegu leczenia pochodnymi fenotiazyny // *Psychiat. Pol.* 1967. N 1 S 85
122. *Bukowczyk A., Wasik A., Horodnicki J.* Skojarzone leczenie hydreginą i neuroleptykami zaburzeń psychicznych wieku podeszłego // *Psychiat. Pol.* 1969 N 3 S. 327.
123. *Bunney W. E., Mirphy D. L., Goodwin F. K.* The swift process from depression to mania: relationship to drugs with alter brain amines // *Lancet.* 1970 N 7655. S. 1022.
124. *Burner M.* Die Psychotherapie der Depressionen unter Berücksichtigung der psycho-sozialen Aspekte // *Depressionen...*
125. *Burner M.* L'abord psychothérapeutique du malade âgé // *Die Psychiatrie des Alters.* Basel, New York: S. Karger, 1970
126. *Burton R.* The anatomy of melancholy. London: Doll and Jordan Smith, 1955.
127. *Bürger-Prinz H.* Endogene Psychosen bei Kindern und Jugendlichen // *Das depressive Syndrom.*
128. *Bürger-Prinz H.* Vitalitat. Stuttgart: Enke, 1968.
129. *Byczkowska Z., Dorczak W., Nawińska A., Siwczyński J.* Stany depresyjne a uśiłowania samobójcze. Postępowanie terapeutyczne. Referat zjazdowy.
130. *Brzezicki E.* Automatyzm i stereotypie w etologii // *NNiPP.* 1955. N 4 S 551.
131. *Brzezicki E.* Energetyka napędu psychoruchowego i jego dysregulacja // *Psychiat. Pol.* 1969. N 4. S. 407
132. *Brzezicki E.* Etude clinique comparative des nouveaux psycholeptiques // *Ann. Méd. — psychol* 1960. N 2. P. 825.
133. *Brzezicki E.* Katamneza i prognoza w ostrych psychozach młodzieńczych // *Psychiat. Pol* 1971. N 4. S. 379
134. *Brzezicki E.* Krytyczna ocena dotychczasowych badań nad typologią ludzką a osiągnięcia nauki Pawłowa // *Postępy Wiedzy Medycznej* 1955. N 2 S. 127.

- 135 *Brzezicki E.* Monopolarność rozsądzającego logicznego rozumowania i bipolarność uczuć w normie i natręctwach // *NNiPP* 1958 N 3. S 325.
- 136 *Brzezicki E.* Nerwizmy i psychizmy pokwitania i przekwitania w oświeceniu teorii Pawłowa // *Przeg. Lek.* 1951 N 2/3. S 82.
- 137 *Brzezicki E.* *Psychopatologia życia codziennego* Kraków: PAN, 1970.
138. *Brzezicki E.* Psychoza maniakalno-depresyjna po urazie czaszki // *Prasa Lekarska* 1938 N 7 S. 31.
- 139 *Brzezicki E.* Schizophrenia paradoxalis socialiter fausta *Folia Medica Gracoviensia*, 1961. S 267—288.
- 140 *Brzezicki E.* Środki psychotropowe we współczesnym leczeniu psychiatrycznym // *NNiPP* 1955. N 4 S 565.
141. *Brzezicki E.* Typy ludzi w Polsce pod względem psychofizycznym i ich reakcje duchowe. I Ludzkość w świetle typologii psycho-fizycznej II: Reakcje duchowe ludzi zamieszkujących obszary Polski // *Problemy* 1946. N 9. S. 12; 1947 N 1 S. 13.
142. *Brzezicki E.* Uwagi nad biologią i filogenią uczuciowości // *NNiPP*. 1959. N 6. S 793.
- 143 *Brzezicki E.* Über Schizophrenien, die zu einem sozialen Aufstieg führen. I Mitteilung Positive Wandlung der ganzen Persönlichkeit. II. Mitteilung: Positive Wandlung der ethischen Haltung // *Confinia Psychiatrica*. 1962. N 2/3. S. 177; N 4. S 223.
144. *Brzezicki E.* Wpływ hydrazynu kwasu izonikotynowego na psychikę pod kątem widzenia nauki Pawłowa // *Pol. Tyg. Lek.* 1954. N 47. S. 1503
145. *Brzezicki E.* Życie psychiczne w okresie przekwitania // *Dolegliwości wieku przekwitania*. Warszawa, 1950.
146. *Brzezicki E., Kępiński A., Winid B.* Kilka uwag o leczeniu depresji tofranilem // *Przeg. Lek.* 1958 N 12. S. 397.
147. *Brzezicki E., Kępiński A., Winid B.* Odruch orientacyjny. Część I. Neurofizjologiczne podstawy odruchu orientacyjnego // *Folia Med. Cracov* (1960), 1959. T.I, N 1/2. S. 3.
- 148 *Burns B. H.* Breathlessness in depression // *Brit. J. Psychiat* 1971 N 119. P. 39
149. *Cadden J. J., Flach F. F.* Differential response to treatment as a function of the changing character of a depression // *Amer. J. Psychiat*. 1970. V. 126, N 7 P. 1013
150. *Cadoret R. J., Winokur G., Clayton P. J.* Family history studies: VII. Manic-depressive disease versus depressive disease // *Brit. J. Psychiat*. 1970. V 116, N 535. P. 625.
- 151 *Cammer L.* Schizophrenic children of manic-depressive parents // *Dis. Nerv. Syst.* 1970 V. 31, N 3. P 177
152. *Cavalca G. G., Bonasegla F., Costa N.* Il litio glutamato nel trattamento delle psicosi maniaco-depressive: problemi di tossicità // *Riv. Sper Freniat (Włochy)*. 1969. V. 93, N 6. P. 1337.
153. *Chaleckij A. M.* O smene sindromow w teczennii periodiczeskich psichozow // *Zurn. Newropatol. i Psichiat.* 1970. T 70, N 4. S. 556.
- 154 *Cherouillod C.* Techniques d'approches psychothérapiques des dépressions // *Depressionen*

155. *Chimiak M., Jaktewicz H., Walden J. de* Próby wyjaśnienia patomechanizmu zespołów depresyjnych // *Pamiętnik XXIX*. S. 147—151.
156. *Chłopicki K.* Uwagi o organizacji społeczności terapeutycznej w szpitalu psychiatrycznym // *Psychiat. Pol.* 1957. N 2. S. 231.
157. *Chłopicki K.* Własne doświadczenia ze stosowaniem psychoterapii grupowej w leczeniu zespołów depresyjnych. Referat zjazdowy.
158. *Chłopicki K.* W sprawie tzw. systemu drzwi otwartych w szpitalach psychiatrycznych // *NNiPP*. 1966. N 10. S. 1197.
159. *Chłopicki K.* Zespoły psychopatologiczne towarzyszące nadciśnieniu tętniczemu // *NNiPP*. 1965. N 6. S. 829.
160. *Chłopicki K., Pawłowicz A.* Wtórna toksykomania glimidowa w przebiegu atypowych psychoz endogennych // *Psychiat. Pol.* 1971. N 2. S. 137.
161. *Chłopicki W.* Kliniczne granice psychozy maniako-depresyjnej. Referat wygłoszony na VII zjeździe psychiatrów polskich w Kocborowie 4 czerwca 1927 r. Streszczenie // *Nowiny Psychiatryczne*, 1927. N 4. S. 220.
162. *Chmielewska Z., Lejman S., Strawińska Z.* Znaczenie zakładów pracy chronionej w procesie rehabilitacji // *NNiPP*. 1966. N 4. S. 455
163. *Cieslik N., Spett K., Wolter W.* *Psychiatria w procesie karnym*. Warszawa: Wydawn. Prawniczem, 1968. S. 302—309.
164. *Ciampi L.* *Aktuelle Probleme der geronto-psychiatrischen Forschung* // *Die Psychiatrie der Alters*. Basel; New York: S. Karger, 1970.
165. *Cirlot J. E.* *A dictionary of symbole* // *Philosophical Library*. New York, 1962. P. 225—266.
166. *Cooper D.* *Psychiatry and anti-psychiatry*. New York; Sydney; Toronto; Wellington: Tavistock Publ., 1967. P. 5—6.
167. *Coppen A., Noguera R., Bailey J., Burns B. H., Swani M. S., Hare E. H., Gardner R., Maggs R.* Prophylactic lithium in affective disorders. *Lancet*, 1971. N 2. P. 275.
168. *Corni F.* Die Indikation zur Behandlung mit antidepressiven Medikamenten // *Depressionen...*
169. *Curzon G.* Tryptophan Pyrrolase-A — biochemical factor in depressive illness? // *Brit. J. Psychiat.* 1969. V. 115, N 529. P. 1367
170. *Cwietkowa N. B., Dwójnikow N. D., Jonowa M. I.* Elektroencefalograficzskie dane u bolnych afektywno-bredowymi i bredowymi psychozamo presenilnogo wzrosta w procese ich katamnesticzeskiego izuczenia // *Žurn. Newropat. i Psychiat.* 1970. T. 70, N 6. S. 879.
171. *Cwynar S.* Przypadek psychozy z naprzemiennymi stanami maniako-depresyjnymi, przechodzącymi w śpiaczkę // *Rocznik Psychiatryczny*, 1860 (1951). N 1/4. S. 143.
172. *Cwynar S., Jarosz M., Pionkowski J.* Działanie lecznicze nortryptyliny // *NNiPP*. 1966. N 4. S. 419.
173. *Cwynar S., Krasilewicz R., Wojdystawska-Wold I.* Dwubenzepina (Noveril) — lek o działaniu antydepresyjnym // *Psychiat. Pol.* 1971. N 2. S. 201.
174. *Cwynar S., Nagurska H.* Ocena skuteczności działania amitryptyliny w stanach psychotycznych przebiegających z odczynem depresyjnym // *NNiPP*. 1965. N 2. S. 289.
175. *Cwynar S., Napieralska M., Pogorzelski W., Stuchnińska H.* Doniesienie o wynikach leczenia nowokainą kwaśną (H<sub>3</sub>) w Klinice Psychiatrycznej AM w Łodzi // *NNiPP*. 1962. N 4 S. 599.

176. *Cwynar S., Siuchnińska H., Frydrychowicz T., Poseł Z., Weychert A.* Stosowanie insidonu (Geigy) w zamkniętym i otwartym leczeniu psychiatrycznym // *NNiPP* 1964. N 4. S. 671
177. *Cwynar S., Rydyński Z., Simińska W., Wojdystawska I., Weychert A.* Porównawcze badania nad skutecznością rozwoju metod w leczeniu stanów depresji // *Pamiętnik XXIX*. S. 403—406.
178. *Cwynar S., Rydyński Z.* Własne doświadczenia kliniczne z preparatem SCTZ (Hemineuryna) // *NNiPP*. 1964. N 1. S. 163.
179. *Czerniejewski K.* Terapia starczych zespołów depresyjnych. Referat zjazdu wy.
180. *Czerniewska J., Jaklewicz H., Wolden J. de* Depresja o typie endogennej w przebiegu leczenia etionamidem // *NNiPP*. 1966. N 10. S. 1209.
181. *Czerwiński A., Kapelski Z.* Wyniki stosowania anafranilu w endogennych zespołach // *Psychiat. Pol.* 1971. N 6. S. 681.
182. *Czestowicz A. S.* Wyniki badań nad psychozami infekcyjnymi // *NNiPP*. 1962. N 2. S. 227.
183. *Dabiński J.* Psychofarmakoterapia i psychoterapia w ambulatoryjnym leczeniu stanów depresyjnych. Referat zjazdu
184. *Dalton K.* Prospective study into puerperal depression // *Brit J. Psychiat.* 1971. N 118. P. 689.
185. *Danysz A.* Leki tymanoanaleptyczne // *NNiPP*. 1965. N 2. S. 371.
186. Das depressive Syndrom. Internationales Symposium, Berlin 16—17 Februar 1968. Praca zbiorowa / Red. H. Hippusia i H. Selbacha. München; Berlin; Wien, 1969
187. *Davies R. K.* Electroconvulsive therapy instruments // *Arch. Gen. Psychiat.* 1971. N 25. P. 97.
188. *Dąbiński J.* Postępowanie terapeutyczne w przypadkach nerwicowych stanów depresyjnych // *Pamiętnik XXIX*. S. 423—428.
189. *Dąbrowska T., Strzyżewski W.* Zmiany zapisu eeg w przebiegu leczenia noverlinem endogennych zespołów depresyjnych. Referat zjazdu.
190. *Dąbrowski S.* Czynniki biologiczne i psychiczne w genezie stanów depresyjnych // *Pamiętnik XXIX*. S. 39—51.
191. *Dąbrowski S.* Psychozy afektywne o typie dystymicznym // *Psychiat. Pol.* 1969. N 5. S. 537.
192. *Dąbrowski S.* Różnicowanie ostupienia schizofrenicznego i depresyjnego ze zjawiskami ostupienia występującymi w psychozach inwolucyjnych oraz próba ich patofizjologicznej interpretacji // *NNiPP*. 1957. N 4 (dodatek). S. 653.
193. *Dąbrowski S.* Stany mieszane w okresie inwolucji // *NNiPP*. 1964. N 1. S. 105.
194. *Dąbrowski S.* W sprawie zespołu interno-astenicznego // *NNiPP* 1960. N 1. S. 161.
195. *Dąbrowski S.* Zespół interno-asteniczny w zejściu tzw. psychoz inwolucyjnych i próba wyjaśnienia roli jego w procesach przystosowania // *NNiPP*. 1959. N 4.
196. *Dąbrowski S.* Zmiany przebiegu okresowych psychoz afektywnych podczas inwolucji. Warszawa: PZWL, 1969.
197. *Dąbrowski S., Grądzki J.* Obrazy pneumoencefalograficzne w przebiegu cyklotymii okresu inwolucji // *NNiPP*. 1964. N 1. S. 11.

