

Современные течения в психиатрии

ОТ ИЗДАТЕЛЬСТВА

Современные течения в психиатрии

Освальд Бумке

Издаваемая книга профессора Освальда Бумке «Современные течения в психиатрии» интересна тем, что в пяти лекциях, прочитанных на различных съездах германских психиатров и невропатологов в 1924 — 1925 гг., автор в сжатом, чрезвычайно ценном и содержательном изложении дает не только основные этапы истории развития основ психиатрии, но одновременно освещает различные течения в психиатрии, существующие за последнее время в Западной Европе.

В историческом разборе различных периодов психиатрии автор не останавливает внимания на очень отдаленных, древних этапах, а эволюцию различных течений фиксирует на методах психологическом, неврологическом, серологическом и анатомическом, а также указывает, что эти методы должны быть в психиатрии применены наряду с методами наследственно-биологическим и конституционально-патологическим. По своей идеологической установке автор несомненно склоняется к материалистическим взглядам.

Издательство считает полезным выпуск этой книги, так как появление ее на русском языке даст возможность интересующимся этой областью врачам ознакомиться подробно со всеми современными течениями психиатрии в Западной Европе и увязать таковые с последующим Социологическим методом, установкой на который еще так не богата наша специальная медицинская литература.

12 мая 1929 г.

**I. О СОВРЕМЕННЫХ ТЕЧЕНИЯХ В
КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ.**

**Современные течения в
психиатрии**

Освальд Бумке

Задача изложения научных течений, господствующих в определенную эпоху, по сути своей распадается на две части: одну — узкую, и другую более обширную. Течения эти должны быть отнесены к историческим источникам соответствующей специальности и рассматриваться как органическое следствие предшествующих научных движений. В то же время они должны быть выведены из общих источников, предопределяющих для каждого времени развитие отдельных систем знания, зачастую без ведома самих исследователей. В то время, когда психиатрия только начинала становиться наукой, в том смысле, в каком она и сейчас рассматривается большинством из нас а именно: частью медицины и тем самым естествознания в то время естественно-научное исследование находилось под знаком дарвинизма, а в общенаучном мышлении того времени господствовали идеи материализма. Мы знаем, как эти воззрения привели наших медицинских исследователей не только к определенному решению проблемы взаимоотношений духа и тела, но вместе с тем и к грубо механическим представлениям о нашей психике.

Влиянию упрощенного дарвинизма психиатрия, как и другие отрасли медицины, обязаны введением ряда идей, часто повторяющихся вплоть до нашего времени, хотя и не всегда с

новой проверкой первоначального, подлинного их содержания. Своеобразные реакции, свойственные человеческой нервной системе, рассматриваются как наследственный осадок переживаний многочисленных предшествующих поколений, определенные болезненные симптомы, как остаток расовых древних защитных приспособлений, как освобождение первоначальных стремлений и волевых импульсов или как возвращение к архаически-примитивным формам мышления. Точно также и многие, если не все, врожденные или в ранней юности перенесенные болезненные состояния рассматриваются как инфантилизм, как пережиток прежней, давно пройденной человечеством ступени. Другие болезненные состояния мы, наперекор всем имеющимся данным биологии, и поныне еще объясняем наследованием признаков, приобретенных во время индивидуальной жизни, или, что лично мне кажется более приемлемым, — влиянием неблагоприятного отбора. Таким образом, эти болезненные состояния объясняются явлениями вырождения, вызванными главным образом нашей цивилизацией, — наше социальное устройство нарушает и искажает естественную природу вещей, как ее представлял себе Геккель, задерживая естественную эволюцию человечества.

Для историка, который позднее, задним числом, будет рассматривать идейные течения не только в нашей специальности, но и вообще нашего времени, несомненно будет чрезвычайно интересно установить, как эти дарвинистические, материалистические и механические представления, примерно на рубеже нашего столетия, в значительной мере вытесняются или в лучшем случае переплетаются с метафизически-романтическими элементами. Переплетаются и пересекаются, ибо не всегда метафизическая установка находится в сознательном противоречии с материалистической. Не всегда она представляется одним из неизбежных в развитии каждой науки качаний маятника. Наоборот, довольно часто материалистические и сверхчувственные идеи уживаются рядом. Разумеется, мистика, допускающая подобный синтез хотя бы лишь как преходящее явление, представляется весьма своеобразной: бедная идеями, сухая, без размаха, без силы и без веры в самое себя, она является безнадежно бесплодной. Это та мистика, которая не в состоянии выдвинуть ни одной значительной идеи, ни одного гениального художника. Вместо этого, однако, она питает целую армию медиумов и телепатов на ряду с «вычисляющими» животными. Метапсихология, которая, невидимому, лишь для того борется с материализмом, чтобы самой закончиться в материализации; и метафизика, которая вопреки всей нарочитой темноте своего языка тар плохо скрывает свое наставнически-рационалистическое ядро, что, быть может, уже сейчас можно сказать, что она когда-нибудь окажется первым актом к новому откровению.

