

Педантические личности

На уровне явной патологии личности педантическому типу соответствует ананкастическая психопатия. У лиц педантического типа, в противоположность демонстративному, в психической деятельности исключительно мало представлены механизмы вытеснения. Если поступки истериков характеризуются отсутствием разумного взвешивания, то ананкасты "тянут" с решением даже тогда, когда стадия предварительного обдумывания окончательно завершена. Они хотят, прежде чем начать действовать, еще и еще раз убедиться, что лучшее решение найти невозможно, что более удачных вариантов не существует. Ананкаст не способен вытеснить сомнения, а это тормозит его действия. Таким образом, необдуманности истериков противопоставляется нерешительность ананкастов. Разумеется, решения, с которыми связаны колебания педантичного субъекта, должны быть в какой-то мере важны для него: оказывать сопротивление естественному вытеснению трудно лишь тогда, когда неверный поступок грозит либо вызвать неприятности, либо воспрепятствовать приятному. То, что для человека не имеет серьезного значения, сознание вытесняет без всякого труда, для этого не нужно принимать особого решения даже ананкасту.

При развитии у лиц педантического типа невроза важность решения не снимается с повестки дня, но в этом случае предполагаемая угроза, тормозящая принятие решения, может оказаться ничтожной. Если мать-ананкаст прячет в комнате, где находится младенец, все колющие и режущие предметы, то ее действия в известной мере оправданы страхом, что ребенок может пораниться. Но если та же мать вообще боится прикоснуться к младенцу, "чтобы не повредить ему", то она страдает неврозом навязчивых состояний.

Так, например, навязчивое умывание может с натяжкой быть оправдано тем, что даже после тщательного мытья на теле все же остаются мельчайшие частицы грязи, часто невидимые (бациллы). В случаях, когда минимальная возможность опасности сопровождается резким, бурным аффектом, можно говорить о том, что стадия психологической нормы развития истекла, т. е. приходим к закономерности, описанной в цит. соч. (с.191). Это можно образно представить как основной закон развития человеческих чувств, согласно которому эмоции, раскачиваемые между двумя полюсами, все "набирают высоту" и таким образом из незначительных реакций перерастают в глубокие аффекты. С этой закономерностью мы столкнемся еще при анализе развития параноических состояний.

При неврозах навязчивых состояний сильный страх, заставляющий видеть в пустяковом обстоятельстве зловещую угрозу, возникает из-за длительной неуверенности в том, оправдан ли данный страх. Мать в нашем примере сначала хотела лишь убедиться, нет ли острых предметов вблизи ее ребенка. Но успокоиться окончательно не могла, подозревая, что упустила из виду еще какой-то опасный предмет, и вновь гнала от себя мрачные мысли, и вновь они возвращались. Вследствие таких постоянных, разъедающих душу сомнений возникает болезненный страх, срывающий невротиков с навязчивыми идеями. При этом их же собственный разум считает страхи необоснованными, но преодолеть их они не в силах. Уже в периоде развития аффекта ананкаст борется с навязчивыми представлениями; но поскольку его способность к вытеснению заведомо недостаточна, то именно эта борьба усиливает навязчивые представления, ведя к тому самому "раскачиванию", которое взвинчивает страх до предела. Последуй женщина в нашем примере первому импульсу, унеси она из комнаты свои иголки, булавки, ножницы, прежде чем войти туда с младенцем, прекрати она размышлять в данном направлении - и навязчивая идея не развилась бы. Женщина забыла бы о чрезмерных предосторожностях, если бы не продолжала упорно о них думать, страх ее улетучился бы сам собой. Но ей не удается "поставить точку", всплывают новые опасения, и, борясь с ними, она невольно способствует их развитию, создает для них питательную среду.

Но не только такие колебания склоняют людей к патологическим сомнениям; толчком, способствующим "раскачиванию" чувств, могут быть и внешние обстоятельства. Ипохондрический невроз чаще всего возникает в связи с медицинским обследованием, консультациями, предписаниями; больной начинает колебаться между надеждой и опасениями, и в конечном итоге - появляется патологический страх перед тяжким заболеванием. Осознание необоснованности страхов у ипохондриков еще менее вероятно, чем при навязчивых сомнениях, поскольку легче убедиться в необоснованности сомнения, чем в несерьезности физического заболевания, причина которого нередко неясна и самому врачу.

В данной монографии речь идет не о психическом развитии. Мы привели эти вступительные замечания лишь с целью облегчить понимание типа ананкаста, так как сведения о психопатиях, развивающихся у акцентуированной педантической личности, облегчат читателю правильное суждение о ней. Легче будет раскрыть и отрицательные стороны акцентуации этого типа.