198. *Dąbrowski S., Obuchowski K.* Kliniczno-eksperymentalna analiza struktury zespołów depresyjnych okresu inwolucji // NNiPP. 1964. N 2. S. 275.
199. *Depczyński L., Kuczevska K., Tomasziewicz J. A.* Nawrotność w depresji a metody leczenia. Referat zjazdowy.
200. *Depczyński L., Kuczevska K., Tomasziewicz J.* Zmiany aktywności lipolitycznej w surowicy krwi w depresji endogennej w procesie leczenia // Pamiętnik XXIX. S. 139—145.
201. *Depczyński L., Tomasziewicz J.* Biochemiczne aspekty depresji endogennej. Pamiętnik XXIX. S. 167—170.
202. Depression Proceedings of the Scandinavian Symposium on Depression / Red. S. Kristiansen. Acta Psychiatrica Scandinavica 1961. Supl. 162.
203. Depression / Red. E. Davies. Cambridge Univ. Press, 1970.
204. Depressionen und ihre Behandlung. (Praca zbiorowa). Basel; New York: S. Karger, 1968.
205. *Dick P., Tissot R.* Critères du choix des antidépresseurs // Depressionen ..
206. *Diepgen P.* Weltanschaulich bedingte Wandlungen in der Medizin. Berlin: Norven Verlag, 1935.
207. Die Werke des Galens. Stuttgart: Hippokrates-Verlag, 1939—1941. Bd 1—2.
208. Die Werke des Hippokrates. Stuttgart: Hippokrates-Verlag, 1933—1940. Bd 1—5
209. *Dimitrow Ch., Kirow K.* Rola i miasto na psychoterapeuta pri melancholii // Swr. Med. (Sofia). 1959. T 20, N 11. S. 595.
210. *Dobrzański T., Kaczonowski F.* Badania nad zawartością insuliny we krwi chorych z depresją schizofreniczną // NNiPP. 1966. N 2. S. 139.
211. *Dolmierski R.* Psychozy okresu ciąży, porodu i połogu w świetle nowych spostrzeżeń klinicznych // NNiPP. 1961. N 5. S. 677.
212. *Dolmierski R., Falicki Z.* Leczenie parkinsonoidu polekowego ponalidem (Uk 738) // NNiPP. 1963. N 4. S. 542.
213. *Dolmierski B., Mrózek J.* Zaburzenia psychiczne w okresie starzenia się w świetle materiału Kliniki Chłrób Psychiczných w Gdańsku. Pamiętnik XXVI S. 36—39.
214. *Dominik M., Jakubik A., Ryn Z.* Zaburzenia psychiczne w związku z pobylem za granicą // Psychiat. Pol. 1968. N 5. S. 515.
215. Doświadczenia w rozwijaniu społeczności leczniczej w szpitalu w Drewnicy (Praca wspólna zespołu lekarzy i psychologów) // Psychiat. Pol. 1970. N 5. S. 566.
216. *Bragon P.* Muzyka jako czynnik psychoterapeutyczny w stanach depresji. Referat zjazdowy.
217. *Dreikandt K. K.* Schwarze Messe. München: Hansen Verlag, 1970. S. 1—21.
218. *Drogowski M.* Stany depresyjne okresu poporodowego. Pamiętnik XXIX. S. 395—398
219. *Drozdowska D., Sieniarski W., Zienkiewicz B., Jastewicz F.* Wpływ warunków społecznych na zaburzenia psychiczne okresu inwolucji // Pamiętnik XXVIII. Naukowego Zjazdu Psychiatrów Polskich w Lublinie, 13—15 września 1963. Warszawa: PZWL, 1965. S. 208—210.
220. *Dziduszko T.* O systematyce i nozologii zaburzeń psychicznych wieku podeszłego // NNiPP. 1962. N 4. S. 552—555.
221. *Dzikowski H.* Nowy środek w leczeniu psychiatrycznym esucos (U. C. B. 3412; Dihydrazine) // NNiPP. 1961. N 4 S 543.

222. *Edison W. H.* Depression: normal and abnormal // *J. Ment. Sc.* 1934. N 81 P. 370.
223. *Ekiert H.* Elektroencefalograficzne nieprawidłowości w okolicy skroniowej w zaburzeniach psychicznych // *Psychiat. Pol.* 1968. N 6. S. 663.
224. *Eliade M.* Images et symboles. Paris: Sheed Ward, 1952.
225. *Ey H.* La conscience. Paris: Press Univ. de France, 1963.
226. *Falicki Z.* Przypadek stanu padaczkowego po zatruciu lergaktylem // *NNiPP.* 1960. N 2. S. 281
227. *Falicki Z.* Zespoły depresyjne w przebiegu procesów zanikowych kory przedczołowej // *Pamiętnik XXIX* S. 205—207
228. *Falicki Z., Walden J de* Trudności różnicowe w przypadku zaburzeń psychicznych na tle padaczki skroniowej // *NNiPP.* 1962. N 3 S. 441.
229. *Fawcett J., Siemopoulos V* Dextroamphetamine response as a possible predictor of improvement with tricyclic therapy in depression // *Arch. Gen. Psychiat.* 1971. N 25 P. 247.
230. *Fischer-Homberger E* Hypochondrie. Melancholie bis Neurose. Krankheiten und Zustandsbilder. Bern: H. Huber, 1970.
231. *Flashar H* Melancholic and Melancholiker in den medizinischen Theorien der Antike. Berlin. Walter de Gruyter, 1966
232. *Fluegelman S., Auslaender J* The use of anafranil in the treatment of depression // *Harefuah (Hiszpania).* 1970 V 78 N 5 P. 269
233. *Fonberg E.* Nerwice Przesady a nauka. Seria «Omega». Warszawa: Wiedza Powszechna, 1971
234. *Fonberg E.* Neuropatofizjologia stanów depresyjnych. Referat zjazdu.
235. *Forrest A. D., Fraser R. H., Preist R. G* Environmental factors in depressive illness // *Brit. J. Psychiat.* 1965 N 111. P. 243
236. *Foucault M.* Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Librairie Plon, 1961.
237. *Foulds S. A., Caine T. M* The assessment of some symptoms and signs of depression in women // *J. Ment. Sc.* 1959 N 438 P. 182
238. *Franczak W., Sobkowiak J., Gerzabek-Bajko A., Ignatowicz Ł.* Leczenie moczenia nocnego u dzieci niektórymi tymoleptykami // *Psychiat. Pol.* 1967. N 4. S. 479.
239. *Franczak W., Ulatowska H., Sobkowiak J* Metoda Łaskowa a leki psychotropowe w leczeniu moczenia nocnego u dzieci // *Psychiat. Pol.* 1967 N 1 S. 57
240. *Frankl V. E.* Psycholog w obozie koncentracyjnym // *Apeł skazanych.* Warszawa: Pax, 1962.
241. *Frazer J. G.* Złota gałąź. Warszawa. PIW, 1962.
242. *Frackowiak T.* Psychoterapia stanów depresyjnych. Referat zjazdu
243. *Freud S.* Die Traumdeutung. Leipzig; Wien: Franz Deuticke, 1952
244. *Freud S.* Leonardo da Vinci. A study in psychosexuality. New York: Random House, 1947.
245. *Freud S.* The interpretation of dreams. London: Standard Edition of Works, 1953. V. 4—5
246. *Fritz E.* Von Heimweh. Zürich, 1949
247. *Fritzek D., Coppen A., Marks V.* Plasma magnesium and calcium in depression // *Brit. J. Psychiat.* 1969. V 115. N. 529. P. 1375
248. *Frostig J.* Psychiatria. Lwów, 1933. T. 1—2 S. 249.

249. *Gaertner H., Lisiewicz J., Krzeczowska E.* Wpływ wstrząsu elektrycznego na krzepliwość krwi u psychicznie chorych // *NNiPP.* 1966. N 12. S. 1347.
250. *Galenus G.* Die Werke des Galens. Stuttgart: Hipokratrus-Verlag, 1939—1941. Bd. 1—2.
251. *Gall H.* Rheumatoide und neuralgische Erscheinungen im Verlauf von depressiven Psychosen // *Psychiat. Neurol. Med. Psychol. (Lipsk).* 1969. Bd 21, N 11. S. 414.
252. *Gall H.* Therapieveruche durch experimentelle Erzeugung von Hautallergien bei depressiven Psychosen // *Nervenarzt.* 1971. N 9. S. 495.
253. *Gallus H., Kostkowski A.* Zdolność wiązania żelaza przez białka surowcy krwi w stanach depresji // *Pamiętnik XXIX.* S. 133—134.
254. *Gatuszko F.* Profilaktyka nawrotów schizofrenicznych i cyklofrenicznych // *Biuuletyn Informacyjny «Cefarm».* 1970. N 5. S. 167.
255. *Gatuszko P.* Przypadek ciężkiej meprobamotopatii // *NNiPP.* 1965. N 2. S. 335.
256. *Gatuszko P., Zgirski L.* Wyniki leczenia niektórymi lekami i metodami depresji endogennych, uzyskane u chorych przebywających w Klinice Chorób Psychiczych AMG w latach 1959—1965 // *Pamiętnik XXIX.* S. 407—409.
257. *Gątarcki J.* Doniesienie o leczeniu stanów depresji niamidem // *Farmakoterapia chorób psychicznych.* Warszawa, 1960. S. 353—356.
258. *Gedychowa M.* Zastosowanie trausabunu w psychiatrycznym leczeniu ambulatoryjnym. Referat zjazdowy.
259. *Gershon E. S., Dunner D. L., Goodwin F. K.* Toward biology of affective disorders genetic contribution // *Arch. Gen. Psychiat.* 1971. N 25. P. 1.
260. *Ghalioungi P.* Magic and medical science in ancient Egypt. London: Hadder and Stoughton, 1963. P. 22.
261. *Giberti F.* Hypochondrie et dépression endogene // *Evol. Psychiat.* 1965. N 30. S. 97.
262. *Gierdziewicz A.* Psychotyczne zespoły depresyjne u kobiet w okresie inwolucji // *Pamiętnik XXIX.* S. 355—359.
263. *Gierdziewicz A.* Zespoły psychotyczne okresu inwolucji u kobiet i mężczyzn // *Psychiat. Pol.* 1970. N 4. S. 415.
264. *Giza J. S., Morasiewicz W.* O wartościach opieki socjalno-prawnej nad pacjentami otwartego leczenia psychiatrycznego // *Psychiat. Pol.* 1969. N 2. S. 173.
265. *Glasenapp H.* Religie niechrześcijańskie / Przeł. S. Łapyciewicz. Warszawa: Pax, 1966
266. *Glówczeska E., Jankowski K.* Przypadek pseudocephalitis toxica w przebiegu leczenia chloropromazyna // *NNiPP.* 1964. N 4. S. 708.
267. *Gnat T., Godorowski K.* Kilka uwag o psychiatri społecznej // *NNiPP.* 1962. N 1. S. 101.
268. *Gnat T., Jezierska A., Krasilewiczowa M., Wierzbicki T.* Wstępne doniesienie o leczeniu nowymi środkami przeciwdepresyjnymi sarotenem i surmontilem // *NNiPP.* 1964. N 2. S. 323.
269. *Gnat T., Walczak B., Wierzbicki T., Zimny S.* Wstępne wyniki leczenia chloroproteksinenem chorych psychicznie // *NNiPP.* 1963. N 1. S. 103
270. *Goldammer K.* Der choleriche Kriegsmann und der melancholische Ketzei // *Psychiatrie und Gesellschaft.* Bern; Stuttgart: H. Ehrhardt Verlag, 1958. S. 90—101.

271. *Gołębiowska M.* Znaczenie aktualnej sprawności myślenia dla rokowania i leczenia depresji. Referat zjazdowy.
272. *Górska J., Fellmann B.* Zaburzenia czynności poznawczych w przebiegu depresji // *Psychiat. Pol.* 1971. N 3. S. 271.
273. *Grabowska H.* Problem depresji endogennej wieku dziecięcego // *Pamiętnik XXIX.* S. 375—378.
274. *Grabowska M. J.* Problem utajonych stanów depresyjnych i ich leczenia u chorych internistycznych. Referat zjazdowy.
275. *Grabowska M. J.* Znaczenie czynników psychicznych w powstawaniu otyłości // *Psychiat. Pol.* 1970. N 3. S. 301.
276. *Grillot de Givry* Le musée de sorciers. Paris: Officina Sanctaandrea, 1929.
277. *Grof P., Schou M., Angst J., Bastrup P. C., Weis P.* Methodological problems of prophylactic trials in recurrent affective disorders // *Brit. J. Psychiat.* 1970. V. 116, N 535. P. 599.
278. *Grof P., Vinar O.* Verlaufsrythmus und prophylaktische Beeinflussungsmöglichkeiten der affektiven Psychosen // *Das depressive Syndrom.*
279. *Gromska J.* Idee samobójcze u młodzieży jako następstwa młodzieńczych zmian nastroju // *Pamiętnik XXIX.* S. 277—284.
280. *Gromska J.* Leczenie stanów maniakalnych solami litu // *NNiPP.* 1962. N 4. S. 575.
281. *Growska J., Jaklewicz H.* Zespoły psychotyczne w przebiegu zapaleń mózgu u dzieci // *NNiPP.* 1962. N 2. S. 275.
282. *Growska J., Rief T.* Przypadek postaci ekspansywnej zespołu czołowego // *NNiPP.* 1961. N 4. S. 577.
283. *Gromska J., Sulestrowska H.* Symptomatologia nerwicowa i rzekomonerwicowa guzów mózgu // *NNiPP.* 1963. N 1. S. 83.
284. *Hamilton M., White J. M.* Clinical syndromes in depressive states // *J. Ment. Sc.* 1959. N 441. P. 985.
285. *Harrow M., Amdur M. J.* Guilt and depressive disorders // *Arch. Gen. Psychiat.* 1971. N 25. S. 240.
286. *Haubrich M., Maksimowicz M., Romankiewicz S., Sobczyk P.* Poglądy pomocniczego personelu medycznego na zmiany modernizacyjnej w klinice i szpitalu psychiatrycznym w Lublińcu // *Psychiat. Pol.* 1969. N 3. S. 351.
287. *Hauri P., Hawkins D. R.* Phasic REM, depression, and the relationship between sleeping and waking // *Arch. Gen. Psychiat.* 1971. N 25. P. 56.
288. *Heflich-Piątkowska H.* Dotychczasowe wyniki leczenia nerwic nialamidem // *NNiPP.* 1961. N 4. S. 547.
289. *Heiler F.* Der Katholizismus. München, 1923. S. 261.
290. *Heimann H.* Der Schlaf und seine Störungen im Alter // *Die Psychiatrie des Alters.* Basel; New York: S. Karger, 1970.
291. *Heinrich K., Kretschmar J. H., Kretschmar C.* Vergleichende Untersuchungen über die Ergebnisse der Pharmakotherapie und der älteren somatischen Behandlungsverfahren bei endogenen Depressionen // *Pharmakopsychiatrie (Stuttgart).* 1970. V. 3, N 1. S. 50.
292. *Helmchen H., Hippus H.* Pharmakogene Depressionen // *Das depressive Syndrom.*