Нельзя отрицать того, что соединение грубо материалистических и довольно сырых романтических представлений имеет место и в нашей современной психологической и психиатрической литературе; и, больше того, — что именно здесь она принимает иногда формы, которые можно объяснить, но отнюдь не извинить отсутствием философского образования у врачей. Приводятся фантастические психологические интерпретации, выставляются телепатические, спиритуалистические и мозго-мифологические положения якобы на феноменологической основе, злоупотребляя именем Гуссерля или же без того. Самые разнородные концепции — естественно-научные, художественные и философские — преподносятся в чисто литературном освещении, и, если кто-нибудь все же попытается проникнуть сквозь это нагромождение слов, то ему указывают, что все эти результаты получены путем внутреннего созерцания и таким образом не могут быть опровергнуты естественно-научными или логическими доводами. Это как раз тот пункт, на котором расходятся умы. Невозможно перебросить мост между теми, кто не представляет себе науки без научных логических доказательств теми, кто считает возможным добиться научных результатов методами религиозных пророков.

В виду всей этой путаницы можно, конечно, только приветствовать тот факт, что за последние

два десятилетия со все возрастающей силой обнаруживается стремление гносеологически установить границы психиатрического исследования и заново пересмотреть методические основы.

Совершенно очевидно, что особый, двойственный характер, свойственный симптомам,— то более телесных, то более психических душевных заболеваний и особая насущность вопроса о взаимоотношениях тела и духа именно от нас, психиатров, требует особенной отчетливости и ясности в постановке проблемы. Мы знаем, сколь много мы в этом отношении обязаны Ясперсу (Jaspers), но можно, однако, не преувеличивая, сказать, что и сейчас еще многие понятия, которыми мы с полной беспечностью оперируем ежедневно, настоятельно требуют основательного критического пересмотра. Одного лишь не должна забывать ни одна из работ этого рода, а именно: что психиатрия [я цитирую здесь философа Хонигсвальда (Honigswald)] «по методическому смыслу постановки вопроса, а также структуре и расчленению своих понятий является естественной наукой», и что даже психология, куда бы ее ни причисляли, «в своей сущности и во всей сфере ее проблем» никогда не сможет освободиться от всякой зависимости от физиологических задач. Об этом очень часто забывают в последнее время. Со всей серьезностью произведены были попытки извлечь психиатрию из общей системы медицины и заново обосновать ее как ветвь науки о душе. Незачем говорить о том, что попытка эта потерпела полную неудачу. Надо только представить себе, что еще сто лет тому назад с такой же решительностью, как и сейчас, нам запрещалась всякая ссылка на мозг и вообще на телесные явления, а также всякое применение анатомических, неврологических и серологических методов работы. При таких условиях мы знали бы о прогрессивном параличе еще меньше, чем о шизофрении. Чистая психиатрия не только практически, но и научно столь же невозможна, как, скажем, внутренняя медицина в качестве простой ветви химии или же офтальмология как отдел физики.

Самое курьезное во всем этом то, что многие из этих философствующих наростов, точно так же как и многие заскоки мифологии мозга и психоанализа, в конечном счете базируются на недоразумении. Все они ссылаются на феноменологию Гуссерля. При этом, однако, упускают из виду тот факт, что сам Гуссерль настоятельно рекомендует естественным наукам «отделить границы догматического исследования от критических постановок вопроса» и «не останавливаться в своих изысканиях из-за гносеологических предрассудков, о правильности и неправильности которых должна судить философия, равно как и неоднократно приведенное Гуссерлем разъяснение, что «чистая феноменология не есть психология», «что не случайные разграничения областей и терминологии, а принципиальные причины исключают возможность отнести к ней психологию»; что, наконец, психология есть опытная наука, наука о фактах, реальностях, тогда как феноменология стремится установить «не какие-либо факты», а исключительное познание сущности.

Таким образом, когда мы в настоящее время говорим о феноменологическом исследовании в психологии и психиатрии, то это может означать две совершенно различные вещи. А именно: либо философское обоснование психологии, само по себе необходимое и желательное, и которого, как раз по Гуссерлю, не должно дожидаться при психологическом и психиатрическом анализе фактов, либо же это может обозначать нечто, что на самом деле связано с Гуссерлевской феноменологией лишь общим названием, именно, всем понятное в настоящее время стремление прежде всего узнать, что происходит в психике здоровых и больных людей. Это та именно феноменология, которой многие из нас сознательно занимаются и которую в особенности Ясперс пытался систематически обосновать. Она не обозначает, конечно, какого-либо принципиально нового направления, и если в последнее время для нее все же искали новое название, то причиной этому являлась исключительно необходимость отграничить ныне господствующие в психиатрии психологические течения от прежних, от

которых они во всяком случае отличаются самым резким образом. Это и есть как раз то, что больше всего характеризует современную психиатрию: совершенно «определенная психологическая установка, свойственная, впрочем, не только нашей специальности, но и всей нашей научной эпохе. О психологическом направлении в психиатрии можно было говорить еще в предшествующем поколении. Но психология того времени,—и она являлась необходимой фазой в развитии нашей науки, ибо только она преодолела психологическую спекуляцию— горько обманула нас в своих практических результатах. Ныне мы уже не верим в то, что человеческую душу можно разобрать подобно часам, и мы не верим в какой бы то ни было психологический метод, который пуще всего боится соприкосновения с душой, как таковой.