При отсутствии невроза педантичность наносит ущерб личности только тогда, когда она приобретает болезненный характер. Способность принять решение в этих случаях настолько резко нарушена, что человек не в состоянии нормально работать. Обуреваемый сомнениями, он вновь и вновь проверяет, удовлетворителен ли результат его труда, можно ли считать работу законченной. Он начинает отставать от других, от

коллектива. Это в известной мере (но далеко не полностью) компенсируется старательным и добросовестным выполнением порученного дела. Ананкаст часто добровольно работает сверхурочно, чтобы наверстать потерянное время. Немалый вред приносит педантичность и в личной жизни. Например, рабочий день закончился, но ананкаст все никак не может "расстаться" с рабочим местом; уходя, неоднократно возвращается, чтобы проверить, заперты ли ящики, закрыты ли все двери, все ли оставлено в полном порядке. Если он сдерживает себя, отказывается от многократных самопроверок, то по дороге домой все равно его изводят мысли о прошедшем рабочем дне, тревожат разные мелочи. Особенно усиливаются его сомнения, когда порученная работа ответственна. Беспокойство не покидает ананкаста и дома: время засыпания, являющееся для другого периодом "выключения", становится для педантической личности тяжелым испытанием. Ананкаст еще раз подвергает скрупулезному анализу все, что было сделано сегодня, погружается в мысли о планах на завтра и не находит лишь одного - покоя.

Бытовые обязанности также не могут выполняться спокойно и гладко. Женщины больше мужчин подвержены чрезмерной, навязчивой аккуратности. Уборка в комнате производится дотошно и основательно, да и куда чаще, чем нужно. Особая чистота должна царить на кухне. Приготовление пищи отнимает у ананкастов много времени, ибо мытье продуктов, их чистка, перебирание овощей, крупы выполняются с предельной тщательностью. Посуду ананкасты моют по три-четыре раза, меняя всякий раз воду. Если ожидаются гости, уборка производится особенно интенсивно. Трудоемкой оказывается и забота о предотвращении бытовых несчастных случаев. Женщина, которая ни разу в жизни не забывала закрыть газовый кран, обязательно многократно проверяет себя, поднимаясь для этого с постели даже ночью. То же самое проделывается и с входной дверью. А днем опять повторяется знакомая картина: покидая дом, ананкаст возвращается проверить, аккуратно ли заперта дверь, тянет ее, трясет; между тем еще ни разу не случилось, чтобы он не закрыл дверь. Выключение утюга и света при уходе из дому также перерастает в проблему. Таким образом, для педантических личностей и трудовая деятельность, и бытовые заботы протекают настолько усложненно, что радости жизни, возможность ими наслаждаться как бы проходят мимо них.

Если педантичность выступает лишь как акцентуированная черта характера, то описанные выше отрицательные моменты не проявляются. Поведение педантической личности не выходит за пределы разумного, и в этих случаях часто сказываются преимущества, связанные с тенденцией к основательности, четкости, законченности. Так, в области профессиональной деятельности педантическая личность проявляет себя положительно, так как выполняет работу очень добросовестно. Другие подумают: да что тут возиться, и так сойдет! Такая установка людям описываемого типа чужда. На производстве хорошо знают работника с этой стороны, знают, что на него можно положиться безоговорочно: ему всегда доверяют работу, при выполнении которой

необходима большая точность, тщательность. Любопытно следующее: на ананкаста ответственное задание может оказать угнетающее действие, так как вызовет множество тревог и опасений, в то же время педантическая личность возьмется за работу без особых раздумий и выполнит ее четко. Если учесть, что педантичность, сверхаккуратность это одновременно и сверхдобросовестность, то сразу становится понятным положительное значение такой черты характера. Позитивное начало педантической личности проявляется и в том, что такой человек любит свое производство, хорошо осознает обязательства по отношению к нему и не меняет место работы без веских оснований. Нередко такие люди много лет, а иногда и всю жизнь работают на одном и том же предприятии. С мелочным педантизмом скрупулезность такой личности не имеет ничего общего, а любовь к порядку тоже еще не говорит о том, что обладатель этого качества - ананкаст (на этом подробно остановимся ниже). В быту для лиц педантического типа также характерна добросовестность. Муж в таких случаях нередко, пасуя перед бытовыми трудностями, перекладывает ответственность на жену. Иногда из-за чрезмерного усердия такие лица, которых еще нельзя отнести к ананкастам (они обнаруживают только черты педантичности), могут серьезно осложнить себе жизнь. Однако для общества они очень ценны.

Педантическая скрупулезность, впрочем, выражается не только в высоких деловых качествах. Она чревата тем, что акцентуированная личность начинает усиленно печься о собственном здоровье. При умеренных проявлениях это положительное качество. Сверхаккуратный человек осторожен, не увлекается курением, не слишком много пьет. Однако при неблагоприятных обстоятельствах такая установка служит толчком к развитию ипохондричности. Поясню свою мысль выдержками из описаний этих личностей, но прежде приведу описание Шмишеком трех лиц, упоминаемых в нашем с ним общем труде.

Верьер К., 1922 г. рожд., слесарь по ремонту машин. С детских лет жизнь его шла ровно. Рос в спокойной семье, посещал восьмилетку, учился средне. Затем 3,5 года осваивал профессию слесаря, получил аттестат с хорошими оценками. С 1939 г. работает по специальности в одной и той же фирме. Вот уже год как стал бригадиром. В 1956 г. женился, жена на 4 года моложе его. Имеет двоих детей, 8 и 5 лет.