293. *Henry B. W., Markette J., Emken R., Overall J.* Drug treatment of anxious depression in psychiatric outpatients // *Dis. Nerv. Syst.* 1969. V. 30, N 10. 675.
294. *Hessek A* Szpital Psychiatryczny w Anglii jako środowisko terapeutyczne // *Psychiat. Pol* 1967. N 4. S. 517.
295. *Higier H.* Etiologia i terapia psychozy maniakalnodepresyjnej // *Klinika Współczesna.* 1938. N 9 S. 478.
296. *Hippius H., Jantz H.* Die heutige Behandlung der Depressionen. Bericht über ein Symposium in Kronberg im Taunus, 12—13 Juni 1959 // *Nervenarzt.* 1959. N 10. S. 466
297. *Holub A, Kozubska M.* Zaburzenia psychiczne u chorych z wrzodzącym zapaleniem jelita grubego // *Psychiat. Pol* 1971. N 1 S. 7
298. *Hommel O. R., Panhuysen L. H. M.* Depression and cerebral dominance // *Psychiat. Neurol. Neurochir.* 1971. N 74. P 259.
- 299 *Hopkinson G.* Celibacy and material fertility in manic-depressive patients // *Acta Psychiatrica Scandinavica* T. 39, Z 3, S 473—476.
300. *Hopkinson G., Read G. F.* Bereavement in childhood and depressive psychosis // *Brit. J. Psychiat* 1966. N 112. P 459.
301. *Horecki S, Jafra J, Kurowski Z., Zajdowski Z.* Zespoły depresyjne w świetle materiału Szpitala w Morawicy w latach 1963—1966 // *Pamiętnik XXIX* S. 305—308
302. *Horodnicki J., Krause K.* Gospodarka elektrolitowa i wydalanie sterydów nadnerczy u chorych ze zespólami depresyjnymi // *Pamiętnik XXIX* S 113.
303. *Hryniewicz L.* Objawy depresyjne w alkoholowym zespole abstynencyjnym. Przyczynek do zagadnienia tzw. depresji alkoholowej // *Pamiętnik XXIX.* S. 255—260
304. *Hryniewicz L.* Psychopatologia i leczenie depresji alkoholowej. Referat zjazdowy.
305. *Hryniewicz L., Kottlarek-Haus S., Gabrys K.* Aspekty psychiatryczne colitis ulcerosa // *Psychiat Pol* 1967. N 4. S. 407.
- 306 *Hunter R., Mac Alpine I.* Three hundred years of psychiatry 1535—1860 London: Oxford University Press, 1963.
307. *Huttunen M. O.* The biochemistry of mental disorders // *Duodecim.* 1970. N 86. P. 1409.
308. *Imieliński K.* Równoczesność depresji cyklofienicznej z objawowym wstrętem płciowym w przypadku dwóch bliźniaczek // *NNiPP* 1961. N 4. S. 575
309. *Inose T., Hirata I, Kajtawara A., Iwata A, Tano T., Takahaski K, Sec I., Sakai H* Über depressive Zustände mit EEG-Anomalien Ein Beitrag zur Differentialdiagnose der endogenen Depression // *Psychiat. Neurol Jap.* 1969. Bd 71, N 8. S 764.
310. *Iwanow W.* O objawach depresyjnych chorych na schizofrenię paranoidalną // *Pamiętnik XXIX.* S 95.
311. *Iwanow W., Konstantinow K.* Dwa przypadki samobójstwa drogą samopodpalenia // *NNiPP* 1966. N 6. S. 655.
- 312 *Iwanow L. T.* O różnicowaniu stanów depresyjnych u kobiet w okresie ostrych przełomów hormonalnych // *Pamiętnik XXIX* S. 99.
- 313 *Jacobs M A, Muller J. J., Skinner J. C, Anderson J., Spilkin A. Z.* Personality characteristics of depressive patients associated with improvement in an openward setting // *J. Nerv Ment. Dis.* 1971 N 153. S 126.

314. *Jain V. K.* Affective disturbance in hypothyroidism // *Brit. J. Psychiat.* 1971. N 119. S. 279.
315. *Jaklewicz H.* Przypadek pourazowego zespołu czołowego (z badań nad zagadnieniem lokalizacji rysów charakteropatycznych) // *NNiPP.* 1961. N 4. S. 581.
316. *Jaklewicz H.* Samouszkodzenia młodocianych recydywistów // *NNiPP.* 1966. N 12. S. 1363, 1366.
317. *Jaklewicz H.* Zagadnienie charakteropatii i alkoholizmu wśród nieletnich // *NNiPP.* 1963. N 5. S. 657.
318. *Jakubczyk A., Piotrowska A., Piotrowski A., Szelenberger W.* Wstępna ocena psychologiczna-społeczna młodocianych pacjentów leczonych z powodu zażywania środków odurzających. Referat zjazdowy.
319. *Janicki A.* O ekspresji twórczości plastycznej w stanach depresji. Referat zjazdowy.
320. *Janicki A.* Percepcowanie muzyki w stanach depresji. Referat zjazdowy.
321. *Janicki A.* Zastosowanie muzyki jako dodatkowego czynnika w przebiegu leczenia chorych na schizofrenię // *Psychiat. Pol.* 1971. N 2. S. 183.
322. *Jankowska H.* Opieka rodzinna nad psychicznie chorymi na Wileńszczyźnie // *Rocznik Psychiatryczny.* 1934. N 22. S. 216.
323. *Jankowska H.* Z zagadnień biologii wzruszeń // *Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego.* 1933. N 11. S. 1.
324. *Jankowski K.* Powikłania neurologiczne w przebiegu leczenia neuroleptykami w świetle badań histopatologicznych // *NNiPP.* 1964. N 4. S. 635.
325. *Jankowski K., Knoll E.* Obraz morfologiczny ośrodkowego układu nerwowego zwierząt doświadczalnych przy długotrwałym podawaniu niektórych leków neuroleptycznych // *NNiPP.* 1966. N 4. S. 381.
326. *Jankowski K., Knoll E.* Próba porównania obrazu morfologicznego ośrodkowego układu nerwowego przy przewlekłym stosowaniu ch oropromazyny u ludzi i zwierząt doświadczalnych // *NNiPP.* 1964. N 4. S. 643.
327. *Januszkiewicz-Grabias A., Nowicki Z.* Próba oceny właściwości przeciwdepresyjnych preparatu concordin // *Pamiętnik drugich gdańskich dni lecznictwa psychiatrycznego, Gdynia 25–27 IX 1970 r. Oddział Gdańsko-Bydgoski Pol. Tow. Psychiatrycznego, Gdańsk* 1971. S. 431–433.
328. *Janzarik W.* Das depressive Syndrom, strukturdynamisch gesehen // *Das depressive Syndrom.*
329. *Jarema M.* Rzadki przypadek z kięgu psychozy maniakalno-depresyjnej // *Przeg. Lek.* 1946. N 12/13. S. 323.
330. *Jarmuzak Z.* Wzajemny stosunek wydalania z moczem kwasu 5-hydroksyindoloocetowego i wanilinomigdałowego (VMA) a efekt leczenia okresowych depresji endogennych imipraminą i nialamidem. Referat zjazdowy.
331. *Jarmuzek Z.* Zaburzenia świadomości jako powikłanie leczenia nialamidem // *Psychiat. Pol.* 1970. N 2. S. 157.
332. *Jarosz M.* Depresja (depressio) a nerwica przygnębienia (neurosi stristitia) // *Psychonerwice. Sympozjum w Łodzi. Warszawa,* 1962. S. 151–157.
333. *Jarosz M.* Elementy psychologii lekarskiej i psychopatologii ogólnej. Warszawa. PZWL, 1971.
334. *Jarosz M.* Stany hipoglikemiczne naśladujące nerwice i różne zespoły psychopatologiczne // *Psychiat. Pol.* 1967. N 2. S. 225.

335. *Jaroszewski Z., Barioszewska D.* Psychoza maniakalno-depresyjna w świetle danych z kart statystycznych szpitalnych // Pamiętnik XXIX. S. 363—374.
336. *Jaroszyński J.* Klasyfikacja stanów depresyjnych. Referat zjazdowy.
337. *Jaroszyński J., Gerard K., Stankiewicz D.* Czynniki środowiskowe i rodzinne a początek psychozy maniakalno-depresyjnej // Psychiat. Pol. 1967. N 2. S. 135.
338. *Jaroszyński J., Jaroszewski Z., Leder S.* Choroby psychiczne i pielęgniarstwo psychiatryczne. Podręcznik dla średnich szkół medycznych. Wyd. 5 poprawione i uzupełnione. Warszawa: PZWL, 1971.
339. *Jaroszyński J., Jarzębowska E., Welbel E.* Osobowość patologiczna w rodzinach chorych na schizofrenie i psychozę maniakalno-patologiczną // Psychiat. Pol. 1967. N 3. S. 261.
340. *Jaroszyński J., Kożakowska T., Stankiewicz D., Welbel L.* Klasyfikacja depresji // Pamiętnik XXIX. S. 53—66.
341. *Jaspera K.* Allgemeine Psychopathologie. Wyd. 6. Berlin; Göttingen; Heidelberg: Springer-Verlag, 1953. S. 107—109.
342. *Jaworska K., Kojecka I., Skaryszewska-Sawicka J., Szmurło B.* Dibenzepina (noveril) w leczeniu stanów depresyjnych // Psychiat. Pol. 1971. N 4. S. 433.
343. *Jaworska K., Kojecka I., Skaryszewska J., Szmurło B.* Wyniki stosowania noverilu w zespołach depresyjnych. Referat zjazdowy.
344. *Jeziorska A., Kłosińska B., Wierzbicki T.* Próba leczenia oksazepanem stanów lękowo-depresyjnych w przebiegu nerwic i psychoz // Psychiat. Pol. 1968. N 1. S. 33.
345. *Jędrzejczak W.* Zespoły depresyjne u byłych więźniów hitlerowskich obozów koncentracyjnych // Pamiętnik XXIX. S. 339—343.
346. *Johnson G., Gershon E. I., Floyd A., Hekimian L.* Comparative effects of lithium and chlorpromazine in the treatment of acute manic states // Brit. J. Psychiat. 1971. N 119. P. 267.
347. *Judin T. I.* Oczerki istorii otczestvennoj psichiatrii. Moskwa: Medgiz, 1951.
348. *Jung C.* Aion. Untersuchungen zur Symbolgeschichte. Zürich: Bascher Verlag, 1951.
349. *Jung C.* Psychological reflections. New York: Pantheon, 1953.
350. *Jung C.* Psychologie und Alchemie. Zürich: Bascher Verlag, 1944.
351. *Jung C.* Symbolik des Geistes. Zürich: Rascher Verlag, 1948.
352. *Jung C., Kerényi I.* Introduction to a science of mythology. London, 1950.
353. *Jus A.* Badania neurofizjologiczne i behawioralne w psychofarmakologii // Psychiat. Pol. 1968. N 2. S. 201.
354. *Jus A.* Ocena skuteczności leków psychotropowych za pomocą badań reakcji na «placebo» // Psychiat. Pol. 1967. N 6. S. 735.
355. *Jus K.* Ocena metod badania reakcji «placebo» we współczesnej psychofarmakoterapii // Psychiat. Pol. 1967. N 5. S. 609.
356. *Jus K.* Próba zbliżenia się do analizy fizjologicznej marzenia sennego // Psychiat. Pol. 1962. N 6. S. 861.
357. *Jus K., Jus A.* Badania poligraficzne nad snem i marzeniem sennym // Psychiat. Pol. 1966. N 6. S. 715.
358. *Jus K., Jus A.* Próba neurofizjologicznego podejścia do zagadnień nieświadomości. Analogie kliniczno-doświadczalne // NNiPP. 1963. N 6. S. 887.
359. *Justyna M., Krzyżowski J.* Leczenie wstrząsami elektrycznymi w narkozie i zwiótczeniu mięśniowym // NNiPP. 1966. N 4. S. 461.

360. *Kaczyński M.* Zagadnienia zmian psychicznych po zespołach depresyjnych // Pamiętnik XXIX. S. 171—176.
361. *Kaufmann W.* Existentialism and death // The meaning of death / Red. H. Feifel New York; Toronto; London. Mc Graw Hill Bok Comp., 1959. P. 39—63.
362. *Kay D. W. K., Garside R. F., Beamish P., Roy J. R.* Endogenous and neurotic syndroms of depression // Brit. J. Psychiat. 1969. V. 115, N 521. P. 377.
363. *Kay D. W. K., Garside R. F., Roy J. R., Beamish P.* «Endogenous» and «neurotic» syndromes of depression at 5- to 7-years follow-up of 104 cases // Brit. J. Psychiat. 1969. V. 115, N 521. P. 389.
364. *Kaye B. M.* Oral contraceptives and depression // JAMA. 1963. N 186. P. 522.
365. *Kelly D., Walter C. J. S.* A clinical and physiological relationship between anxiety and depression // Brit. J. Psychiat. 1969. V. 115, N 521. P. 401.
366. *Kennedy P. F., Phanjco A. L., Snekim W. O.* Risk-taking in the lives of parasuicides (attempted suicides) // Brit. J. Psychiat. 1971. V 119. P. 281.
367. *Kędzior J., Leszczyński L.* Zaburzenia popędu płciowego w depresji endogennej // Pamiętnik XXIX. S. 223—226.
368. *Keptński A.* Trudności naukowe psychiatrii // NNiPP. 1962. N 5 S. 715.
369. *Keptński A.* Uwagi krytyczne o psychoterapii // NNiPP. 1965. N 4. S. 585.
370. *Keptński A.* Uwagi o społeczności terapeutycznej // Psychiat. Pol. 1970. N 2. S. 169.
371. *Keptński A., Rystka-Zajacowa J.* O pielęgniarstwie psychiatrycznym, jego roli i zadaniach // Pielęgniarka i Położna. 1971 N 8. S. 16, 30.
372. *Keptński A., Winid B.* Odruch orientacyjny. Cz. II Badania nad komponentą ruchową i skórno-galwaniczną odruchu orientacyjnego // Folia Med Cracov. 1960. N 1. S. 125.
373. *Keptński A., Winid B., Gierdziewicz A.* Uwagi o odruchu orientacyjnym // NNiPP. 1961. N 3. S. 383.
374. *Kielholz P.* Allgemeine Aspekte der Depressionstorschung // Depressionen...
375. *Kielholz P.* Depressionsdiagnostik // Therapie Umschau. 1968. N 1. S. 11; *Kielholz P.* Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker. München: J. F. Lehmanns Verlag, 1965.
376. *Kielholz P.* Klassifizierung der depressiven Verstimmungszustände // Das depressive Syndrom.
377. *Kierkegaard S.* Gesammelte Werke. Entweder — Oder. Cz. 2. Jena: F. Diedericks, 1922.
378. *Kiljan A., Rządłkowska A.* Kliniczne zastosowanie TPN 12 // Referat zjazdu.
379. *Kiljan A., Wilczak H., Kubacki L., Jus K.* Badania poligraficzne nad snem i marzeniem sennym w stanach depresji // Pamiętnik XXIX. S. 101—105.
380. *Klibansky R., Panofsky E., Saxl F.* Saturn and melancholy. London. Nelson, 1964.
381. *Kożakowska T.* Indywidualna wrażliwość na leki psychotropowe // NNiPP. 1963. N 4. S. 551.
382. *Kożakowska T.* Próba analizy czynników wpływających na jakość remisji w depresji cyklicznej // Pamiętnik XXIX. S. 199—203.