Таким образом, экспериментальная физиологическая психология почти совсем исчезла из психиатрических клиник. Ее место заняла психология соотношений, психология, которая, будучи освобождена от всего балласта мифологии мозга и бывшей атомизации души, знакомит нас с комплексом душевных процессов у здоровых и больных, раньше всего в возможно чистом виде, затем, не разрывая на части, стремится понять их в целом, выводя их из душевных предпосылок. Соответственно с этим психология эта на первый план выдвигает темперамент и характер, установку и способность к реакции, среду и переживания; психология, исходящая не из абстрактных, малокровных схем, а из живых объектов и потому одинаково не отвергающая ни наблюдений из области психологии в обыденной жизни, ни психологических истин, высказанных во все времена знатоками человеческой души в литературных произведениях. Эта именно психология господствует в настоящее время в психиатрии; и здесь она не ограничивается регистрацией того, что видит, например, описанием какой-нибудь формы безумия, а стремится найти разветвленные корни его гнева. При этом она не удовлетворяется одними лишь внешними проявлениями болезни и тем, чем больные и здоровые считают возможным с нами поделиться, а пытается проникнуть и в те неясные, скрытые связи душевной жизни, которые до недавнего времени еще либо вообще оспаривались наукой, либо же прикрывались избитым термином «бессознательных душевных явлений».

Ясно, что попытка научного проникновения в эти глубины души связана с громадными трудностями и что она таит в себе опасности. Еще Крепелин указывал на источники ошибок, неизбежно связанных с художественным воспроизведением патологических процессов. Я не отрицаю этой опасности, но я хотел бы все же подчеркнуть, что психопатология, которая пожелала бы вовсе отказаться от таких воспроизведений, должна была бы отказаться и от самой себя. Психология, которая исключила бы все субъективное, задушила бы свое собственное содержание. Простое установление, что больной не только молчит и медленно двигается, но что он грустен, уже содержит в себе субъективное решение, и между таким установлением, и, например, Кречмеровским представлением сенситивного бреда отношений методологически разница лишь количественная. Мы никогда и не отказывались от этого метода. Можно спокойно признать, что как остроумные замечания о психопатологических состояниях, которые постоянно так радуют нас у Вернике, так и те большие психологические картины болезней, которыми мы обязаны Крепелину, возникли совершенно одинаковым образом. Они так же мало имеют общего с представлениями Вернике о мозговой механике, как и с апперцепционной психологией Вундта. Тем, что в них справедливо и непреходяще, мы обязаны непосредственным психологическим наблюдениям и способности искусственно оживлять эти наблюдения.

Я, лично, вижу существенную опасность современного психологического направления еще и в других областях. Не подлежит сомнению, что отношения к психологии не только обыденной жизни, но и той, которая изобретается поэтами и писателями, навели многих непризванных на путь чисто литературных произведений,— путь, который, разумеется, был бы невозможен во

времена господства анатомических и неврологических представлений. Тернистый путь кропотливой работы, который обычно должны преодолеть научные пионеры, здесь, повидимому, отсутствует или, вернее, он настолько малозаметен, что при попытке пройти его не всегда удается миновать несчастных случаев. Такого рода ошибки сами собой исправляются при дальнейшем развитии. Тем серьезнее представляется мне другая опасность, которая как раз в последнее время, как это, впрочем, случилось уже однажды во времена М^биуса— снова стала надвигаться, а именно: что психология, исходящая из патологических случаев, для того чтоб отсюда проникнуть в область здорового, очень легко смешивает нормальные реакции с болезненными и нормального человека с психопатом. Если проследить, например, развитие понятия «схизоид» за последние годы, то все же придется допустить, что при все большем разведении патологический элемент в конце концов окончательно исчезает и остаются лишь свойства общие всем людям вообще.

Таким образом, мне кажется, опасность современного психологического направления в психиатрии лежит не столько в самом методе установления фактов, сколько в тех заключениях, которые выводятся из этих фактов.

Я сам давно уже выдвигал, как существенный критерий функциональных психозов и психопатических конституций, то обстоятельство, что и здоровый человек может пережить эти болезненные состояния, и Ясперс подчеркнул тогда основную разницу между этими «понятными» и причинными связями. Но то, что справедливо для развития параной, для психогенной реакции и истерических конституций, неприменимо, по моему мнению, ни к параличу, ни к шизофрении. Разумеется, манию величия у прогрессивного паралитика мы должны объяснить совпадением слабости суждения с эйфорией или же некоторые формы старческого слабоумия будем анализировать по А. Пику (Pick); столь же несомненно следует считать успехом, когда Блейлер в его мастерском изложении раннего слабоумия в запутанных речах шизофреников или в их безумных представлениях видит определенный вид расстройства формального мышления. Но это есть психология объясняющая, а не понимающая (постигающая), психологические же толкования, которые пытаются вникнуть в психологию прогрессивных паралитиков и шизофреников, являются, по моему мнению, ошибочным мышлением. Одно и то же состояние невозможно свести одновременно к грубому и — с психологической точки зрения — бессмысленному нарушению цельности нервной системы и вместе с тем выводить его из определенных нормально-психологических предпосылок.