И как работник, и как семьянин К. всегда был на высоте. Его семейная жизнь складывалась гармонично. С товарищами по работе неизменно хорошие деловые отношения, полное взаимопонимание. На производстве о К. самого высокого мнения, его ценят за трудолюбие и солидный опыт. Человек он дельный, всегда готовый помочь товарищу.

Черты анализируемого типа особенно ярко выявлялись в беседах с К. Выяснилось, что с самого детства его считают старательным и добросовестным мальчиком. К любому заданию он относится серьезно; не бывает так, чтобы поручение выполнил поверхностно, - все заранее продумано тщательным образом. Намечается явная тенденция к последующему контролированию проделанной работы. Прежде чем сдать обработанную деталь, К. непременно "подтянет винты". При сборке машин всегда убедится, не попала ли стружка в подшипники. Уходя из квартиры, проверяет, закрыт ли газовый кран, выключен ли свет, всегда лишний раз должен убедиться, не оставлены ли на видном месте спички, опасаясь, что до них могут легко добраться дети, а заперев квартиру, он несколько раз дергает дверь за ручку. Настроение К. преимущественно ровное. Он охотно проводит время в обществе, без труда налаживает контакты с людьми.

К. активно реагирует на неприятности, при которых бывает заметно внутренне раздражен, но долго он ни на кого не сердится.

Перед нами человек, выгодно выделяющийся на фоне многих других. Его добросовестностью объясняется редкая тщательность при выполнении работы. У него высокие трудовые показатели.

Следующий случай также подтверждает, что аккуратность и

добросовестность ведут к трудовым достижениям, обеспечивают авторитет на

работе. Одновременно мы убедимся и в том, что чрезмерная добросовестность

чревата страхом перед ответственностью.

Конрад Н., 1929 г. рожд., директор школы. Детство протекало нормально, серьезных заболеваний не было. В течение шести лет посещал начальную основную школу, а затем до 1945 г. - расширенную среднюю школу-интернат. Закончил ее, учился всегда хорошо. Позднее поступил на педагогические курсы, окончил их успешно. С 1948 г. работает

учителем, с 1952 г. - директором школы. Некоторое время (1954-1955) был школьным инспектором. В 1949 г. женился, имеет двоих детей.

В целом жизнь Н. сложилась благополучно. С женой - также педагогом - у него полное взаимопонимание. Возглавляемая им школа считается одной из лучших. С товарищами по работе отношения хорошие. Объясняется это характером

Н., человека весьма добросовестного, у которого во всем "ажур". Он основательнейшим образом готовится к урокам. Многочисленные сверхплановые дела по школе, которые можно было бы поручить кому-либо из коллектива, он выполняет сам, чтобы быть уверенным в своевременном и четком исполнении. При выставлении оценок Н. остерегается поспешных суждений: не хочет быть несправедливым. Вообще ему нелегко критиковать других. Сам он, будучи юношей, во время экзаменов чувствовал себя неуверенно, всегда очень волновался. Должность инспектора школ округа его никак не устраивала, так как была связана с частым посещением школ и контролированием коллег. Поэтому он отказался от нее. В истекшем году он всячески сопротивлялся, когда его за хорошие показатели решено было перевести на более ответственную должность. Ему приятнее его скромная школа, где и ответственность куда меньше. Впрочем, и этот маленький участок целиком поглощает его. Отчеты учителей областному отделу просвещения Н. прочитывает сам по несколько раз. Перед сном обходит все помещения школы (он и семья живут при школе), проверяя, все ли в порядке. Н. легко сходится с людьми, настроение у него всегда ровное. Не обидчив, не любит ссор, скандалов, объяснений, при любом конфликте предпочитает уступить, стремится избежать столкновений по работе.

У вышеописанных обследуемых педантичность проявляется в области профессиональной, в труде. Ниже описана женщина, на примере которой мы видим, как подобные акцентуированные черты характера проявляются в бытовой обстановке.

Эльза Ш., 1925 г. рожд., домохозяйка. Детские годы ничем не примечательны. Закончила начальную школу. После года практики стала работать в хозяйстве отца, пока в 1949 г. не вышла замуж. У нее двое детей. Ш. очень добросовестна, всякую работу выполняет основательно. Соседи часто отмечают, что она чересчур аккуратна, без нужды усложняя этим себе жизнь. Ш. никогда не отдыхает, она работает с утра до вечера не покладая рук, добиваясь во всем образцового порядка, безукоризненной чистоты. Случается, что она работает далеко за полночь, хотя намеченное без всякого ущерба можно было бы выполнить и на следующий день. Но она попросту не находит покоя, пока не переделает всего, что намечено. Еще работая в поле на участке отца, Ш.

славилась образцовой исполнительностью, и родители очень сожалели об утрате такой помощницы. Когда она позже приезжала погостить и отдохнуть у родных, то неизменно включалась в работу по дому и доводила все до блеска. Кроме работы по хозяйству для семьи Ш. еще возделывает садик. Грядки в нем прямые, как стрелки, ни единого сорняка не найти. Утром она всегда поднимается в назначенное время, но это не мешает ей заводить два будильника, "чтобы вовремя разбудить мужа". Ш. часто проверяет выполненную ею работу: вытрет пыль - и сразу начинает гладить рукой мебель, чтобы установить, не осталось ли пыли. Она обязательно дергает дверную ручку, заперев за собой входную дверь. Бывает и так, что возвращается домой убедиться в том, что газ и утюг выключены. Правда, ей никогда еще не случалось забыть выключить тот или иной прибор, но все же она из-за этого беспокоится. По натуре она тихая, замкнутая женщина, поглощена семьей, для которой живет. Настроение у Ш. всегда ровное, она избегает неприятных объяснений, вообще человек очень уживчивый, со всеми ей хотелось бы жить в мире.