383. *Kożakowska T., Ekiert H., Gohol Z.* Kliniczna i elektroencefalograficzna analiza niektórych zespołów depresyjnych // *Psychiat. Pol.* 1967. N 4. S. 423.
384. *Kożakowska T., Welbel L.* Próba ustalenia istotnych dla rokowania czynników w zespołach depresyjnych // *NNiPP.* 1966. N 4. S. 387.
385. *Kożakowska T., Welbel L.* Wartość diagnostycznych objawów psychopatologicznych w zespołach depresyjnych // *NNiPP.* 1965. N 2. S. 245.
386. *Korekjarlo M., Liener G. A.* Depressionsskalen als Forschungsmittel in der Psychopathologie // *Pharmakopsychiatrie (Stuttgart).* 1970. Bd 3, N 1. S. 1.
387. *Korta B., Spisla B.* Uzależnienia lekowe młodzieży w materiale kliniki i M. Sz. P. we Wrocławiu. Referat zjazdowy.
388. *Korzeniowski L.* Reaktywne zaburzenia psychopatów i tzw. psychozy więzienne // *Nowiny Psychiatryczne.* 1936. Z. I—IV. S. 49—52: Depresje reaktywne.
389. *Korzeniowski L.* Zagadnienie odrębności nozologicznej psychoz inwolucyjnych // *NNiPP.* 1964. N 4. S. 569.
390. *Korzeniowski L.* Zarys psychiatrii. Wyd. III. Warszawa: PZWL, 1969.
391. *Korzeniowski L., Pużyński S.* Nawracające zespoły depresyjne e przebiegu przedstarzyczych zaników mózgu // *Pamiętnik XXIX.* S. 177—180.
392. *Korzeniowski L., Pużyński S., Szymborski B.* Wpływ bimanolu — Polfa na stany depresyjne // *Psychiat. Pol.* 1967. N 2. S. 205.
393. *Korzenikow I.* Analiza osobowości nieletnich przestępców przebywających w grupach półwolnościowych // *NNiPP.* 1966. N 12. S. 1407.
394. *Kostkowski A.* Farmakochirurgiczna terapia zespołu depresyjnego w przebiegu siedmioletniej obserwacji choroby Cushinga. Referat zjazdowy.
395. *Kostrzewa T., Mijał K., Pańków T., Płżek Z., Wilk Z.* Epidemiologia samobójstw na terenie miasta Krakowa w roku 1966 // *Psychiat. Pol.* 1968. N 6. S. 653.
396. *Kozaczewska-Kaczanowska W., Luczek M.* Amiptrytylina w leczeniu stanów depresyjnych // *NNiPP.* 1963. N 5. S. 695.
397. *Kraemer E.* Les Maladies designées par le nom d'un saint. Helsingfors: Nordiska Antkvariska Bokhandeln, 1949.
398. *Kraepelin E.* Psychiatria. Leipzig: C. Grumbach, 1896.
399. *Krabelin E.* Vergleichende Psychiatrie // *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie.* 1904. N 27. S. 433.
400. *Kranz H.* Das Thema des Wahns in Wandel der Zeit // *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 1955. N 23. S. 58.
401. *Kranz H.* Depressiver Autismus // *Das depressive Syndrom.*
402. *Krasowska J.* O nowy rozdział w psychiatrii // *NNiPP.* 1963. N 5. S. 651.
403. *Krasowska J.* Zespół psychotyczny napięcia przedmiesiączkowego u dziewcząt w wieku pokwitania // *NNiPP.* 1962. N 6. S. 893.
404. *Krasowska J., Matias K., Dąbrowska M.* Niedojrzałość psychiczna i jej związek z niektórymi odchyleniami charakteru u młodzieży // *NNiPP.* 1963. N 1. S. 75.
405. *Kraus A.* Der Typus melancholicus in östlicher und westlicher Forschung. Der japanische Beitrag M. Shimadas zur prämorbiden Persönlichkeit Manisch-Depressiver // *Nervenarzt.* 1971. N 9. S. 481..
406. *Krause K., Hołyst J.* Zaburzenia psychiczne po przywróceniu czynności serca // *NNiPP.* 1962. N 3. S. 401.

- 407 *Krause K., Hołyst J.* Zespoły depresyjne i ich leczenie w przebiegu chorób naczyń mózgowych. Referat zjazdowy.
408. *Krause K., Katzenellenbogen J.* Depresja sytuacyjna w przebiegu procesu karnego // Pamiętnik XXIX. S. 267—276.
409. *Krech D.* Heredity, environment, brain and problem solving. Moskow: The XVIII Int. Congr. of Psychology, 1966.
410. *Kretschmer E.* Medizinische Psychologie. Wyd 13, oprac. W. Kretschmer Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1971; Psychologia lekarska. Warszawa: PZWL, 1958
411. *Kryczyński I.* Farmakoterapia i psychoterapia tzw. climacterium vilire Referat zjazdowy.
412. *Krystof J., Kaizer J.* W sprawie utrwalonych zaburzeń pozapiramidowych wywołanych przewlekłym stosowaniem neuroleptyków // Psychiat. Pol 1967. N 3. S. 289
413. *Krzyżowski J.* Krytyczna ocena metod służących do wykrywania neuroleptyków w moczu // NNIPP 1966. N 2. S. 161
414. *Krzyżowski J.* Próby samobójcze dokonywane środkami psychotropowymi // Psychiat. Pol. 1970. N 2 S. 181.
415. *Krzyżowski J* Próby samobójcze dokonywane środkami psychotropowymi. (Analiza przypadków hospitalizowanych w klinice psychiatrycznej w Warszawie) // Psychiat. Pol. 1970. N 3. S 275
- 416 *Krzyżowski J., Marcjan K., Skaryszewska J.* Przewlekłe podawanie węglanu litu w psychozach afektywnych Referat zjazdowy.
- 417 *Krzyżowski J., Skaryszewska-Sawicka J., Marcjan K.* Profilaktyczne działanie soli litu w psychozach afektywnych // Psychiat. Pol. 1971. N 3. S 283.
- 418 *Kubacki A.* Choroba wrzodowa a zaburzenia emocjonalne // Psychiat Pol 1968. N 6 S. 612.
- 419 *Kubacki A., Fortini K., Szelanberg W.* Poneuroleptyczne reakcje depresyjne w psychozach paranoidalnych // Pamiętnik XXX Zjazdu. Naukowego Psychiatrów Polskich. Katowice, 1970 S. 155—158.
420. *Kuczevska K., Depczyński L.* Gospodarka lipidowa w depresji endogennej // Pamiętnik XXIX. S 135—138
421. *Kudlien F.* Der Beginn der medizinischen Denkens bei Griechen. Zürich; Stuttgart: Artemis, 1967.
422. *Kuhn R.* Kombinationsbehandlung depressiver Zustände // Depressionen.
423. *Labhardt F.* Depression und psychosomatische Krankheit // Depressionen.
- 424 *Labhardt F., Pöldinger W.* Antidepressiv wirkende Medikamenten // Depressionen.
- 425 *Lades G A.* Hypochondracal syndrom Amsterdam; London; New York: Elsevier Publ. Comp., 1966.
- 426 *Langwiński R.* Powikłania w następstwie błędów dietetycznych przy leczeniu inhibitorami MAO // Psychiat. Pol. 1967 N 3. S. 337
- 427 *Lasalles R. G* Atypical facial pain and depression // Brit J Psychiat. 1966. N 112 P. 651.
428. *Laskowska D.* Obrzęk mózgu z wgłobieniem podnamiotowym jako przyczyna nagłego zgonu podczas leczenia mellerilem // Psychiat. Pol. 1970. N 5. S. 603

429. *Laskowska D., Kuczyńska R., Brezezińska I.* W sprawie działania perazyiny (taksilanu) // *NNiPP.* 1966. N 4. S. 433.
430. *Laskowska D., Kuczyńska E., Ziwny S.* Stany splataniove zamroczeniowo-majaczenia jako powikłania leczenia chloropromazyina // *NNiPP.* 1963. N 5. S. 667.
431. *Laskowska D., Urbaniak K., Groblewska K.* Poczucie choroby jako motyw samobójstwa w schizofrenii // *Psychiat. Pol.* 1967. N 2. S. 155.
432. *Lauter H.* Phassenüberdauernder Persönlichkeitswandel und persistierende Symptome bei der endogenen Depression // *Das depressive Syndrom*
433. *Lauter H., Schön W.* Über den Gestaltwandel der Melancholie // *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 1967. N 209. S. 290.
434. *Leonhard K.* Aufteilung der Endogenen Psychosen. Berlin: Akademie Verlag, 1968.
435. *Leonhard K.* Diagnostyka różnicowa i leczenie depresji okresowych i nerwicowych // *Pamiętnik XXIX.* S. 85.
436. *Leonhard K.* Biopsychologie der endogenen Psychosen. Leipzig: S. Hirzel Verlag, 1970. S. 3—53.
437. *Leszczyński L., Sikorski W., Zgirski L.* Wczesna symptomatyka depresyjna w przebiegu schizofrenii // *Pamiętnik XXIX.* S. 213—217.
438. *Leszycki A.* Współczesne badania nad przemianą materii w stanach maniakalnych i depresyjnych // *Nowiny Psychiatryczne.* 1933. N 3/4. S. 231.
439. *Lesniak R.* Poobozowe zmiany osobowości byłych więźniów obozu koncentracyjnego Oświęcim-Brzezinka // *Przeg. Lek.* 1965. N 1. S. 13.
440. *Lewis A.* The state of psychiatry. Rozdz. VII: Melancholia — a historical review. London: Routledge and Kagan, 1967. P. 71—110.
441. *Licht E., Zienkiewicz J.* Zaburzenia charakteru w przebiegu choroby reumatycznej u dzieci // *NNiPP.* 1966. N 6. S. 659.
442. *Lichtenberg P.* A definition and analysis of depression // *Arch. Neurol. Psychiat.* 1957. N 5. P. 519.
443. *Lisowska J.* Leczenie atypowych zespołów depresyjnych o charakterze dystymii // *Psychiat. Pol.* 1969. N 5. S. 543.
444. *Lisowska J.* Rola czynników somatycznych i psychicznych w atypowych zespołach depresyjnych o charakterze dystymii // *Pamiętnik XXIX.* S. 153—159.
445. *Lisowska J., Czerwiński A., Strzyżewski W., Kapelski Z., Bartoszewicz S.* Skuteczność dibenzepiny (novoril) w leczeniu endogennych zespołów depresyjnych. Referat zjazdu.
446. *Lisowska J., Sęk H.* Przypadek wielokrotnych samouszkodzeń // *Psychiat. Pol.* 1965. N 2. S. 341.
447. *Loewenstein L., Czajkowska L.* Zespoły psychoorganiczne w okresie inwolucji // *Przeg. Lek.* 1967. N 9. S. 676.
448. *Loewenstein L., Gierdziewicz B.* Przypadek zaburzeń psychicznych w przebiegu wędrującego zapalenia zakrzepowego żył kończyn dolnych i mózgu // *NNiPP.* 1963. N 2. S. 305.
449. *Lopez Ibor J. J.* Depressive Äquivalente // *Das depressive Syndrom.*
450. *Lorén J. A., Eisert M.* Quelques aspects épidémiologiques de la manie. (Etude sur 107 cas hospitalisés) // *Schweitz Arch. Neurol Psychiat.* 1969. V. 105, N 2. P. 353.

451. *Lowy F. H., Cleghorn J. M., MacClure D. J.* Sleep patterns in depression // *J. Nerv. Ment. Dis.* 1971. N 153. P. 10—26.
452. *Lubońska A.* Próby zastosowania muzyki jako środka terapii i readaptacji w szpitalu psychiatrycznym // *Psychiat. Pol.* 1967. N 5. S. 577.
453. *Lundquist G.* Prognosis and curse in manic-depressive psychosis // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1945. Supl. 35.
454. *Łęczycka K. Ł., Trembla K., Lesiak J.* Reakcje psychomotoryczne w stanach depresyjnych // *Pamiętnik XXIX.* S. 379—382
455. *Łukomski J. I.* Maniakalno-depressywny psychoz. Moskwa: Medicina, 1968.
456. *Łuniewski W.* Psychoza szałowo-posepnicza w kazuistyce sądowo-psychiatrycznej. Referat wygłoszony na VII zjeździe psychiatrów polskich w Kocborowie, 4 czerwca 1927 r. // *Nowiny Psychiatryczne.* 1967. N 4. S. 232.
457. *Łyskanowski M.* Adolf Rothe i jego inicjatywa opieki nad pacjentami opuszczającymi szpital psychiatryczny // *NNiPP.* 1964. N 2. S. 343.
458. *Łyskanowski M.* Kartki z dziejów psychiatrii. Z zagadnień farmakologicznego leczenia psychiatrycznego w Polsce w XIX stuleciu // *NNiPP.* 1963. N 1. S. 107.
459. *Łyskanowski M.* Leczenie chorych psychicznie w wieku XVIII w Polsce i za granicą // *Psychiat. Pol.* 1969. N 3. S. 357.
460. *Łyskanowski M.* Ludwik Perzyna i jego poglądy na etiologię oraz leczenie chorób psychicznych // *Psychiat. Pol.* 1964. N 2. S. 339.
461. *Madejska N., Hika N., Pańków T.* Wyniki leczenia stanów depresyjnych melitraceum // *Psychiat. Pol.* 1967. N 1. S. 463.
462. *Maimonides.* Regimen Sanitatis oder die Diaetetik für die Seele und den Körper. Basel; New York: S. Karger, 1966.
463. *Majczak A., Gryzwa A.* Zagadnienia stosowania litu w depresyjach. Referat zjazdowy.
464. *Malik K.* Psychopatologia zespołów depresyjnych leczonych w okresie 1960—1963 w Szpitalu w Kocborowie // *Psychiat. Pol.* 1968. N 6. S. 605.
465. *Malraux A.* Le musée imaginaire. Paris, 1952. N 2. S. 295, 311.
466. *Maicużyńska I., Wierzbicka B.* Ocena klinicznego i ambulatoryjnego stosowania valium // *NNiPP.* 1966. N 8. S. 957.
467. *Macjan K.* Wstępne dane o wynikach stosowania centrofenoksyny (lucidrilu) w psychiatrii // *NNiPP.* 1962. N 4. S. 583.
468. *Marcjan K., Pietruszewska L.* Próba zastosowania flufenazyny w leczeniu nerwic i psychoz // *NNiPP.* 1964. N 4. S. 677.
469. *Marcjan K.* Wpływ stosowania środków psychotropowych i elektrowstrząsów na obraz kliniczny i przebieg niektórych psychoz afektywnych i schizoafektywnych // *Pamiętnik XXIX.* S. 431—435.
470. *Mark V. H., Barry H., McLardy T., Ervin F. R.* The destruction of both anterior thalamic nuclei a patient with intractable agitated depression // *J. Nerv. Ment. Dis.* 1970. V. 150, N 4. S. 266.
471. *Marti-Ibañez F. Ariel.* Essays on the arts and the history and philosophy of medicine: The wonder world of symbols. New York: M. D. Publications Inc., 1952. S. 40.
472. *Masiak M.* Przypadek melancholii anestetycznej // *NNiPP.* 1965. N 2. S. 335.
473. *Masłowski J.* Gesty w «Panu Tadeuszu» (Maszynopsis).