Мы, противники психоанализа, оспариваем толкование его, а не приводимые факты. Это следует, по моему мнению, подчеркнуть в виду различных полемических замечаний по этому вопросу. То, что больные говорят и делают и то, что врач-психоаналитик повествует об их поведении, этого (как фактов) никто еще не оспаривал. Но из этих фактов вовсе не следует, например, то, что истинный смысл полового акта заключается в стремлении мужчины вернуться в тело матери, или же что зуб представляет собой своего рода первичный penis. Недавно Шильдер (Schilder) высказался в том смысле, что факты и результаты нельзя опровергнуть логическим путем. Я допускаю это для фактов, для результатов же, которые получаются путем умозаключений, это положение неприменимо. И когда Шильдер далее полагает, что психоанализ хотя и находится в противоречии с старой логикой, которую он называет «школьной логикой», но согласуется зато с более новой, которая возвращается от формулы к непосредственному созерцанию, к интуитивному проникновению в сущность вещей, то практически это должно обозначать лишь следующее: дискуссия по поводу психоаналитических утверждений противникам психоанализа воспрещается по той причине, что утверждения эти установлены путем внутреннего созерцания. Это, как известно, и есть то самое обоснование, при помощи которого Рудольф Штейнер отклоняет всякое возражение против своего антропософического учения. Я не знаю как отнесся бы Гуссерль к этой ссылке

на его феноменологию, но я знаю наверное, что науки о фактах, каковыми и являются ведь психология и психопатология, не станут отрекаться от «школьной логики», признаваясь в верности методу «внутреннего созерцания».

Я убежден, впрочем, что психоаналитическое направление уже перешагнуло вершину своего развития и что не в очень далеком будущем можно ожидать спокойной оценки его исторического значения. Во всяком случае, кажется нам, движение это следует рассматривать как исторически необходимый этап — в противном случае это значило бы сомневаться в логике научной эволюции. На самом деле только учение о бессознательном в таком виде как его защищает Фрейд, ввело в психологию и психопатологию такие механизмы, которые вначале только под этим флагом и могли быть приняты. Что еще важнее однако, — это следующее: необходим был именно необычайный успех психоаналитической школы, — а успех этот был действительно необычайным — для того, чтобы психология и психопатология снова вернулись к своим настоящим задачам. Только потому, что официальная психологическая наука раньше так чуждалась действительности, что она так мало знала об истинных душевных переживаниях и потому что каждому, кто стремился узнать что-нибудь о «душе», тому подавались камни вместо хлеба, только поэтому возможен был вообще успех психоаналитической школы Фрейда. Фрейдовская школа содержит в себе так много отталкивающего. Отсутствие критики, когда фантастические рассказы отдельных лиц выставляются в качестве объективных истин, хитроумная диалектика, узаконяющая невозможнейшие логические прыжки, беззастенчивость, с которой гипотезы нагромождаются на гипотезы без всяких доказательств, и, наконец, необычайная переоценка половых мотивов давно бы лишили эту школу всякой привлекательности еслиб в течение долгого времени психоанализ не был единственным направлением, которое пыталось охватить душевные явления как целое. Время это уже позади нас. Но еслиб даже психоаналитическая волна вскоре схлынула, то все же мы должны с благодарностью признать, что она смыла довольно большое количество запыленных остатков чисто лабораторной и кабинетной психологии.

Именно те, кто, подобно мне, убежден в том, что психиатрия никогда не отойдет достигнутой ныне психологической установки, не должны отрицать того, что соматические задачи нашей науки также заслуживают быть сильнее подчеркнутыми, чем это практиковалось многими в последние годы. Несомненно, серология достигла больших успехов, точно так же как открытая Вагнер фон Яуреггом (Wagner v. Jauregg) чисто биологически обоснованная терапия металюзеса всегда будут рассматриваться как одно из наибольших достижений нашей эпохи. Довольно много говорилось, по крайней мере в программных статьях, и о внутренней секреции и о химии психозов. Однако, неврологическое или, вернее, мозго-патологическое направление в течение долгого времени оставалось заброшенным. Весьма симптоматично, что такой выдающийся исследователь как А. Пик в конце своей академической деятельности и в заключение замечательных клинических работ в одном методологическом этюде считает необходимым снова обосновывать и оправдывать неврологическое направление в психиатрии. Правда, надежды, которые некогда связаны были с именем Мейнерта (Meunert), не оправдались, и гениальная попытка Вернике заново построить клиническую психиатрию на узком фундаменте учения об афазии навсегда, невидимому, потерпела крушение. Однако, все это не дает оснований отказаться от тех средств, которые нам дает в руки неврологический метод работы. Вполне возможно ведь, что польза, извлеченная психиатрией из столь многочисленных во время войны ранений мозга, была бы значительно большей, еслиб существовало большее количество психиатров, интересующихся неврологией.

Впрочем, растет число признаков, указывающих на то, что маятник начинает возвращаться обратно. Психические последствия энцефалита у детей показали, что не все то, что мы до сих пор причисляли к психопатиям, может быть объяснено наследственно-биологически или же

понято психологически. Другими словами: область функциональных расстройств на основании новых данных и по сей час еще должна быть сужена в сторону органических заболеваний. Та же эпидемия энцефалита снова выдвинула возможность локализации (анатомии) некоторых болезненных расстройств хотя бы под совершенно новым углом зрения. И, наконец, установленная как будто связь некоторых так называемых стриарных синдромов с шизофреническими со стояниями снова приблизила возможность мозго-физиологического метода рассмотрения кататонических симптомов, введенного Вернике и как *pas* в этой одной области давно уже и с большим успехом применявшегося Клейстом (Kleist).

Не совсем такое значение, какое она имела лет 20 назад, придается сейчас также гистопатологии нервной системы, анатомии психозов. После больших успехов, связанных с именами Ниссля и Альцгеймера, развитие гистопатологии пошло больше вглубь, и одновременно с этим психологическое направление в психиатрии несколько ослабило первоначальную тесную связь обеих дисциплин. Будем надеяться, что и то и другое окажутся преходящими явлениями.