Сверхакуратность этой женщины, по существу, является положительной чертой. Ее можно считать образцовой хозяйкой, хотя иногда она и "перебарщивает".

Ни в одном из трех описанных случаев не приходится говорить о психопатии. Конечно, все эти личности по-своему акцентуированные, но все же абсолютно нормальные. Следующее описание ананкаста с уклоном в психопатию продемонстрирует степень его отклонения от нормы.

Освальд Г., 1927 г. рожд., по профессии слесарь. В школе был очень усердным, старательным учеником. Окончил курс слесарного дела, был призван в армию, попал в плен. С 1945 г. работает по специальности. В 1950 г. женился, имеет сына. Г. в работе всегда был аккуратным, но это как-то не бросалось в глаза, пока в 1950 г. ему не поручили ответственный участок. Постепенно Г. становится все более и более неуверенным в себе. Его постоянно преследует лишь один вопрос: нормально ли подтянуты винты в изготавливаемых им изделиях. В результате он подтягивает их столь основательно, что иногда они не выдерживают нагрузки. На производстве стали говорить: "Г. срывает все винты". По совету врача Г. изменил место работы - на том же заводе стал начальником цеха. Как начальник он обязан подтверждать своей подписью, что различные работы по цеху выполнены согласно нормам. Прежде чем поставить подпись, Г. многократно проверяет качество всех выпускаемых деталей, что невероятно затягивает процедуру сдачи. Поэтому он снова меняет должность (на том же заводе): становится ответственным за картотеку по запасным частям. Но и здесь Г. проверяет и перепроверяет запчасти без конца. Его переводят в отдел ремонта. Сначала все идет гладко, но вот снова начинаются затяжные проверки. На этот раз Г., не доверяя самому себе, привлекает для консультаций по контролю еще и сотрудников.

В результате постоянные срывы графика.

Дома также не легче. Когда Г. по возвращении с работы отправляется поставить велосипед в подвальное помещение, то потом долго не может отойти от двери, ведущей в подвал, проверяя, на месте ли его "конь". Долго не может он "оторваться" и от висячего замка на двери, шепча про себя: "Да запер я его, наконец, или нет?" Выключив свет, Г. тут же возвращается проверить, выключен ли он. В ящик для писем заглядывает по 10 раз... Из-за навязчивых проверок у него совсем не остается свободного времени, и все же он не может себя сдержать. К этому присоединяются опасения за жену и сына. Например, Г. преследуют картины пожара, при котором гибнет его семья, он стремится обезопасить дом и близких от угрозы пожара.

Г. был не только педантически аккуратен и добросовестен: преследуемый навязчивыми самопроверками, он ни одного дела не мог довести до конца. Г. с облегчением вздыхал, переходя на новое место работы, - мучительный участок оставался позади! Но не успев вкусить полностью чувства освобождения, он оказывался снова во власти все тех навязчивых самопроверок, только "пересаженных" в другой цех, на новые объекты.

Обследуемый прошел курс психотерапевтического лечения, был подробно проинструктирован, как бороться со своей одержимостью. Мы внушили ему, что как бы ни были велики его сомнения и нерешительность, ни при каких обстоятельствах недопустимо на них задерживаться, а напротив, нужно без промедления переходить к следующему действию или к мысли, связанной с ним. Именно таков путь возвращения ананкаста к нормальной жизни и трудовой деятельности, несмотря на то, что сама аномальная тенденция больного радикально не ликвидируется. Надо сказать, что на военной службе большинство ананкастов чувствуют себя лучше, чем на гражданской, поскольку строжайшая военная дисциплина не оставляет места для нерешительности и колебаний. Вообще же важным моментом у ананкастов является воспитание самодисциплины. Консультации в таких случаях дает психотерапевт. Наш обследуемый Г. после курса лечения мог беспрепятственно выполнять рабочие обязанности. Но слабость в принятии решений осталась и по-прежнему значительно ограничивала свободу его действий. Такая слабость может быть квалифицирована как психопатическая.

Педантичность как черта характера может проявляться даже в детстве, хотя в этом возрасте она и не бывает резко выраженной.

Ей препятствует естественное возрастное отсутствие собранности, откуда и часто встречающаяся у детей необдуманность поступков. Поэтому детей, принадлежащих к педантическому типу, сразу можно отличить от других: они выделяются своей добросовестностью, дисциплинированностью. Как пример приведу описание ребенка, сделанное в нашем совместном труде врачом Линдер.