474. *Matecki W.* O heterogennych pierwiastkach urojeniowych w stanach depresyjnych psychozy maniakalno-depresyjnej. Referat wygłoszony na VII Zjeździe Psychiatrów Polskich w Kocborowie // *Nowiny Psychiatryczne*. 1927. N 4. S 232.

475. *Matecki W.* Etiologia i terapia psychozy maniakalno-depresyjnej // *Klinika Współczesna*. 1938. N 7/8. S. 421.

476. *Matussek P.* Die Konzentrationslagerhaft und ihre Folgen. Berlin; Heidelberg; New York: Springer-Verlag, 1971.

477. *Matussek P.* Phasendauer bei unbehandelten Fällen endogener Depression // *Das depressive Syndrom*

478. *Mazur M., Mazurowa A., Szadowska A., Szmigielski A.* Wpływ toksycznych dawek imipraminy na wyosobnione serce królika i obraz ekg // *Psychiat. Pol.* 1959. N 2. S. 139.

479. *Mazurkiewicz J.* Zaburzenia nerwowe i psychiczne w okresie przekwitania Warszawa 1936 Odbitka z Pamiętnika VIII Lekarskiego Kursu Wakacyjnego w Ciechocinku-Cieplicy.

480. *Medizinischer Okkultismus. Paramedizin / Red. O. Prokop.* Jena VEB G Fischer, 1962.

481. *Melba P. I.* Prophylactic lithium a double-blind trial in recurrent affective disorders // *Brit. J. Psychiat.* 1970. V. 116, N 535. P. 621.

482. *Mendlewicz J., Fieve R R., Rainer J. D., Fleiss J. L.* Manic-depressive illness: a comparative study of patients with and without a family history. Skróty // *Brit. J. Psychiat.* 1971. V. 119, N 553. P. 683.

483. *Michelet J.* Czarownica. Warszawa: Czytelnik, 1961.

484. *Miller J. B.* Dreams during varying stages of depression // *Arch. Gen. Psychiat.* 1969. N 5. P. 560.

485. *Mirek R.* «Burza» Szekspira dramatem osobowości // *Przeg. Lek.* 1968. N 11. S 721

486. *Mirek R.* Erotyka w komediach Szekspira «Sen nocy letniej», «Wieczór Trzech Króli», «Jak wam się podoba» // *Przeg. Lek.* 1969. N 4. S. 391.

487. *Mirek R.* Kroniki dramatyczne Szekspira w ocenie psychiatrycznej. Cz. I // *Przeg. Lek.* 1967. N 8. S. 649.

488. *Mirek R.* Kroniki i tragedie Szekspira w świetle psychiatrii sądowej // *Przeg. Lek.* 1969. N 3 S. 331.

489. *Mirek R.* Osobowość Wiliama Szekspira // *Przeg. Lek.* 1969. N 7. S. 556.

490. *Mirek R.* Problematyka psychiatryczna sonetów Szekspira // *Przeg. Lek.* 1968. N 12. S. 885.

491. *Mirek R.* Spojrzenie psychiatry na komedie Szekspira. Cz. I. Wesołe kumoszki z Windsoru, Kupiec wenecki, Miarka za miarkę, Uglaskanie sekutnicy // *Przeg. Lek.* 1968. N 5. S. 498.

492. *Mirek R.* Spojrzenie na komedie Szekspira. Cz. 2 // *Przeg. Lek.* 1968 N 8 S. 668.

493. *Mirek R.* Wiliam Szekspir, dramaturg chorej psychiki // *Przeg. Lek.* 1969 N 5. S 445.

494. *Mitariski J.* Psychiatryczne aspekty twórczości Edmunda Momiela // Świat samotnych wizji Edmunda Momiela z Woźyczyna. Wystawa rysunków z lat 1942—1962. Wyd. Stowarzyszenie Historyków Sztuki. Kraków, 1963.

495. *Mitariski J., Trybowski I.* Świat samotnych wizji Edmunda Monsiela z Woźyczyna. Wystawa rysunków Wyd. Towarzystwo Przyjaciół Sztuk Pięknych Warszawa, 1964.

496. *Montgomery B. A., Cullinan T. R., Bayley A. J.* A double-blind comparative trial of doxepin hydrochloride and chlordiazepoxide in anxiety and depression in general practice // *B. J. Clin. Pract.* 1970. V. 24, N 5. P. 207

497. *Moody J. P., Allsopp M. N. E.* Circadian rhythms of water and electrolyte excretion of manic-depressive psychosis // *Brit. J. Psychiat.* 1969. V 115, N 525. P. 923.

498. *Morozow W. M.* Klinika stanów depresyjnych początkowego stadium schizofrenii // *Pamiętnik XXIX.* S. 77—83.

499. *Mueller W. R.* The Anatomy of Robert Burton's England. Berkeley; Los Angeles: University of California Press, 1952.

500. *Nissen G.* Depressive Syndrome im Kindes und Jugendalter. Berlin: Springer-Verlag, 1971.

501. *Noble P., Lader M.* Depressive illness, pulse rate and forearm blood flow // *Brit. J. Psychiat.* 1971. V. 119. P. 261

502. *Nohl J.* The black Death. London: University Books, 1952.

503. *Noyes R., Ringdahl I. C., Andreasen N. J. C.* Effect of lithium citrate on adrenocortical activity in manic-depressive illness // *Comp Psychiat* 1971. N 12. S 337

504. *Obolewicz K.* Wybrane przypadki powikłań psychotycznych w młodzieżowych toksykomaniach trójchloroetylenowych. Referat zjazdowy.

505. *Obuchowska L., Obuchowski K.* Badania eksperymentalne nad wpływem kompozycji barwnej ścian sali szpitalnej na chorych psychicznie // *NNiPP.* 1962. N 2. S 255.

506. *Oczkowski Z.* Skojarzone leczenie zespołów depresyjnych środkami psychofarmakologicznymi ze zmodyfikowanymi elektrowstrząsami skolinowymi jednostronnymi w doświadczeniach Oddziału Psychiatrycznego w Bytomiu. Referat zjazdowy

507. *Olds J.* Self-stimulation of the brain // *Science.* 1958. N 127. P. 315.

508. *Orelli A.* Der Wandel des Inhaltes der depressiven Ideen bei der reinen Melancholie // *Schweizerische Archiv für Neurologie.* 1964. N 73. S. 217.

509. *Ostrogorski G.* Dzieje Bizancjum. Warszawa: PWN, 1967. S 445.

510. *Paniczewska J. W.* O niektórych rezultatach kliniko-epidemiologicznego issledowania maniakalno-depressywnego psychoza // *Żurnał Newropat. i Psychiat.* 1969. T. 69, N 9. S. 1354.

511. *Pańków T., Ptuzek Z., Wilk Z., Mojał K., Kostrzewa T.* Epidemiologia samobójstwa na terenie miasta Krakowa w roku 1966 // *Zagadnienie psychiatryczno-społeczne; Pamiętnik II Polsko-Czechosłowackiej Konferencji Psychiatrycznej. Kołobrzeg, 17—19 wrz. 1967* // *Wyd. Pol. Tow. Psychiatryczne (bez miejsca wydania).* 1970. S. 116—122.

512. *Papadimitriov G.* Mélancholies périodiques atypiques // *Arch. Neurol. Psychiat.* 1963. N 1. S. 112.

513. *Paprocka E., Stańczyk T.* Psychoza inwolucyjna w świetle badań katamnesycznych // *Pamiętnik XXIX.* S. 235—243.

514. *Paracelsus.* Sämtliche Werke Jena: Fischer Verlag, 1926—1932. T. 1—4.

515. *Paszkowski S.* Prawość charakteru u osób z psychozą maniakalno-depresyjną // Polska Gazeta Lekarska. 1930. N 2.
516. *Pauleikhoff B.* Statistische Untersuchung über Häufigkeit und Thema von Wahneinfallen bei der Schizophrenie // Arch. Psychiat Nervenkr. 1954. N 191 S. 34.
517. *Pauleikhoff B.* Über die Auslösung endogener depressiver Phasen durch situative Einflüsse // Arch. Psychiat. Nervenkr. 1959. N 4 S. 456.
518. *Pauleikhoff B.* Über die Bedeutung situativer Einflüsse bei der Auslösung endogener depressiver Phasen // Arch. Psychiat. Nervenkr. 1958. N 6. S. 669.
519. *Pauleikhoff B.* Verlaufesregeln depressiver Syndrome der Schwangerschaft und das Wochenbetts // Das depressive Syndrom.
520. *Pauleikhoff B., Mester H., Müller-Fahlbusch H.* Endogene Depression nach Unfall // Psychiat. Clin. (Bazylea). 1970. N 3. P. 129.
521. *Paulne D.* Les sculptures de l'Afrique noire. Paris: Presses Universitaires de France, 1956.
522. *Penfield W., Jasper H.* Epilepsy and the functional anatomy of the human brain. Boston: Little, Brown. Co., 1954.
523. *Perris C.* A study of bipolar (maniac-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses // Akademisk Avhandling, Umea. Tryckeriaktiebolag City. 1967.
524. *Persson T., Walinder J.* L-dopa in the treatment of depressive symptoms // Brit. J. Psychiat 1971. N 119. P. 277.
525. *Petrie A.* Personality and the frontal lobes New York: Blakeston, 1952.
526. *Petrlowitsch N., Baer R.* Zykllothymie (1964—1969) // Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete. 1970. Bd 38, N 12 S. 601—692 (tamże 813 pozycji bibliograficznych).
527. *Peuckert W. E.* Geheimkulte. Heidelberg, 1951.
528. *Pfeifer W. M.* Die Symptomatik der Depression in transkultureller Sicht. // Das depressive Syndrom.
529. *Pflug B., Tölle R.* Therapie endogener Depressionen durch Schlafentzug // Nervenarzt. 1971. Bd 42, N 3. S. 117.
530. *Piątkowska H.* Problemy biologiczne w leczeniu stanów depresyjnych. Referat zjazdowy.
531. *Piekarska-Ekiert A., Zelazowska S.* Reakcje depresyjne z próbami samobójczymi u młodzieży szkolnej // Pamiętnik XXIX. S. 361—362.
532. *Pietruszewska I., Piotrowski A., Zardecka M.* Kryteria diagnostyczne psychoz mieszanych // Pamiętnik XXIX. S. 195—198
533. *Pietruszewska I., Urbanek B.* Potencjalizacja niektórych środków antydepresyjnych przez podanie diazepamu // Pamiętnik XXIX. S. 429.
534. *Piotrowski A.* Leczenie psychoz maniakalno-depresyjnych i ich zapobieganie. Referat wygłoszony na VII zjeździe psychiatrów polskich w Kocborowie, 4 czerwca 1927 r. Streszczenie // Nowiny Psychiatryczne. 1927. N 4. S. 223.
535. *Piwożyński T., Siropoaru G.* Psychopatologia zachowania się w okresie dojrzewania // Psychiat. Pol. 1967. N 3. S. 271.
536. *Paiman S. R.* Comparison of lithium carbonate and imipramine. (In prevention of manic-depressive disease) // Dis. Nerv. Syst. 1970. V. 31, N 2. P. 132.
537. *Platman S. R., Fieve R. R.* Sleep in depression and mania // Brit. J. Psychiat. 1970. V. 116, N 531. P. 219.

538. *Popkowska N.* Badania nad zachowaniem się żrenic w przebiegu leczenia psychotropowego // NNIPP. N 2. S. 167.
539. *Popkowska N.* O formie samobójczej reakcji rezygnacyjnej // *Psychiat. Pol.* 1970. N 5. S. 531.
540. *Popławska C., Cwiklińska A.* Specyfika pracy pielęgniarki w psychiatrycznym oddziale dziennym // *Psychiat. Pol.* 1971. N 4. S. 437.
541. *Pödingner W.* Kliniczne aspekty leczenia depresji. Referat zjazdowy.
542. *Priori R.* Anthropologische und kulturelle Einflüsse auf die Ausgestaltung der endogenen Depression // *Beiträge zur vergleichenden Psychiatrie.* Basel: Karger, 1967.
543. *Rachowski A.* Dipsomania a alkoholizm przewlekły // *Psychiat. Pol.* 1969. N 5. S. 575.
544. *Read H.* Sens sztuki. Warszawa: PWN, 1965.
545. *Rees L.* Leczenie depresji w szpitalu // *Pamiętnik XXIX.* S. 281–283.
546. *Reguła-Adolf T.* Problemy pozakliniczne psychicznie chorego (uwagi asystenta społecznego) // *Psychiat. Pol.* 1969. N 4. S. 491.
547. *Reise E.* Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein. *Zeitschrift f. d. ges. // Neurol. Psychiat. Origin.* 1910. N 11. S. 347.
548. *Rekliński M., Białoszewska I.* Przebieg i leczenie depresji psychotycznej w przypadkach zaburzeń hormonalnych. Referat zjazdowy.
549. *Rekliński M., Białoszewska I.* Taraktan w leczeniu objawowych stanów depresyjnych w przebiegu stwardnienia rozsianego. Referat zjazdowy.
550. *Richard J.* A propos de problèmes institutionnels hospitaliers en gériatrie // *Die Psychiatrie des Alters.* Basél; Nev York: S. Karger, 1970.
551. *Richter C. P.* The phenomenon of unexplained sudden death in animal and man // *The meaning of death /* Red. H. Feifel. New York; Toronto; London: Mc. Graw Hill Book Company Inc., 1959.
552. *Rimon R., Halonen P.* Herpes simplex virus infection and depressive illness // *Dis. Nerv. Syst.* 1969. N 5. P. 338–340.
553. *Roback A. A.* History of psychology and psychiatry. New York: The Citadel Press, 1964. S. 258–260.
554. *Rogers M. P., Whybrow P. C.* Clinical hypothyroidism occurring during lithium treatment : two case histories and a review of thyroid function in 19 patients // *Amer. J. Psychiat.* 1971. N 128. P. 158.
555. *Romaszewska K.* Dotychczasowe wyniki leczenia taraktanem w psychiatrii // *Psychiat. Pol.* 1962. N 3. S. 415.
556. *Romaszewska K., Wosińska I., Jus A.* Analiza przebiegu faz psychozy maniakalno-depresyjnej i okresowej depresji w zależności od metod leczenia // *Pamiętnik XXIX.* S. 399–402.
557. *Roszka J., Seredyński R.* Zespoły depresyjne u dzieci. Referat zjazdowy.
558. *Roth G.* Melancholie und «Dunkle Nacht» // *Confinia Psychiatrica.* 1962. N 5. S. 151.
559. *Rothe A.* Rys dziejów psychiatrii w Polsce. Warszawa, 1893.
560. *Rowe D.* Estimates of change in a depressive patient // *Brit. J. Psychiat.* 1969. V. 115, N 527. P. 1197.
561. *Różycki A.* Realizacja zasad społeczności leczniczej na przykładzie wybranych ośrodków zagranicznych // *Psychiat. Pol.* 1970. N 3. S. 333.