Правда, резко изменились и наши основные воззрения относительно возможностей анатомического обоснования психиатрии. 20 лет тому назад в этом отношении все казалось чрезвычайно простым. Это было то время, когда обоснованная Кальбаумом (Kalbaumm) клиническая концепция была на высоте своего успеха. Ныне можно сказать, что эти успехи, помимо целеустремленной работы Крепелиновской школы, в существенном были достигнуты благодаря необычайной простоте их предпосылок. В то время мыслили чрезвычайно прямолинейно. Тому, кто вообще хотел считаться клиницистом, достаточно было знать отдельные болезненные формы. Однородной была этиология, однородными патогенов и анатомия и в особенности однородными представлялись течения и исход заболеваний. В тех случаях, когда это действительно имело место, общность этиологии, патогенеза и патологической анатомии становилась несомненной для этих случаев. Это было то время, когда сам Ниссль даже истерию считал таким расстройством, патолого-анатомические основания которого почти так же ощутимы, как и при параличе, а все попытки психологически интерпретировать истерические симптомы считал ненаучными, понятие же о «функциональных душевных болезнях» рассматривал как источник фундаментальных ошибок.

Времена быстро изменились. Почти непосредственно за докладом Ниссля чистая истерия объявлена Гохе функциональным заболеванием в том смысле, что она не обусловлена патологической анатомией и никогда не может быть обусловлена ею. В 1906 г. тот же автор решительно оспаривает догмат патолого-анатомической обусловленности всех психозов, и притом в более общей форме. Сомнение не относилось, конечно, к болезням, которые обычно заканчиваются психическим дефектом и для которых поэтому может быть выставлена анатомическая основа. Точно также, само собой разумеется, что сомнение это не распространялось на основное убеждение о связях всех психических явлений с материальными мозговыми процессами вообще. Самым решительным образом оспаривалось лишь то утверждение, что в основе всех душевных расстройств лежат патологические мозговые процессы примерно того же типа, как при прогр. параличе. Вместе с тем отсюда вытекал вопрос, существуют ли вообще какие-либо надежды получить от патологической анатомии помощь для разделения картин заболеваний вообще.

Натиск Гохе против господствовавшего в то время направления не ограничился, как известно, этой борьбой против анатомических догматов. Его сомнение касалось вообще идеи отдельных болезненных форм. Представление это казалось ему не идеалом, как это было у Крепелина, а лишь фантомом, и стремление к удовлетворительной клинической группировке всех психозов было объявлено им утопией, столь же безнадежной, как попытка очистить мутную жидкость

путем постоянного переливания в новые сосуды.

В то время Гохе упрекали в чисто негативистической критике, препятствующей якобы развитию науки, не заметив при этом те положительные импульсы, к которым эта критика приводила. Но сам Гохе отнюдь не ограничивался одним отрицанием. В своем учении о синдромах, которое он хотел поставить на место отдельных болезненных форм, он указывал на определенные внутренне связанные симптомокомплексы, на определенные стойкие комбинации постоянно повторяющихся элементарных душевных процессов, заложенных, повидимому, предуготованных в нервной системе и обнаруживающихся поэтому под влиянием различных воздействий. Он ссылался при этом на эпилептический *grand mal*, которому организм также не должен учиться, но который осуществляется, как только он вызывается какой-либо — безразлично какой именно — причиной.

Старшие из нас помнят решительное и всеобщее отрицание, которым встречены были эти еретические идеи на нашем собрании психиатров всего лишь 18 лет тому назад (в Мюнхене), и все же уже тогда намечалось подтверждение взглядов Гохе. В 1909 г. Бонгеффер (Bonhoeffer), основываясь на многолетних наблюдениях, выступил с учением об экзогенных симптомокомплексах. Он показал, «что грубые экзогенные повреждения самого различного характера в существенном создают аналогичные острые психические симптомы. Бонгеффер думал поэтому, что, быть может, было бы целесообразнее говорить в этих случаях о формах психических реакций, о типах экзогенных повреждений, чем о настоящих психозах.

Таким образом понятие об отдельной болезненной форме было подорвано в своих наиболее казалось бы защищенных позициях — со стороны экзогенных органических психозов. В том же самом году я сам, находясь в значительной мере под влиянием Гохе, пытался, говоря о функциональных психозах, доказать, что здесь не может быть речи просто об отдельных болезненных формах в смысле тогдашней Крепелиновской школы, что эти постоянно наследственно возобновляющиеся формы переходят одна в другую, переплетаются в отношении своих симптомов и всегда остаются связанными с нормой плавными переходами; что все они, соответственно своему происхождению, представляются всегда психологически понятными, но что именно поэтому они не могут обладать патолого-анатомическим субстратом, как при прогрессивном параличе. При таком положении вещей совершенно безнадежно отграничивать эти заболевания друг от друга сколько-нибудь точным убедительным образом. Именно, не остается ничего другого, как внести в этот динамический (текущий) процесс некоторый естественный систематический порядок путем установления типов.

Впрочем, как Бонгеффер, так и я уже тогда указывали на наблюдающуюся иногда комбинацию функциональных и экзогенных синдромов. Так, например, Бонгеффер наблюдал, как периодически наступавший функциональный психоз, вследствие осложнения некомпенсированным пороком сердца, приобретал новый более экзогенный оттенок, и я сам пытался объяснить аналогичным смешением функциональных и органических факторов инволюционные психозы, симптоматология которых является столь разнообразной потому, что инволюционные соматические расстройства встречались каждый раз при различных душевных предрасположениях. Таким образом, здесь уже, как сказали бы ныне, речь должна идти о многомерной диагностике.