Петер Ш., 10 лет, лечился в стационаре нашей клиники в 1962 г. по поводу тика мышц лица. Его родители придавали огромное значение успехам детей в школе. Как только ребенок получал невысокую оценку, мать начинала дополнительно заниматься с ним по данному предмету. Наш маленький пациент уже и прежде был склонен к физическому переутомлению. Ему приходится заметно напрягаться, чтобы не отставать от ровесников, хотя он отнюдь не является "отсталым" ребенком. Мальчик болезненно реагирует на плохие оценки, хотя и старается не показывать этого, скрывая свое огорчение. Петер нередко бывает близок к слезам из-за обиды, из-за завышенных требований. По мальчик не хочет, чтобы его жалели, он самолюбив. Учится он всегда старательно, отдавая подготовке все силы, стремясь выполнять школьные задания безукоризненно. Что бы ни поручить Петеру из бытовых дел, на него можно безусловно положиться. Это подтверждают и родители. Мальчик тщательно выполняет любое домашнее поручение даже в тех случаях, когда родители уезжают, т.е. никто его не контролирует. Из всех братьев и сестер Петер самый исполнительный.

Тик начался у мальчика в возрасте 4-5 лет, т.е. еще до посещения школы. Немалую роль в этом сыграл его единоутробный старший брат, постоянный "соперник" нашего пациента. По рассказам матери, ее сыну от первого брака - здоровому настойчивому крепышу - доставляло удовольствие дразнить менее выносливого брата, задиравшись с ним. Вскоре после выписки Петера из клиники родители отправили старшего брата в интернат. Тик удалось вылечить, теперь он появляется у Петера только в моменты волнения, напряженного нервного ожидания или при переутомлении.

Установить, что этот мальчик - маленький представитель педантического типа, нетрудно. В выполнении порученных заданий он отличается необычайной добросовестностью. Можно сказать, что ему чужды характерные для любого ребенка беспечность, легкомыслие. В связи с тем что одно время Петер занимался с чрезмерным напряжением сил, он вновь стал невротиком, снова усилился тик. Появление тика, возрастание его интенсивности при этом весьма характерны - тик и у взрослых представителей педантического типа чаще всего появляется тогда, когда большие перегрузки сопровождаются повышенным вниманием к процессам, происходящим в собственном организме.

На почве ананкастической психопатии возможно развитие невроза навязчивых состояний.

Провести четкую границу между обычными реакциями ананкаста и развитием невроза навязчивых состояний вряд ли возможно. Иногда уже первое колебание при ситуации, требующей определенного решения, может оказаться предпосылкой для развития невроза. Следующее затем колебание по аналогичному поводу может заметно усилить торможение, поднять его выше исходной точки. Но о развитии собственно невроза следует говорить лишь тогда, когда обследуемый утрачивает способность совершать разумные поступки. При этом не имеет значения, как именно он поступает: то ли не совершает нужного действия, то ли, напротив, совершает его там, где оно излишне. Описываемое развитие как бы щадит все области деятельности, кроме одной, следовательно, устанавливается односторонняя навязчивость. Часто именно эта ограниченность нарушения особенно бросается в глаза. Бывает, что человек не решается выйти из дому на улицу, боясь сразу "свалиться замертво", и в то же время он, не обнаруживая и тени торможения, садится в машину, которую вдобавок сам же ведет. Чем однозначнее намечающееся развитие в сторону невроза навязчивых состояний, тем ярственнее эти состояния сужаются, сводясь к одной определенной области психики. У человека, навязчиво сосредоточенного на одной какой-либо теме, просто не остается времени для того, чтобы колебаться в нерешительности также и в отношении других областей жизни. В ситуациях, лежащих за пределами невроза, он либо поступает нормально, как всякий другой человек, либо вообще не включается ни во что вне сферы своего заболевания. Например домохозяйка может часами мыть руки, нигде не убирая, запустив свое хозяйство, так как времени на него "не остается". Именно такого рода черты (парадоксы) отличают обследуемую, к описанию которой я перехожу.

Элизабет Т., 1913 г. рожд., по профессии педиатрическая медсестра. Помнит, что уже в 13 лет страдала навязчивыми представлениями: считала, что если переведет глаза с особы, одетой в черное, на другого человека, то последний вскоре умрет. Ее постоянно мучила совесть, она часто бегала исповедоваться. В восемнадцати лет нем возрасте из лекций на курсах медсестер Т. узнала о том, что бациллы туберкулеза труднее поддаются уничтожению, чем любые другие. В этот период она как раз ухаживала за детьми, болевшими туберкулезом кишок и желез. К тому же отец часто рассказывал о своем брате, болевшем туберкулезом. У Т. появился навязчивый страх туберкулезных бацилл. Она уволилась с должности педиатрической сестры и до 1939 г. работала частной сиделкой. В 1939 г. вышла замуж, стала матерью троих детей.

Во время войны Т. долгое время работала медсестрой в госпиталях, в этот период навязчивые представления у нее не возобновлялись. В 1945 г. во время бомбардировки погибли две дочери Т. После этого ее снова обуял навязчивый страх перед бациллами.