562. *Rudkowska A, Krause K, Hołyst J.* Zmiany zapisu elektroencefalograficznego w przebiegu leczenia stanów depresyjnych tofranilem // NNiPP. 1961 N 2. S. 241.
- 563 *Rudnicki S, Krause K, Hołyst J.* Wielobjawowy zespół neurologiczno-psychiatryczny w następstwie anomalii przedniego odcinka koła tętniczego Willisa // NNiPP. 1962 S. 265.
564. *Rumiancewa C. M., Faktor M. I., Nefedewa N I.* Primenenije solej litija dla profilaktiki afektywnych pristupow // *Ž. Newropatol i Psichiatrii* 1970 T. 70, N 11. S. 1712.
565. *Rumiancewa G. M., Margolina E. B.* Litij kak sredstvo profilaktiki afektywnych rasstroistw // *Ž. Newropatol. i Psichiatrii.* 1970. T. 70, N 7. S. 1082.
566. *Rümmele W.* Organische Depressionen und ihre Behandlung // *Depressionen...*
567. *Rump S.* Nowe związki psychozomimetyczne // NNiPP. 1962. N 1. S. 111.
- 568 *Rybakowski J.* Uwagi na temat leczniczego działania soli litu w zespołach depresyjnych. Referat zjazdowy
569. *Rydzyski Z.* Badania nad właściwościami przeciwdepresyjnymi prothiadeanu // NNiPP. 1966. N 10. S. 1159.
570. *Rydzyski T.* Własne doświadczenia kliniczne z nowym preparatem antydepresyjnym TPD-6 // *Psychiat. Pol* 1967. N 4. S. 459.
571. *Rydzyski Z., Weychert A.* Własne doświadczenia ze stosowaniem imipraminy w leczeniu moczenia nocnego // NNiPP. 1966. N 2. S. 153.
572. *Ryn Z.* Przypadek psychozy maniakalno-depresyjnej z 14-dniowymi fazami // *Psychiat. Pol.* 1967. N 4. S. 499.
573. *Ryn Z.* Samobójstwa w Tatrach // *Psychiat. Pol.* 1970. N 2. S. 113.
- 574 *Ryn Z.* Zaburzenia psychiczne w chorobie górskiej (wysokościowej) // *Psychiat. Pol.* 1967. N 3. S. 331.
575. *Sachar E. J., Finkelstein J., Hellman L.* Growth hormone responses in depressive illness // *Arch. Gen Psychiat.* 1971. N 25. P. 263.
576. *Sattes H.* Paranoische Symptomatik bei der endogenen Depression // *Das depressive Syndrom.*
577. *Sawicka H.* Ilościowe i jakościowe zmiany szpiku kostnego w przebiegu cyklofrenii // *Prz. Lek.* 1951. N 8. S. 270.
578. *Scharrer W.* Die phasischen Psychosen in Wandel psychiatrischer Denkrichtungen Diss. Hamburg, 1967
579. *Scher J. M.* The depressions and structure: an existential approach to their understanding and treatment // *Amer. J. Psychother.* 1971. N 25. P. 369.
580. *Schneider W.* Lexikon alchemistisch-pharmazeutischer Symbole. Meinheim: Verlag Chemie, 1962. S. 76–77.
- 581 *Schilling-Siengalewicz S.* Psychoza maniakalno-depresyjna po urazie głowy // *Prasa Lek.* 1938. N 6. S. 514.
- 582 *Schmid W.* Philosophisches und medizinisches der Consolatio der Boetius. München, 1956
583. *Schon M.* Die Lithiumprophylaxe bei manisch-depressiven Psychosen // *Nervenarzt.* 1971. N 1. S. 1.
584. *Shou M., Baastrup P. C., Grof P., Weis P., Angst J.* Pharmacological and clinical problems of lithium prophylaxis // *Brit. J. Psychiat.* 1970. V. 116, N 335. P. 615.

585. *Schramm R. W., Schrammowa H.* Aminy biogenne w zespołach depresyjnych // *Psychiat. Pol.* 1967. N 6. S. 727.
586. *Schramm R. W., Schrammowa H.* 17-hydroksykortykosteroidy i równowaga wodno-elektrolitowa w zespołach depresyjnych // *Psychiat. Pol.* 1968. N 1. S. 87.
587. *Schrammowa H.* Wpływ dużych dawek witaminy A na wydalanie VMA. Referat zjazdowy.
588. *Schrammowa H.* Zmiany psychiczne w przebiegu niektórych chorób związanych z zaburzeniami przemiany wodno-elektrolitowej. Poznań: AM, 1964 (rozprawa habilitacyjna).
589. *Schrammowa H., Nowak S.* Aktywność ceruloplazminy w surowicy krwi chorych na depresję o różnej etiologii // *Psychiat. Pol.* 1971. N 3. S. 251.
590. *Schrammowa H., Schramm R. W.* Biochemiczna regulacja nastroju i stanów afektywnych // *Psychiat. Pol.* 1967. N 6. S. 723.
591. *Schrammowa H., Schramm R. W.* Kwas gamma-aminomasłowy metabolizm i rola w układzie nerwowym // *Psychiat. Pol.* 1967. N 2. S. 217.
592. *Schrammowa H., Szubertowa M.* Zagadnienia wzajemnej zależności zaburzeń psychicznych i alergicznych // *NNiPP.* 1961. N 4. S. 513.
593. *Schumacher J.* *Antike Medizin.* Berlin: Walter de Gruyter, 1963. S. 243—250.
594. *Schwabe J.* *Archetyp und Tierkreis.* Basel: Bruno Schwabe Verlag, 1951. S. 189.
595. *Selbach H.* Die endogene Depression als Regulationskrankheit // *Das depressive Syndrom.*
596. *Seligman K.* *The mirror of magic.* New York, 1948.
597. *Sek H., Kapelska A.* Psychoterapia grupowa w depresjach endogennych. Referat zjazdowy.
598. *Sep-Kowalik B.* Znaczenie pochodnych dibenzocykloheptadionowych w leczeniu zespołów depresyjnych // *NNiPP.* 1966. N 8. S. 963.
599. *Sep-Kowalikowa B.* Przypadek depresji endogennej powikłanej w czasie leczenia zespołów majaczeniowo-zamroczeniowych // *Psychiat. Pol.* 1969. N 6. S. 721.
600. *Shobe F. O.* Long-term prognosis in manic-depressive illness // *Arch. of Gen. Psychiat.* 1971. N 24. P. 334.
601. *Schull W. K.* Critique of studies of lithium salts in the treatment of mania // *Amer. J. Psychiat.* 1970. N 127. P. 218.
602. *Sibiela J.* Psychiatryczna opieka domowa // *Psychiat. Pol.* 1970. N 8. S. 683.
603. *Siegel R. E.* *Galen's System of Physiology and Medicine.* Basel; New York: S. Kaiger, 1968. P. 209—210
604. *Sigerist H. E.* On the history of medicine. New York: M. D. Publications Inc., 1960. P. 16.
605. *Sigerist H. P.* *History of medicine.* Wyd. 2. Oxford: Oxford University Press, 1965. V. 1. P. 12—13.
606. *Sikorski W.* Zagadnienie psychiatryczno-organizacyjne problemu toksykomanii na terenie województwa gdańskiego. Referat zjazdowy.
607. *Simoda K.* Über den prämorbiden Charakter des manisch-depressiven Irreseins // *Psychiat. Neurol. Japon.* 1942. N 45. S. 101.

608. Siwczyński J. Zagadnienie profilaktyki samobójstw w nauczaniu średnich kadr medycznych. Referat zjazdowy.
609. Smietannikow P. G. Wysszaja nerwnaja dejatełnoś' pri depressiwnych sindromach. Leningrad: Medicina, 1967.
610. Smoczyński S. Zespół kataleptyczny w przypadku guza szyszynki // NNiPP. 1962. N 3. S. 437.
611. Sobkowiak J., Franczak W. Wpływ centroiènoksyny na częstość moczenia nocnego u dzieci // NNiPP. 1966. N 2. S. 157.
612. Sokołowska W. Doświadczenia własne z leczenia niamidem zespołów depresyjnych. Referat zjazdowy.
613. Soldan W., Heppel H., Bauer M. Geschichte der Hexenprozesse. Wyd. 3. München, 1911. T. 1, 2.
614. Spett K., Dzikowski H., Aleksandrowicz J. W. Leczenie tofranilem stanów depresyjnych // NNiPP. 1964. N 6. S. 943.
615. Spett K., Dzikowski H., Leśniak R., Szymusik A. Samouszkodzalne choroby psychiczne // NNiPP. 1962. N 6. S. 885—892.
616. Spiegelberg U. Depressive Syndrome aus der Sicht psychosomatischer Klinik und Forschung // Das depressive Syndrom.
617. Spitz R. A. Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Wyd. 2. Stuttgart: Klett, 1960
618. Stenstedt A. A study in manic-depressive psychosis // Acta Psychiat. Scandin. 1952. Suppl. 79.
619. Stenstedt A. Drei genetische Untersuchungen von psychischen Depressionen // Das depressive Syndrom. S. 29—36.
620. Stenstedt A. Genetics of neuriotic depression // Acta Psychiat. Scandin. 1966. N 42. P. 392.
621. Stenstedt A. Involutional melancholia. An etiologic clinical and social study of endogenous depression in later life with special reference to genetic factors // Acta Psychiat. Scandin. 1959. Suppl. 127.
622. Sternalski M. Zaburzenia psychiczne a samobójstwa dokonane // Psychiat. Pol. 1969. N 4. S. 419.
623. Sternberg E. J. Kliniczne właściwości zespołów depresyjnych, wieku starczego // Pamiętnik XXIX. S. 87—93.
624. Stone C. A. Zum Wirkungsmechanismus trizyklischer Antidepressiva // Das depressive Syndrom.
625. Strzyżewski W., Drogowski M. Flupentiksol (Fluanxol) w leczeniu zespołu apatycznego pochodzenia schizofrenicznego // Psychiat. Pol. 1971. N 2. S. 207.
626. Strzyżewski W., Bartoszewicz S., Kapelski Z., Trzeciakowa O. Zależność między dynamiką endogennych zespołów depresyjnych a czynnością układu wegetatywnego i pozapiramidowego w przebiegu leczenia lewopromazyń. Referat zjazdowy.
627. Strzyżewski W., Kapelski Z., Bartoszewicz S., Trzeciakowa O. Zmiany w czynnościach wegetatywnych w przebiegu leczenia dwubenzepiną (noveril) endogennych zespołów depresyjnych. Referat zjazdowy.
628. Strzyżewski W., Zakowska-Dąbrowska T. Tietiksen (Navane) w leczeniu zespołów apatycznych pochodzenia schizofrenicznego // Psychiat. Pol. 1971. N 2. S. 189.

629. *Sułgostowski J., Wolska H.* Leczenie stanów depresyjnych na oddziale terapii dziennej // Pamiętnik XXIX. S. 419—422
630. *Sujecka-Szymkiewicz H.* Objawy zespołu pozapiramidowego podczas stosowania podtrzymujących dawek środków neuroleptycznych // Psychiat. Pol 1967. N 1. S 79.
631. *Sulestrowska H., Wróblewska-Smoczyńska J.* Z kazuistyki «nieumotywowanych» samobójstw u dzieci // NNiPP 1966. N 6 S 729.
632. *Sullivan H. S.* Conceptions of modern psychiatry New York: Norton, 1953
633. *Summers M.* The history of Witchcraft and demonology Wyd. 2. New York: University Books, 1956
634. *Susutowska M* Rola psychologa w klinice psychiatrycznej // NNiPP. 1965 N 4. S. 617.
635. *Sych M., Winid B., Gątarst L., Treter A.* Stosowanie wstrząsów elektrycznych, w uśpieniu i w kontrolowanym zwiótczeniu mięśniowym // NNiPP 1960 N 1. S. 129.
636. *Szafranek J.* Niezwykła próba samobójcza chorej z depresją endogenną // Psychiat. Pol 1969. N 6. S. 717
637. *Szelenberg W.* Muzykoterapia w oddziale psychiatrycznym // Psychiat Pol. 1971. N 5 S. 69.
638. *Szelenberg W.* Terapia zajęciowa na psychiatrycznym oddziale dziennym // Psychiat Pol. 1970. N 6. S 667.
639. *Sztejnerwald W.* Stany depresyjne a gruźlica płuc // Pamiętnik XXIX. S 391—394
640. *Szlenberg E. J.* Somremienyje woprosy kliniki i leczenia depressiwnych sostojanij // Kliniczeskaja Medicina. 1969. T. 47, N 9. S 20.
641. *Szumowski W.* Historia medycyny filozoficznie ujęta. Wyd 2. Warszawa: PZWL, 1971.
642. *Szydlik H.* Objawy depersonalizacyjne w stanach przygnębienia nerwicowego // Pamiętnik XXIX. S. 261—266.
643. *Szydlik H., Wasik A.* Zespoły psychopatologiczne w przebiegu pourazowego uszkodzenia przedniej części płatów czołowych // NNiPP 1961 N 5. S. 669.
644. *Szymańska Z., Żelazowska S., Piekarska A.* Zaburzenia przystosowania u dzieci i młodzieży w świetle katamnezy // Psychiat Pol. 1971. N 3 S. 309.
645. *Scigaia F.* Leczenie depresji miazdźycowej heparyną // Psychiat Pol 1969. N 1 S 49
646. *Scigala F., Obolewicz K.* Toksykomanie młodzieżowe jako przyczyna hospitalizacji psychiatrycznej na materiale ostatnich dziesięciu lat Szpitala w Kocborowie.
647. *Świerczek S.* Podział kliniczny depresji. Zestawienie przypadków depresji Kliniki Psychiatrycznej w Lublińcu za lata 1960—1964 // Pamiętnik XXIX. S. 383—389.
648. *Świerczek S.* Psychozy inwolucyjne. Warszawa: Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy, 1947
649. *Świerczek S* Psychozy inwolucyjne // Pamiętnik XXVI S. 29—36.
650. *Świerczek S.* Psychozy inwolucyjne. Zabrze: AM, 1960 (rozprawa habilitacyjna).
651. *Świerczek S.* Über die Involutionspsychosen auf Grund eigener Untersuchungen // Psychiat. Neurol. 1960. N 12. S 169.