Между тем в практической работе все чаще замечалось, что клиническая школа достигла границы своих возможностей. Мне самому всегда казалось, что книга Г. Л. Дрейфуса (Dreyfus) о меланхолии и работы Г. Шпехта (Specht) об отношении параной к маниакально-депрессивному психозу явились последними вехами в этом попятном пути. Если одна

единственная функциональная душевная болезнь в конце концов поглотила все остальные, если от функциональных психозов под конец остался только один маниакально-депрессивный психоз, который, помимо старой простой мании и меланхолии и периодических и циркулярных психозов, должен был охватить, с одной стороны, самые легкие циклотимические формы вплоть до такого типа как Гете, с другой стороны, ведущие к слабоумию инволюционные психозы и в большинстве случаев неизлечимое сутяжное помешательство (как известно, позднее к этому присоединились еще навязчивые состояния, сердечные и желудочные невроты и многое другое) — что же это все обозначало, как не отказ от поисков отдельных болезненных форм в этой функциональной именно области? Что дело обстояло точно таким же образом и для экзогенных форме, само собой вытекало из дальнейших работ Бонгеффера.

Таким образом, та фаланга с которой столкнулся Гохе при новом резюмирующем изложении своей точки зрения в Киле в 1912 г., уже не являлась больше столь замкнутой и внутренне крепкой. Зимерлинг (Siemerling) открыто присоединился к его взглядам, между тем как Крепелин все еще предостерегал от них. Как сильно изменились обстоятельства с тех пор, отчетливее всего видно из работы Крепелина 1920 г. Здесь не только принимаются экзогенные формы реакций Бонгеффера, но развиваются также идеи, в значительной степени совпадающие с идеями Гохе. Особенное значение придается тому факту, что «многочисленные выражения психозов раз навсегда предопределены предуготованным устройством конституций человеческого организма и поэтому всегда, при наличии соответствующих предпосылок, протекают одинаковым образом. Зависимость такого рода болезненных явлений от предуготованных устройств организма часто должно было бы выразиться в том обстоятельстве, «что они не ограничиваются определенным болезненным процессом, но могут быть вызваны в той же форме различными болезнетворными воздействиями». Таким образом, мы вынуждены до крайности ограничить положение, по которому то или иное расстройство характерно для определенной именно болезненной единицы. Это означало не больше и не меньше как отказ от самых основных предпосылок до-нынешнего клинического направления. Руководители клинической школы примкнули к взглядам Гохе.

Между тем клиническая работа давно уже овладела областями, открывшимися благодаря устранению старых догм, и уже собрала ценные плоды. После нескольких лет, в течение которых мы находились под угрозой задохнуться в чисто отрицательной критике, наступило время энергичной деятельности, общее направление которой лучше всего обнаруживается в развитии учения о параное. Здесь Шпехт (Specht), Фридман (Friedmann) и Гаупп (Gaupp) — чтобы назвать хотя бы самые крупные имена — ввели чисто психологический способ анализа, проследивший генезис безумия. Однако, путь к нашим нынешним взглядам стал свободным лишь после падения догмата об отдельных болезненных формах. Только с тех пор как утратил смысл вопрос о том, страдает ли нервный мужчина или истерическая женщина, выражающие идеи ущерба, неврастенией, истерией, меланхолией или параноей, оказалось возможным исследовать построение этих болезненных состояний так, как это в последнее время сделали Кречмер, Керер (Kehrer) и другие. Что психологическое рассмотрение такого рода состояний само собой должно было привести к наследственно-биологическим вопросам, к вопросу о предрасположении и его происхождения, о темпераменте и характере, а также о телесной обусловленности и далее к исследованию среды и переживаний, что при этом приняты были во внимание экзогенные факторы в соматическом смысле, могущие понизить сопротивляемость организма, и что, наконец, из этих взглядов возникла совершенно новая точка зрения для психотерапии,— все это для клинициста подразумевалось само собой. Создававшаяся таким образом общая картина характеризуется тем, что Бирнбаум в своих весьма удачных программных статьях изложил как строение психоза и структурный анализ.

В рамках реферата невозможно проследить все те импульсы, которые возникли из этих новых

точек зрения. Давно уже у нас возникла мысль о том, что определенные психопатические предрасположения и многие психозы имеют своей телесной причиной эндокринные расстройства, о которых мы сейчас почти что ничего не знаем. Кречмер, как известно, поставил дальше вопрос о том, могут ли такие эндокринные расстройства проявиться не только в известных психических реакциях, но также и в определенном строении тела, и не могут ли таким образом существовать закономерные соотношения между строением тела и характером. Биология наследственности попыталась использовать для своих целей мысль, исходящую из законов Менделя, что в основе психозов лежат не отдельные болезненные формы, а иногда множество болезненных факторов, и хотя и не исходит ныне из полиморфизма наследования и исключительно наследственной передачи того или иного болезненного предрасположения, но пытается все же объяснить бесконечное многообразие фактически наблюдаемых болезненных картин сплетением нескольких здоровых и болезненных тенденций в одном и том же человеке.