Болезнь прогрессировала, в 1959 г. стала угрожающей. Круглые сутки ее преследовали навязчивые состояния. С утра до вечера она занималась стиркой, но все же не могла добиться желаемой чистоты. Дом у нее был полон всевозможных тряпок и тряпочек, каждая из которых имела специальное назначение. К дверным ручкам Т. иначе как через тряпочку не прикасалась. Ложилась спать очень поздно. Особенно скверно на нее влияла хорошая погода: в солнечные дни она считала необходимым уничтожить бациллы туберкулеза, которые могли находиться на белье, при помощи солнечных лучей. Уже с ночи она начинала собирать все белье, чтобы при появлении первых же лучей солнца развесить его на дворе. Состояние обследуемой особенно ухудшалось, когда ей нужно было выйти на улицу, страх прийти в соприкосновение с бациллами в эти моменты возрастал во много раз. Увидя где-либо пятна крови, Т. на большом расстоянии обходила это место, и тем не менее страх, что бациллы "перешли на нее из крови", не удавалось подавить. Ее преследовали воображаемые картины кровавой мокроты больных туберкулезом, и все чаще ей мерещились на асфальте и на стенах домов видоизменения в окраске, вызванные якобы кровью. В конце концов она стала выходить на улицу лишь в случае крайней необходимости.

Обследуемой, пришедшей на прием в наше психотерапевтическое отделение, была предписана интенсивная терапия отвлечением и привыканием. Основная цель - избавить ее от навязчивого страха перед бациллами туберкулеза и кровью. Одновременно она работала над усвоением разработанных и рекомендованных ей нами правил поведения, которые в конечном счете должны были освободить Т. от господства навязчивых состояний, не покидавших ее в силу присущих ей особенностей личности. После прохождения курса лечения Т. стала вновь работать в качестве педиатрической медсестры. Она была направлена на прежнюю работу с целью сохранения выработанного нами в процессе лечения жизненного ритма. Вот уже несколько лет как Т. снова работая по специальности (педиатрической медсестрой) и образцово ведет домашнее хозяйство. Сравнительно недавно мы спрашивали о ней: она все еще работает на старом месте в детских яслях. Мы получили от нее письмо с выражением благодарности. Все же Т. должна чрезвычайно внимательно следить за собой, чтобы уберечься от возобновления навязчивых представлений. Ведь сама болезненная педантичность обследуемой лечением устранена не была.

Развитие ананкастического невроза предполагает упорную стойкость аффекта, поэтому данный невроз в детском возрасте не встречается. Исключение представляет собой ребенок, описанный нашей сотрудницей Линднер в нашем совместном труде. Развитие заболевания стимулировалось неврозом матери, который отражался и на ребенке. Сама же возможность заболевания обусловлена особенностями личности ребенка, если не ананкастическими, то по меньшей мере педантическими.

Марио Р., 9 лет, лечился в нашем стационаре по поводу категорического отказа посещать школу. Этому предшествовал случай, когда Марио, вернувшись из школы немного позднее, чем обычно, не застал дома маму, которая обычно всегда его ждала.

Марио - единственный сын. До школы лишь короткое время был в детском саду, все детство провел в родительском доме. Его мать вот уже несколько лет находится под наблюдением психотерапевтов по поводу всевозможных фобий. В нашу клинику она поступила одновременно с сыном. Выходя из дому, мать часто брала с собой мальчика "для поддержки" при переходе через улицу или через мост, так как сама ходить по городу боялась. Мальчик обычно держал ее за руку. Отец всегда очень занят на работе, он производит впечатление человека выдержанного, осторожного, надежного.

Марио с раннего возраста боязлив. Его никогда нельзя оставлять одного дома - ни вечером, ни днем. Он боится засыпать в темноте. Это живой развитой ребенок, он не скоро забывает нанесенные обиды, очень ценит, когда выполняют данные ему обещания. Протест против посещения школы связан с тем, что он боялся "не застать маму" по возвращении из школы. Родители сначала пытались сами отводить его на занятия, но при первой же возможности Марио убегал домой. Если же на него оказывалось давление и он был вынужден присутствовать на уроках, то все время нервничал, был сам не свой и никак не мог дождаться момента ухода "к маме". На основании этих болезненных реакций Марио (учился он легко и хорошо) был освобожден от посещения занятий до поступления в наш стационар.

В стационаре Марио производил впечатление ребенка скорее рассудительного и озабоченного, чем боязливого. При психологическом обследовании он всегда довольно долго обдумывал ответ. Казался ребенком не по годам умным. Кроме того, бросалась в глаза его неизменная аккуратность в одежде, даже после шумных игр с другими детьми в больничном саду. С детским коллективом клиники он без труда нашел общий язык, товарищи уважали его и слегка побаивались. Очень пугали Марио взятие крови для анализа и другие подобные процедуры. Несдержанность поведения заметна была только в тех случаях, когда он ждал посещения родителей: волновался, что они не придут, хотя они ни разу не пропустили приемного дня и часа.

Рассудительность маленького Марио позволила нам сделать попытку посылать его прямо из стационара в его старую школу на занятия, чтобы понаблюдать, повторятся ли прежние срывы. Две недели он совершенно нормально посещал школу, а когда начались каникулы, включился в спортивные игры при школе. Мы выписали Марио, предложив ему, чтобы он ходил на спортивные игры из дому.