652. *Świerczek S., Kaiser-Świerczkowa S.* Odczyn opadania krwi w psychozach // Nowiny Psychiatryczne. 1933 N 3/4 S. 200.
653. *Taszow T.* Współczesne problemy melancholii // Pamiętnik XXIX. S. 97.
654. *Tarnowska-Dziduszko E., Zieliński J. J.* Zastosowaniu waskulatu w chorobach naczyńiowych mózgu // NNiPP. 1964. N 1 S. 51.
655. *Tatarkiewicz W.* O szczęściu. Wyd 5. Rozdz Szczęście a nieszczęście. Warszawa: PWN, 1962.
656. *Teja J. S., Narang R. L., Aggarwal A. K.* Depression across cultures // Brit. J. Psychiat. 1971. V. 119. P. 253.
657. *Tellenbach H.* Zur Freilegung des melancholischen Typus in Rahmen einer kinetischen Typologie // Das depressive Syndrom.
658. *Temkin O.* The falling sickness. Baltimore: J. Hopkins Press, 1945. P. 140.
659. *Temkow I., Krstinkow A., Dackałow Z.* Kliniczni izsledwanija wrohu leczebnija efekt na melitrečen (trausabum) pri depresite // Newrol. Psichiat. Newrochir. (Sofia). 1969 T. 8, N 6 S 456.
660. *Tezioglu A.* Mittelalterliche Krankenhäuser unter Berücksichtigung der Frage nach den ältesten psychiatrischen Anstalten Berlin: Fakult. Architekt. Techn. Univ., 1968.
661. The meaning of death / Red. H. Feifel. New York; Toronto; London: Mc Graw-Hill Book Comp., Inc , 1959.
662. *Thille Z.* Rodzaje i formy oporu przed tworzeniem się społeczności leczniczej w tradycyjnej instytucji psychiatrycznej // Psychiat. Pol 1969. N 3. S. 369.
663. *Thille Z.* Zamachy samobójcze dzieci i młodzieży // Psychiat. Pol. 1971. N 6. S. 715.
664. *Thomson L. G.* On the genesis of affective illness. A pair of discordant twins // Brit. J. Psychiat. 1970. V. 116, N 532. P. 323.
665. *Tracewski C.* Psychonerwice z elementami depresyjnymi i ich leczenie. Referat zjazdowy.
666. *Trąbka J.* Neurofizjologia kliniczna. Cz. I: Ogólna i Cz. II: Analizatory — narządy zmysłowe. Kraków: Wyd. AM, 1971, (skrypt.).
667. *Treter A.* Uwagi na temat dobrowolności i przymusu w psychiatrii // Psychiat. Pol. 1969. N 4. S. 479.
668. *Truszczyńska Z., Mielczarek J.* Analiza stanów ostrej depresji reaktywnej jako przyczyn działań przestępczych // Pamiętnik XXIX. S. 301—304.
669. *Urbanek B.* Wpływ doustnego podawania chloropromazyny i niamidu na skład flory bakteryjnej jelit z człowieka // NNiPP. 1966. N 2. S. 147.
670. *Uzzerenko L. S.* Wlijanije psichotropnych weszczestw na ekskreciju katechotaminow u bolnych maniakalno-depressiwnym psichozom // Wracz. Dieło. 1970. N 6. S. 97.
671. *Vagbharés astengahrdayssamhīts.* Ein altindisches Lehrbuch der Heilkunde. Leiden: Tłum. E. J. Brill, 1951.
672. *Veillard-Cybulska N.* Współpraca psychiatry z sędzią dła nieletnich // NNiPP. 1963. N 5. S. 701.
673. *Vencovský E.* Leczenie stanów depresyjnych nortryptyliną // NNiPP. 1966. N 4. S. 413.
674. *Vencovský E.* Príspevek k metodologii farmakoterapie depresi // Českoslov. Psychiat. 1970 V. 66, N 2. S. 84.

675. *Vencovský E.* Współczesne zagadnienia farmakoterapii psychiatrycznej // *NNiPP*. N 6. S. 721.
676. *Villa H. L.* Die medikamentöse Behandlung der psychischen Störungen im höheren Alter. // *Die Psychiatrie des Alters*. Basel; New York: S. Karger, 1970.
677. *Wackawik P.* Przypadek postaci naprzemiennej cyklofrenii leczony przez cztery lata węglanem litu // *Psychiat. Pol.* 1971. N 3. S. 345.
678. *Walcher W.* Die larvierte Depression. Wien: Heliolink, 1969.
679. *Walzyńska A.* Interpersonal relations among neurotic and psychotic patients // *Acta Medica Polona*. 1968. N 3. P. 281.
680. *Walczyńska A.* Próba analizy zagadnienia współżycia pacjentów w klinice psychiatrycznej // *NNiPP*. 1964. N 1. S. 139.
681. *Weiden J. de* Wpływ grup krwi na efekt leczniczy chloropromazyny // *NNiPP*. 1966. N 8. S. 943.
682. *Waldmann H.* Zur Psychopathologie der Tagesschwankung beim depressiven Syndrom // *Arch. Psychiat., Nervenkr.* 1970. Bd 213, N 2. S. 177.
683. *Walser H.* Melancholia in medizinisch-geschichtlicher Sicht. Therapie Umschau. 1968. N 25. S. 17.
684. *Wankmüller R. F.* Zu Dürers Kupferstich «Melancholia I» // *Conf. Psychiatria*. 1960. N 3. S. 158.
685. *Wardaszko-Łyskowska H.* Analiza roli socjoterapii we współczesnej psychiatrii. Warszawa: AM, 1966 (rozprawa habilitacyjna).
686. *Wardaszko-Łyskowska H.* Badania kliniczne nad mogadonem, środkiem regulującym zaburzenia snu // *Psychiat. Pol.* 1969. N 1. S. 53.
687. *Wardaszko-Łyskowska H., Zardecka-Mieściwska M.* Wyniki stosowania pirinolu (encephabolu) w psychiatrii // *Psychiat. Pol.* 1970. N 2. S. 161.
688. *Wardaszko-Łyskowska H.* Zmiana obrazu psychopatologicznego schizofrenii i psychozy maniakalno-depresyjnej jako wynik farmakoterapii // *NNiPP*. 1965. N 6. S. 869.
689. *Wardaszko H., Jus A.* Próba ocen granic między depresją okresową a depresją reaktywną // *Pamiętnik XXIX*. S. 187—194.
690. *Wasik A.* Depresje objawowe w przebiegu leczenia gruźlicy płuc etionamidem // *Pamiętnik XXIX*. S. 123—131.
691. *Wasik A.* Niektóre formy reagowania niedorozwiniętych umysłowo na chloropromazyne // *Psychiat. Pol.* 1967. N 1. S. 91.
692. *Wasik A.* Psychopatologiczne obrazy późnych objawów psychicznych wywołanych przewlekłym zażywaniem neuroleptyków // *NNiPP*. 1964. N 1. S. 133.
693. *Wasik A.* Rzadkie powikłania neurologiczne w przebiegu leczenia neuroleptykami // *NNiPP*. 1964. N 6. S. 949.
694. *Wasik A., Guzowski K.* Hiperkinezy napadowe wywołane neuroleptykami // *NNiPP*. 1966. N 6. S. 699.
695. *Wasik A., Kotschy A.* Taractan — nowy związek neuroleptyczny w leczeniu chorób psychicznych i nerwowych // *NNiPP*. 1962. N 4. S. 603.
696. *Wasik A., Kotschy A.* Zespół egzogeny o pomyślnym zejściu jako powikłanie w przebiegu leczenia laroxylem // *NNiPP*. 1965. N 2. S. 353.
697. *Watts C. A. H.* Postępowanie w endogennej depresji w ogólnym lecznictwie // *Pamiętnik XXIX*. S. 289—291.

698. *Wdowiakowa M., Zędrzejczakowa M.* Próba oceny klinicznej reakcji depresyjnych u młodzieży // Pamiętnik XXIX. S. 349—353.
699. *Weissman M. M., Klerman G. L., Paykel E. S.* Clinical evaluation of hostility in depression // Amer. J. Psychiat. 1971. N 128. P. 261.
700. *Weitbrecht H. J.* Auslösung endogener Psychosen // Das depressive Syndrom
701. *Weselucha P.* Zespoły depresyjne w klinice chorób wewnętrznych (maszynopis artykułu).
702. *Wiechowski W.* Samobójstwo w następstwie konfliktu z otoczeniem // Psychiat. Pol. 1971. N 3. S. 351.
703. *Wieck H. H.* Depressiv getönte Durchgangs-Syndrome // Das depressive Syndrom.
704. *Wierzchnicki T., Kłosińska B., Soczyńska D., Chrzanowicz T., Rogiewicz A.* Badania katamnesticzne w depresji inwolucyjnej // Pamiętnik XXIX. S. 309—316.
705. *Wieser St.* Über den Defekt bei phasischen Psychosen // Das depressive Syndrom.
706. *Wilczkowski E.* Zagadnienia patofizjologiczne w zaburzeniach psychicznych reaktywnych // Rocznik Psychiatryczny. 1949 (1950). N 2/3. S. 214—231.
707. *Wilczkowski E.* Zagadnienia patofizjologii zaburzeń psychicznych w okresie inwolucji // Pol. Tyg. Lek. 1949. S. 180—183.
708. *Wilczkowski E., Bukowczyk A.* Krótka diagnostyka psychiatryczna. Wyd. 2. Warszawa: PZWL, 1966.
709. *Winid B.* Psychopatologia i psychoterapia zespołu natręctw // Psychiat. Pol 1969. N 4. S. 413.
710. *Winid B.* Uwagi o postępowaniu psychoterapeutycznym w nerwicy natręctw // NNiPP 1962. N 6. S. 911.
711. *Winid B.* Uwagi o zespole natręctw // Psychiat. Pol. 1970. N 2. S. 175.
712. *Winid B.* Zespół natręctw. (Psychopatologia i psychoterapia). Kraków: Wyd. AM, 1970 (powielone).
713. *Winid B., Starzecka B.* Wyniki stosowania u chorej na colitis ulcerosa farmakoterapii i psychoterapii // NNiPP. 1965. N 4. S. 657.
714. *Winzenried F. J. M.* Beziehung-periodischer Verhaltens- und Befindensstörungen im Kindes und Jugendalter zu den endogenen Psychosen // Das depressive Syndrom. S. 392—393.
715. *Wittkower E., Hügel R.* Transkulturelle Aspekte des Depressiven syndroms // Das depressive Syndrom S. 142—143.
716. *Wittkower R., Wittkower M.* Born under Saturn. The character and conduct of artists. London: Weidenfeld and Nikolson, 1963. P. 102—108.
717. *Włosińska I.* Wpływ aktywnego leczenia biologicznego na czas trwania remisji w psychozie maniakalno-depresyjnej // Psychiat. Pol 1971. N 5. S. 543.
718. *Wojdysławska I.* Wyniki leczenia stanów depresyjnych melitracem (trausabunem) // Psychiat. Pol. 1970. N 4. S. 449.
719. *Wolpe J.* Neurotic depression: experimental analog clinical syndromes, and treatment // Amer. J. Psychother. 1971. N 25. P. 362.
720. *Wałek, Przybylska L.* Rozwój życia kulturalnego wśród pacjentów szpitala w Kocborowie // Psychiat. Pol. 1968. N 1. S. 43.
721. *Woodruff A. A., Guze S. B., Clayton P. J.* Unipolar and bipolar primary affective disorder // Brit. J. Psychiat. 1971. N 119. P. 33.

722. *Wróblewska-Smoczyńska J.* Reakcja depresyjna u dzieci niedorozwiniętych umysłowo i zaniedbanych wychowawco // Pamiętnik XXIX. S. 209—212.

723. *Wróblewska-Smoczyńska J., Smoczyński S.* Depresja a organiczne dysforie na materiale chorych z guzami mózgu // Pamiętnik XXIX. S. 219—222.

724. *Wróblewski J.* Dietetyka starców jako problem gerontopsychiatryczny // Psychiat. Pol. 1970. N 5. S. 597.

725. *Wróblewski J.* Problem starców w szpitalnej terapii zajęciowej // Psychiat. Pol. 1971. N 3. S. 331.

726. *Wróblewski J.* Przypadek pourazowego zespołu czołowego z napadami dystymicznymi // Psychiat. Pol. 1967. N 3. S. 367.

727. *Wyrsch J.* Psychiatrie als offene Wissenschaft // Über Glück und Unheil der Namensgebung in der Psychiatrie. Bern; Stuttgart: Verlag P. Haupt, 1969. S. 87—95

728. *Zakrzewska F.* Analiza kliniczna i elektromiograficzna zaburzeń ruchowych w przebiegu leczenia środkami neuroleptycznymi // NNiPP. 1963. N 5. S. 679.

729. *Zarebiński J., Gajewski W.* Efekty leczenia zespołów depresyjnych u ludzi w podeszłym wieku na materiale Szpitala Psychiatrycznego w Węgorzewie (Maszynopis).

730. *Zemlaniocyna P. A.* Ob atypicznych wariantach maniakałno-depresyjnego psychoza // Żurn. Newropat. Psychiatr. 1969. T. 69, N 9. S. 1360.

731. *Zerbin-Rüdin E.* Zur Genetik der depressiven Erkrankungen // Das depressive Syndrom.

732. *Zgirski L.* Kliniczne i społeczne aspekty toksykomanii wśród młodzieży trójmiasta. Referat zjazdowy.

733. *Zgirski L.* Rozważania nad efektywnością leczenia depresji endogennej // Pamiętnik drugich gdańskich dni lecznictwa psychiatrycznego, Gdynia 25—27 IX 1970 r. Gdańsk: Oddział Gdańsko-Bydgoski Pol. Tow. Psychiatrycznego, 1971. S. 403—408.

734. *Zieliński T.* Z życia idei. Wydawn. Rój. Warszawa, 1939. T. 2, S. 241—275: Mania twórcza. S. 325—330; Złoty wiek.

735. *Zienkiewicz J.* Nerwicowe i psychotyczne zespoły depresyjne wieku dziecięcego // Pamiętnik XXIX. S. 345—348.

736. *Zilboorg G.* A history of medical psychology. New York: W. W. Norton Co., 1941.

737. *Zakowska T., Dąbrowski S.* Zmiany czynności bioelektrycznej mózgu w przypadkach okresowych psychoz afektywnych podczas inwolucji // Pamiętnik XXIX. S. 107—111.

## СООБЩЕНИЯ ПРЕССЫ О ПРОФЕССОРЕ КЕМПИНСКОМ

*Adamczyk S.* Schizofrenia // Człowiek i Światopogąd. 1973. N 7. S. 214; Schizofrenia // Problemy. 1973. N 1. S. 62.

*Bajerowicz M.* Najbardziej tajemniczy kraj // Tydzień. 1973. N 7. S. 16.

*Bogusz J.* Prof. dr Antoni Kępiński // Przeg. Lek. 1973. N 1. S. 189—193.

*Bogusz J.* Prof. dr med. Antoni Kępiński // Służba Zdrowia. 1972. N 29. S. 2.

*Bortnowska H.* Profesor Antoni Kępiński // Tygodnik Powszechny. 1972. N 27. S. 2.

*Brzezicki E., Masłowski J.* Antoni Kępiński // Człowiek i dzieło. Znak. 1972. N 220. S. 1293—1314.