Таким образом, в сравнительно короткое время постановка вопросов совершенно изменилась. Из догматов клинической школы не осталось почти ни одного. Больше того — именно в последнее время подвергается также сомнению вопрос о том, может ли определенная форма неблагоприятного исхода свидетельствовать о взаимной связи всех тех психозов, при которых он наблюдается, и может ли этот исход оправдывать отделение этих психозов от других излечимых психических заболеваний. Мы знаем, то даже прогрессивный паралич поддается лечению и что процесс может быть приостановлен. Относительно раннего слабоумия давно уже было установлено, что оно не всегда ведет к полному отупению. Сейчас возникает также вопрос: являются ли конечные состояния при шизофрении вообще чем-либо отличным от какой-либо формы неблагоприятного исхода различных других психических заболеваний. То, что кататонические синдромы в тесном смысле не специфичны и могут следовать за всевозможными нарушениями, известно уже давно. Равным образом и в других, областях нашей специальности — я напоминаю о Делире и Корсакове— всегда считалось общепринятым, что качественно одинаковые вредности приводят одних к временному, излечимому психозу, а других к более длительному или вовсе неизлечимому дефективному состоянию, и что картины этих состояний в обоих случаях долгое время могут быть одинаковыми. Таким образом можно допустить, что в отношении шизофренических процессов дело обстоит сходным образом. И здесь течение и исход зависят не от принадлежности к той или другой болезненной единице, но, как и во всей остальной патологии, от соотношения сил организма и болезнетворной причины. За последнее время я неоднократно обращал внимание на то, что между определенными шизофреническими и некоторыми симптоматическими психозами не только в отношении симптоматики, но также и в отношении особых обстоятельств их возникновения (во время родов например) имеется далеко идущее совпадение, и что отличие часто заключается еще в том, что в одном случае наступает исцеление, а в другом спорадическое слабоумие. Однако, одно это обстоятельство, т. е. различие в исходе, как говорит весь наш клинический опыт (я напоминаю здесь о туберкулезе легких), само по себе не является основанием для разделения, т. е. для признания различных форм заболеваний. Таким образом вполне возможно допустить, что шизофренические синдромы, включая дефективные состояния, в целом представляют собой не что иное, как определенную форму экзогенных реакций, которые если не всегда, то по крайней мере во многих случаях предсуществуют (предуготованы) в мозгу еще до соответствующих повреждений.

Все это вопросы, на которые можно ответить лишь после долгой кропотливой работы. Работу эту необходимо провести в исследуемой области со всех сторон. Психологические, неврологические, серологические и анатомические методы должны быть применены наряду с методами наследственной биологии и конституциональной патологии. Ни один из них не должен претендовать на то, что он один приведет нас к цели. Вряд ли существуют такие

методы и принципы исследования, которые одновременно удовлетворяли бы полностью всем задачам и всякой концепции: даже наиболее плодотворные идеи когда-либо и в чем-либо должны быть исчерпаны. Так, например, я вполне убежден, что различие между органическим и функциональным, которому в данном докладе уделено достаточно внимания, не следовало бы доводить до крайности. В некоторых случаях, как указал Шпехт, вопрос может свестись лишь к количественной разнице, например, вызывает ли определенное расстройство обмена гомонимные, т. е. в моем смысле функциональные и психологически объяснимые картины болезней, или же гетерономные,

т. е. органические. Но от этого не меняется то, что естественная исходная точка при анализе экзогенных а и органических психозов лежит в мозгу, для изучения же функциональных заболеваний в психике, и притом в нормальной психике. И когда исследователи, исходящие из различных точек зрения, приходят к одним и тем же результатам, из этого можно будет заключить лишь то, что каждый на своем пути проник достаточно далеко в область нашей проблемы.

Разумеется, будет очень хорошо, если каждый исследователь не будет слишком долго упускать из виду ни результаты своих товарищей по работе, ни изначальный предмет нашего исследования — живого больного. Как раз в возрастающей специализации нашего предмета, на которую многие возлагают столь большие надежды, лично я усматриваю большую опасность.

Сверх всего, мы во всяком случае не должны терять связи с пройденной научной эпохой. Лишь ее достижения — мы знаем как велики эти достижения — создали возможность нынешней нашей работы.

II. ЭМИЛЬ КРЕПЕЛИН.

Современные течения в психиатрии

Освальд Бумке

7-го октября, через шесть месяцев после своей семидесятилетней годовщины, скончался от тяжелой душевной болезни Эмиль Крепелин. С его смертью ушел основатель современной научной психиатрии и один из самых крупных научных деятелей Германии.

Крепелин родился в Нейстрице 15 февраля 1856 г. Свои студенческие годы он провел в Вюрцбурге, Мюнхене и Лейпциге. Он был учеником Ринеккера (Rinecker), Гуддена (Gudden) и Вундта. Ринеккер и Вундт приобщили его к психиатрии, и в 1882 г. он получил приват-доцентуру в Лейпциге. В 1886 г. он стал ординарным профессором по психиатрии в Дерпте, в 1890 г. в Гейдельберге и в 1903 в Мюнхене. В 1922 г. он вышел в отставку для того, чтобы всецело посвятить себя научной работе и организации созданного им Немецкого исследовательского психиатрического Института.