На амбулаторном приеме через несколько месяцев мы выявили, что и дальнейшие посещения регулярных занятий после каникул шли без перебоев.

Если мальчик, страдавший, судя по его состоянию, неврозом навязчивых состояний, в клинике за необыкновенно короткий срок от него излечился, то в первую очередь причину такого состояния следует искать в детском складе психики, для которого стойкость аффектов не типична. Педантический склад характера Марио неизменно проявлялся в его стремлении к чистоте, аккуратности, в любви к порядку. В плане того же педантического склада следует трактовать и его настойчивость в требовании выполнения данных ему обещаний. Можно, конечно, задаться следующим вопросом: не возник ли невроз навязчивых состояний и не сформировался ли сам склад характера этого ребенка под влиянием болезненного состояния его матери? В данной книге я не занимаюсь проблемой того, в какой мере структура характера родителей (матери) может передаваться ребенку уже в детстве. Прежде всего, подобные констатации пришлось бы делать в самом раннем возрасте, так как, например, в школьном возрасте мы сплошь и рядом уже обнаруживаем сложившимися те черты характера, которыми обладают взрослые люди. Между тем таких сопоставлений никто пока не проводил.

Следует повторить еще раз, что в данной работе я преследовал цель проанализировать сами черты личности; вопрос о том, каким путем эти черты возникают, мной не рассматривался.

Особенно часто встречается ананкастический ход развития заболевания ипохондрического типа, при котором в картине болезни преобладают чрезмерные опасения о своем состоянии здоровья.

Ниже описаны два случая ипохондрического невроза. Первый из них наблюдался у больного, который отличался выраженными педантическими чертами характера, к тому же мог быть определен как ананкаст.

Герберт Ф., 1936 г. рожд., в средней школе всегда хорошо учился. Уже ребенком он с трудом вступал в контакт с другими школьниками, был неуверен в себе, заторможен. Всегда страдал предэкзаменационной лихорадкой. Вообще в школе его всегда отличала робость. Таким остался и по окончании школы. Несправедливые замечания воспринимает весьма болезненно, в то же время не умеет постоять за себя. "А может быть, я все же в чем-то виноват?" - думает

Ф. в таких случаях. Его нельзя назвать честолюбивым, основное его стремление - чтобы никто не нашел недочетов в выполненной им работе. Ф. не способен отогнать от себя мысли о "плохом", склонен к самокопанию. В работе аккуратен, исполнительен; если приходится прерывать трудовой процесс, не доведя его до конца, Ф. очень нервничает. Часто поэтому уходит домой позже остальных сотрудников. Постоянно мучается сомнениями, все ли он сделал как следует, неоднократно проверяет себя. Дома проверяет газовые краны, выключатели.

Как-то после очень душного дня - это было в 1964 г. - Ф. никак не мог заснуть, ему "не хватало воздуха", он чувствовал боль в области сердца, его лихорадило (температура была $37,6\pm$). Врач дал Ф. больничный лист с диагнозом "грипп" и через несколько дней выписал его на работу; предложил, однако, сделать на всякий случай электрокардиограмму. Ф. это сильно обеспокоило, он неотступно думал: "Плохо дело, что-то происходит с сердцем". У него обнаружили повышенное артериальное давление, назначили лабораторные исследования. Врач обронил фразу о "пороке сердца". Обследуемый был потрясен: "Это оказалось ужасным ударом, прямо катастрофой, я понял, что моя жизнь висит на волоске". Боль усугублялась, все больше чувствовалась стесненность дыхания. "Это конец", - думал Ф. Однажды, когда ему показалось, что сердце сжалось в последней судороге, он с диким воплем вскочил с постели. Исследования продолжались, хотя органических изменений сердца установить так и не удалось.

В 1965 г. Ф. пришел на прием в наше психотерапевтическое отделение в тяжелом состоянии: его преследовали мысли о близкой смерти. Ему было назначено психотерапевтическое лечение. Разъясняющими беседами удалось прервать "самокопание" Ф. Терапия заключалась в организации отвлечений и нагрузок. В результате больного удалось избавить от страха перед болезнью. Мы научили его также правилам поведения на будущее: как ему бороться с навязчивыми мыслями о смертельном заболевании. Самой склонности к подобным мыслям нам ликвидировать не удалось. При повторном обследовании Ф. отмечено нормальное самочувствие.

У следующего обследуемого ананкастические проявления значительно менее заметны. Здесь, видимо, нужно говорить не о психопатии, а лишь об акцентуации личности,

Рольф Г., 1924 г. рожд., воспитывался очень строгим, пунктуальным отцом. Очевидно, отец обладал педантическими чертами характера. Г. учился хорошо, по окончании школы стал торговцем. Всякую работу Г. выполняет добросовестно и аккуратно. При малейшей неточности в балансе торгового предприятия он места себе не находит, пока

не обнаружит в бухгалтерских книгах ошибку. Он постоянно проверяет все сделанное, возвращается проверить, заперт ли гараж, выключены ли фары. Дома этого делать не приходится, здесь его отец все проверяет "от уголька в очаге до чердачного окошка". Но Г. и сам во всем строго соблюдает порядок: "Если ночью, случится, разбудят, я должен ощупью в темноте найти все нужное". Г. долго раздумывает перед любым решением.