- Czeko B.* Pomoc w zrozumieniu // *Nowe Książki*. 1972. N 19. S. 56—57.
- Doliński J.* Symptomy poprawy. Nomości literatury faktów // *Życie. Literackie*. 1972. N 38. S. 10.
- Grochola W.* Co jest w człowieku? // *Polityka*. 1973. N 17, 18.
- Gull R. W.* Rezonans rytmu // *Służba Zdrowia*. 1972. N 32. S. 8.
- Hanicki Z.* Wspomnienie o prof. dr hab. med. Antonim Kępińskim // *Prz. Lek.* 1972. N 12. S. 971—972.
- Jakubik A.* Antoni Kępiński — Homo religiosus // *Więź* 1973. N 4
- Jansciński J.* Zył mądry lekarz // *Przewodnik Katolicki*. 1973. N 5. S. 38—39.
- Jaroszewski Z.* Pro memoria. Prof. dr Antoni Kępiński // *Probl. Alkoholizmu*. 1972. N 11. S. 18—19.
- Jedrzejczyk O.* W sprawie człowieka // *Gazeta Krakowska*. 1972. N 199.
- Leśniak R., Masłowski J.* Psychiatryczna problematyka obozów hitlerowskich w twórczości Antoniego Kępińskiego // *Prz. Lek.* 1974. N 1.
- Lisiewicz T.* Psychiatria rozumiejąca // *Życie i Myśl*. 1973. N 7. S. 80—89.
- Masłowski J.* Najbliżej chorych // *Tygodnik Powszechny*. 1972. N 34. S. 2. ¶
- Masłowski J.* Profesor dr Antoni Kępiński // *Psychiat. Pol.* 1972. N 6. S. 609.
- Nyczek T.* Psychiatria stosowana // *Echo Krakowa*. 1974. N 16. †
- Skarżyńska K.* Antoni Kępiński — Psychopatologia nerwic // *Psychologia Wy-*  
*chowawcza*. 1972. N 5. S. 599. ‡
- Strońska A.* Morbus Bojarskiej // *Służba Zdrowia*. 1973. N 51, 52.
- Stanuch S.* Rytm życia // *Dziennik Polski*. 1972. N 180. S. 5.
- Szapakowska M.* ...A bliźniego swego jak siebie samego // *Twórczość*. 1973. N 4. S. 99.
- Tarska A.* To ogromne lustro // *Mag. Kulturalny*. 1973. N 7. S. 43.
- Tarska A.* Wielka szansa obłędu // *Literatura*. 1972. N 35. S. 14.
- Toeplitz K. T.* Rytm życia // *Kultura*. 1972. N 52. S. 5.
- Zieliński R.* Po owocach ich poznać. Życie i dzieło prof. A. Kępińskiego // *Za i Przeciw*. 1973. N 14. S. 8—9.

Авторы многочисленных работ понимают, что труды проф. Кемпинского образуют единое целое и поэтому часто стараются описать его научное наследие, используя синтетический подход. Однако это будет справедливо лишь тогда, когда в руках читателей окажутся еще не изданные книги проф. Кемпинского.

*Проф. доктор Евгений Бжезницкий*

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>Предисловие</b> . . . . .	5
<b>Классификация депрессий</b> . . . . .	13
Эндогенная депрессия . . . . .	13
Клиническая картина . . . . .	13
Биологические изменения . . . . .	15
Мания . . . . .	16
Биологические ритмы . . . . .	17
Депрессия переходных биологических периодов . . . . .	23
Инволюционная депрессия . . . . .	23
Депрессии юношеского возраста . . . . .	25
Страдания молодости . . . . .	25
Формы юношеской депрессии . . . . .	27
Рекомендации по диагностики и лечению . . . . .	31
Депрессии послеродового периода . . . . .	34
Формы послеродовой депрессии . . . . .	35
Этиологические факторы . . . . .	36
Лечебные рекомендации . . . . .	37
Симптоматическая депрессия . . . . .	38
Этиология . . . . .	38
Биологические причины . . . . .	38
Социально-психологические причины . . . . .	39
Разновидности симптоматической депрессии . . . . .	42
Предостережения врачам . . . . .	45
Органические депрессии . . . . .	46
Этиология . . . . .	46
Замечания врача . . . . .	48
Старческие депрессии . . . . .	50
Печаль старости . . . . .	50
Пожилой человек в современном обществе . . . . .	51

Итог жизни . . . . .	53
Проекция в будущее . . . . .	53
Ослабление памяти . . . . .	55
<b>Шизофреническая депрессия . . . . .</b>	<b>57</b>
Пустота . . . . .	57
Лечебные рекомендации . . . . .	59
<b>Невротические депрессии . . . . .</b>	<b>61</b>
Генезис понижения настроения . . . . .	62
Негативные чувства по отношению к себе и окружающим	62
Творческая фрустрация . . . . .	66
Утраченная любовь . . . . .	69
Врачебные указания . . . . .	76
<b>Депрессии при психопатиях . . . . .</b>	<b>77</b>
Депрессии у шизоидов . . . . .	77
Депрессии у людей с обсессивными (ананкастичными)	
свойствами личности . . . . .	80
Депрессии у психастеников и истериков . . . . .	83
Депрессии у дистимических типов личности (циклотимиче-	
ских) . . . . .	87
<b>Депрессия нервного истощения . . . . .</b>	<b>88</b>
<b>Депрессия «вершины» . . . . .</b>	<b>89</b>
<b>Реактивные депрессии . . . . .</b>	<b>91</b>
<b>Депрессии цивилизации . . . . .</b>	<b>93</b>
<b>«Lebensraum» (жизнеописание) . . . . .</b>	<b>94</b>
<b>Психическая «диспепсия» и невозможность самореализации . .</b>	<b>97</b>
<b>Антитрадиционность и антитрансцендентность . . . . .</b>	<b>99</b>
<b>Колорит . . . . .</b>	<b>103</b>
<b>Гамма чувств . . . . .</b>	<b>103</b>
Печаль . . . . .	103
Подавленность (заторможенность) . . . . .	104
Страх и агрессия . . . . .	106
<b>Эмоционально-чувственная корреляция и что первично? . . . .</b>	<b>108</b>
<b>Темнота . . . . .</b>	<b>110</b>
Ритм дня и ночи . . . . .	110
Психотическое пространство . . . . .	110
Одиночество ночи и всеобщность дня . . . . .	112

Физиологические основы двух ритмов (бодрствования-сна и жизненной активности) . . . . .	112
Эволюция внутренней и внешней активности . . . . .	114
Осцилляции ритма смены дня и ночи . . . . .	116
Ритм жизненной активности (времена года, воскрешение и смерть) . . . . .	118
Некоторые симптомы понижения жизненной активности . . . . .	121
Трудности принятия решения . . . . .	121
Чувство возраста . . . . .	121
Ослабление информационного метаболизма . . . . .	122
Невротический или реактивный компонент . . . . .	124
Опасности взаимодействия с окружением . . . . .	124
Классификация психических травм . . . . .	126
Формирование эмоциональных установок . . . . .	127
Положительные и отрицательные эмоциональные связи . . . . .	129
Исчисление правдоподобия (ожидание) . . . . .	132
Чувство обиды . . . . .	134
Установка «над» . . . . .	135
«Автопортрет» . . . . .	136
Нарциссизм . . . . .	141
Чувство вины . . . . .	145
Моральный порядок . . . . .	153
Система самоконтроля и пространственно-временная орга- низация . . . . .	158
Некоторые черты печали . . . . .	160
Нервная и психическая темнота . . . . .	160
Неизменность . . . . .	161
Привыкание . . . . .	162
Мудрость и печаль . . . . .	163
Ужас и бесконечность . . . . .	166
Изменение пространственно-временной структуры . . . . .	167
Невозможность принятия решения при неврозах . . . . .	172
Убожество тематики . . . . .	174
Неприятности . . . . .	175
«Обратная сторона» . . . . .	175
Персеверация . . . . .	177
«Провалы» в структуре пространства-времени . . . . .	178
«Уплотнение» . . . . .	179
Бунт и покорность . . . . .	182
Печаль «теплая» и «холодная» . . . . .	183
Печаль «тихая» и «бурная» . . . . .	184
Печаль «пустая» и «полная» . . . . .	184



«Чистая» и «грязная» печаль . . . . .	184
Темнота будущего и прошлого . . . . .	185
Примесь отрицательных эмоций . . . . .	185
Эмоциональный колорит, ритм смены времен года и ритм смены дня и ночи . . . . .	186
Фармакологические и физиологические различия . . . . .	186
Классификация симптомов депрессии применительно к двум ритмам . . . . .	188
Оказание помощи при печали . . . . .	189
<b>Информационный метаболизм . . . . .</b>	<b>191</b>
Два биологических закона . . . . .	191
Приятное и неприятное . . . . .	191
Пресыщение и голод . . . . .	193
Осцилляции сытости и голода (ритм ассимиляции и дисси- мляции) . . . . .	195
Процессы ассимиляции в информационном метаболизме (гипотеза о роли сна) . . . . .	196
Временная локализация приятных и неприятных чувств в осцилляции процессов ассимиляции и диссимляции . . . . .	197
Чувства «приятные» и «неприятные» в информационном метаболизме . . . . .	198
Некоторые черты информационного метаболизма . . . . .	200
«Управляю» и «управляюсь» . . . . .	200
Автономия процессов ассимиляции и диссимляции в информационном и энергетическом метаболизме . . . . .	202
Связь между объективным и субъективным как аспект информационного метаболизма . . . . .	206
Принцип реальности (иерархия ценностей) . . . . .	210
Функциональные структуры (модель действительности) . . . . .	212
Интеграционное усилие . . . . .	213
Саморазвитие нервной системы . . . . .	215
Усилие автономное (бессознательное) и волевое (сознатель- ное) . . . . .	216
Нейрофизиологический (математический) образ мира . . . . .	218
Объективность образа мира . . . . .	219
Две фазы информационного метаболизма . . . . .	221
Фаза первая . . . . .	221
Вторая фаза . . . . .	222
Множественность моделей действительности . . . . .	223
Методологические и онтологические выводы . . . . .	224

Выбор модели действительности в первой и второй фазе . . . . .	227
Две фазы: гипотетическое представление в нейрофизиологии	231
Эволюция информационного метаболизма и независимость	233
Конкретность первой и абстрактность второй фазы . . . . .	234
Отсутствие границ в первой фазе . . . . .	236
Удаление во второй фазе . . . . .	238
Цвет и форма . . . . .	239
«Запрограммированность» метаболизма . . . . .	240
Самосохранение . . . . .	240
Сохранение вида . . . . .	244
Автоматизация выбора психологических установок «к» или «от» . . . . .	246
«Потерянный рай» (материнская среда) . . . . .	248
Сновидения . . . . .	251
Интероцепция . . . . .	253
Связи с внешней средой в первой фазе . . . . .	254
Обратная связь во второй фазе . . . . .	255
Врожденная и приобретенная автоматизация принятия ре- шения . . . . .	256
Степень вероятности реализации . . . . .	258
Гипотетическая анатомическая локализация первой и второй фазы . . . . .	259
Эволюция информационного и энергетического метаболизма .	260
Пассивная или активная эволюция . . . . .	260
Творчество . . . . .	262
Ограничения потенциальных моделей действительности (функ- циональных структур) . . . . .	263
Причинно-следственные связи в первой фазе . . . . .	267
Этиологическая классификация депрессивных комплексов .	269
Влияние генетики . . . . .	270
Влияние культуры . . . . .	271
«Вездесущность» депрессии . . . . .	275
Стабильность первой фазы . . . . .	279
Хаос первой фазы . . . . .	282
Взаимодействие обеих фаз . . . . .	283
«Упорядочение» эмоциональной жизни . . . . .	284
Индивидуальное . . . . .	284
Коллективное . . . . .	285

Ложная интеллектуализация в психотерапии . . . . .	286
Психотерапия при депрессии . . . . .	288
Самоубийство . . . . .	291
Надежда (бессмертность жизни) . . . . .	293
Одиночество . . . . .	297
Селекция информации . . . . .	298
Депрессивный «дефект» . . . . .	300
<b>Лечение . . . . .</b>	<b>304</b>
Электрошок . . . . .	304
Тимолептики . . . . .	305
Психотерапия и социотерапия . . . . .	310
<b>Из истории меланхолии . . . . .</b>	<b>315</b>
Предварительные замечания . . . . .	315
Символика меланхолии . . . . .	321
Предварительные замечания . . . . .	321
Дети Сатурна . . . . .	326
Исторический очерк . . . . .	330
Период, предшествующий времени Гиппократу . . . . .	330
Греция классического периода (ок. 600—300 гг. до н. э.) . . . . .	331
Александрийская медицина (ок. 300—ок. 50 гг. до н. э.) . . . . .	334
Римская медицина (до Галена, ок. 50 г. до н. э.—ок. 200 г. н. э.) . . . . .	335
Закат Римской империи и раннее средневековье (до завоевания Александрии арабами, 200—640 гг.) . . . . .	336
Дальнейший упадок медицины в Европе. Расцвет арабской медицины (VII—XIII вв.) . . . . .	338
Ранний Ренессанс (XIII в. до падения Константинополя, 1453 г.) . . . . .	340
Меланхолия в средневековье. Отношение церкви в средние века к психическим больным . . . . .	340
«Эпидемии» депрессии . . . . .	345
Меланхолия в светской жизни средневековья . . . . .	346
Расцвет Возрождения . . . . .	347
Обзор событий . . . . .	347
«Гений меланхолии» в эпоху Ренессанса . . . . .	348

Век Барокко и эпоха Просвещения . . . . .	351
Обзор событий . . . . .	351
«Анатомия меланхолии» . . . . .	353
Сплин и ностальгия . . . . .	357
XIX век . . . . .	361
Развитие психиатрической мысли . . . . .	361
Меланхолия в культуре XIX века . . . . .	363
<b>Библиографический обзор (до 1971 г.) . . . . .</b>	<b>364</b>
Пояснения . . . . .	364
Литература . . . . .	365

•

*Научное издание*

**Антон Кемпинский**  
**МЕЛАНХОЛИЯ**

Редактор издательства *Р. Н. Беркутов*  
Художник *П. Палей*  
Технический редактор *И. М. Кашеварова* .

Лицензия ИД № 02980 от 06 октября 2000 г.  
Сдано в набор 20.03.2002. Подписано к печати 17.05.2002.  
Формат 60 × 84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Бумага офсетная. Гарнитура Таймс.  
Печать офсетная. Усл. печ. л. 23.7. Уч.-изд. л. 23.2.  
Тираж 2000. Тип зак. № 3242. С 92

Санкт-Петербургская издательская фирма «Наука» РАН  
199034, Санкт-Петербург, Менделеевская лин., 1  
main@nauka.nw.ru

Санкт-Петербургская типография «Наука» РАН  
199034, Санкт-Петербург, 9 лин., 12

ISBN 5-02-024984-X



9 785020 249844