В 1943 г. Г. был ранен в спину, а с 1947 г. у него часто отмечалась боль в крестце, впрочем, он не чувствовал себя серьезно больным. Но боль продолжалась, и в 1951 г. Г. решил проконсультироваться у врача, который направил его на рентгенологическое исследование и назначил водолечение (ванны). Боль и после курса лечения не прекратилась. Вот тогда Г. испугался: "Что же это может быть? - спрашивал я себя. Я думал, что, вероятно, при ранении оказался разможенным какой-то нерв, что это приведет к параличу". Интенсивность жалоб и опасений в последующие годы изменялась, но недомогание не оставляло Г. В 1956 г. он был определен в больницу и одновременно направлен на аутогенную тренировку, оказавшуюся безуспешной. Позже была предпринята терапия сном, но также безрезультатно; скорее, наступило даже ухудшение. На состояние больного повлиял еще и психогенный фактор: его соседом в палате оказался парализованный больной, который вскоре умер, но незадолго до смерти он рассказывал, что у него тоже "все началось с боли в спине".

В последующие годы Г. продолжал лечиться. Когда врачи при осмотре не обнаруживали повода для опасений, это не успокаивало его: "Я был уверен, что я безнадежен, поэтому они ничего мне не говорят". Между тем боль распространялась по всему телу. Вот примерный перечень жалоб, которые мы слышали во время приема больного в нашей клинике: "Боль я ощущаю между лопатками, она тянется до самой головы, до правого глаза, а иногда и до правой половины носа. Я чувствую жжение, потом наступает полная одеревенелость. Спина болит вдоль всего позвоночника; я как бы вовсе теряю опору. Боль в крестце переходит в правое бедро, вся правая рука от плеча тоже болит. Осенью и зимой у меня ощущение холода и влажности в ногах, точно у меня мокрые кальсоны. Сердце? Да, сердце тоже болит. Иногда такое чувство, словно его прищемили или отдавили".

Боль во всем теле после лечения утихла под действием отвлекающего и нагрузочного лечения. Осталась лишь незначительная боль в крестце, вероятно, действительно связанная с перенесенным ранением; впрочем, она мало беспокоила обследуемого.

Г. оставался здоровым до 1967 г. В этом году у него была особенно напряженная

работа, в связи с чем усилилась боль в крестце, а вслед за ней вновь начался болезненный страх, который с помощью психотерапевтического лечения удалось на сей раз быстро ликвидировать.

Несмотря на то что Г. страдал неврозом много лет, мы не можем констатировать в этом случае аномалию личности. В связи с систематически повторяющимися врачебными осмотрами и назначением всевозможного лечения, касавшегося, к сожалению, только физической стороны заболевания, обследуемый находился в состоянии постоянного беспокойства. Стоило аффекту страха хоть немного снизиться, как в данной обстановке он возникал вновь и вновь. Приходится, к великому огорчению, признать, что врачебные мероприятия, не учитывающие психического состояния пациента, способны вызвать, более того, поддерживать его невротические реакции. До заболевания и довольно долго во время него Г. был весьма положительным деловым человеком, который выгодно отличался по складу характера от ряда других владельцев торговых предприятий. Боль в крестце, которая объективно имела место, первоначально отнюдь не вызвала у него реакций невротика; эта боль продолжалась несколько лет, прежде чем он, наконец, обратился к врачу.

Особый интерес представляет то, что обследуемый жаловался на множественность болевых ощущений, выходявших далеко за пределы первоначальной локализации.

Следует отметить, что если человек - в связи со страхом болезни - не только сообщает о неопределенных соматических симптомах, но и жалуется на конкретные, четко локализованные неприятные ощущения, - это уже свидетельствует о предрасположении к невротическому развитию.

Возникают не идеопсихондрические состояния, как я предлагаю их называть, а сенсопсихондрические, при которых появляются не только болезненные опасения, но и явные болезненные ощущения без конкретной телесной основы. При подобном предрасположении опасность невротического развития возрастает, так как боль воспринимается как подтверждение органического заболевания. Если момент опасений, страха перед болезнью отсутствует, то описываемое предрасположение не проявляется, следовательно, в нем нет ничего патологического. У Г. в начальной стадии невроза предрасположение к невротическому развитию не проявило себя ничем. И лишь совпадение таких факторов, как нервное и физическое переутомление и выраженные черты личности педантического типа, вызвали невроз, а вслед за ним и разветвленные болевые ощущения.

Ипохондрический невроз не всегда легко отличим от невроза навязчивых состояний. Люди, страдающие кардиофобией, т.е. болезненной мнительностью в отношении заболеваний сердца, могут одновременно бояться выходить на улицу, опасаясь, что именно там произойдет инфаркт. Такая фобия ситуации - она также должна быть отнесена к неврозам навязчивых состояний - есть не что иное, как следствие нозофобии, т.е. ипохондрической мнительности. В других же случаях это вообще страх перед чем-то роковым и зловещим, но он не содержит представлений о конкретном заболевании своего собственного организма.

Автор - Карл Леонгард "Акцентуированные личности"