Кто хочет отдать должное исследователю такого ранга, как Крепелин, должен сначала рассмотреть его работу в исторической перспективе и выяснить себе то положение, в котором находилась наука в момент начала этой работы. Из всех крупных клинических специальностей психиатрия является наиболее молодой, настолько молодой, что в дальнейшем, вероятно, большинство психиатров прошлого столетия будут считаться предшественниками Крепелина. Как известно, еще Кант полагал, что в объяснении душевных расстройств следует считать компетентными не врачей, а философов, и лишь сто лет тому назад немецкий профессор психиатрии Гейнрот (Heinroth) в Лейпциге с большой эрудицией отстаивал мнение, по которому все душевные болезни происходят от несдержанных страстей и что безумие есть результат порока. Затем наступил необычайный подъем естественных наук, которому все остальные медицинские дисциплины обязаны своим поразительным успехом. Психиатрию же естественно-научная установка вначале навела на новый ложный путь. «Душевные болезни

суть болезни мозга»—так гласило теперь новое само по себе правильное положение. Однако, душевные болезни, как таковые, оставлены были в стороне, и весь интерес был направлен лишь на изучение мозга. Полагали, что по строению его можно определить нормальные душевные свойства, и еще задолго до того, как Нисслъ заложил основу гистопатологии нервной системы, считалось совершенно несомненным, что всем психозам должны соответствовать доступные микроскопическому исследованию аналитические изменения. Не подлежит сомнению, что работам школы Гуддена (Godden) и Флехсига (Flechsig) мы обязаны установлением целого ядра важнейших положений, с психиатрией, однако, они, к сожалению — по крайней мере непосредственно — не имели почти что ничего общего. «Наука без всяких перспектив» — так рекомендовал мне свою специальность один из оставшихся в живых психиатров того времени, и «я этого не знаю» — таков был ответ, полученный учениками Гуддена, когда они пытались поставить какой-нибудь клинический вопрос. Это было, конечно, тягостное отречение, и все же оно лучше отвечало тогдашнему состоянию нашего знания, нежели гениальное гипотетическое построение, выставленное в 1884 году Мейнертом, в котором он пытался базировать психиатрию на строении, работе и питании переднего мозга. Между тем практические задачи психиатра, естественно, заставляли его ориентироваться в наиболее часто встречающихся формах душевных расстройств, в результате чего образовался целый ряд и поныне чрезвычайно важных чисто симптомологических представлений, среди которых Крепелин вначале нашел первые основы для своей клинической работы. Однако, никакой систематики душевных заболеваний не было. Психозы классифицировались тогда по чисто внешним проявлениям и отдельным симптомам, в роде тех, какими кашель или желтуха являются в учении о внутренних болезнях. Тем не менее ясно, что таким способом нельзя было доискаться до природы отдельных душевных расстройств и внутренней связи, точно также как на этом пути немислимо было найти ни излечения этих болезней, ни предотвращения их. Лишь один исследователь знал и видел, все это еще до Крепелина. Еще в 80-х годах Кальбаум высказал мысль, что не только проявления болезни в данный момент, но и ее происхождение (патогенез), течение, клинический исход и анатомические находки, все вместе взятое, образует полную картину настоящей болезненной формы. Но голос Кальбаума не был услышан, и окончательный переворот в психиатрии наступил только в 1896 году, когда в V издании своего учебника Крепелин высказал аналогичную мысль, приступив к построению клинического здания психиатрии, основы которого сохранились и поныне.

Крепелин обладал всеми свойствами, которые требовались для преодоления той гигантской работы, которая требовалась временем и предметом. Необычайная энергия и работоспособность, правильное чутье к существенному, острая критика и непогрешимая честность к самому себе, непобедимый научный оптимизм и связанная с ним изумительная способность завлекать других исследователей в круг своих мыслей и исканий, умение организовать работу — все эти черты его личности соединились со строгим биологическим образованием и непоколебимым уважением к фактам. Он часто отрекался от своих прежних воззрений, если они не подтверждались наблюдением, и постоянно вносил исправления в свою собственную систему, как только новые клинические данные делали это необходимым. Таким образом школа Крепелина являла собой образцовый пример чисто реальной, лишенной какой бы то ни было спекуляции, работы, и творец ее несомненно решительно отверг бы всякий элемент художественного содержания в своих произведениях и признание в нем самом художника. И все же, как и всякий настоящий пионер-исследователь, он несомненно и был таковым: художником не только в смысле образцовой формы изложения психологических и психиатрических явлений, но и художником благодаря той интуиции, которая позволяла ему не только обозреть общие связи, но зачастую и предугадывать их.

Таким образом создалась крепелиновская система душевных болезней, которая, вскоре после того как она была осмеяна и не признана, прошла триумфальным шествием через весь мир. К

семидесятилетней годовщине Крепелина я попытался вкратце осветить значение этой системы. Здесь уместно будет добавить, что мы базируемся на Крепелине даже в тех случаях, когда высказываем взгляды, сильно отличающиеся от его собственных. Мы не в состоянии были бы без Крепелина заниматься конституциональной патологией и в психиатрии; мы не пришли бы к тому, чтобы найти связь между некоторыми психопатическими расстройствами и определенными душевными особенностями здоровых, или же к признанию смешанных психозов (скрещивание маниакально-депрессивных и шизофренических форм); невозможно было бы врожденные свойства характера здоровых и некоторых больных поставить в связь с некоторым определенным строением тела, или думать даже о причинной связи между расстройством обмена и той или другой душевной болезнью, не будь проделана кропотливая работа клинической школы Крепелина, наметившая и изучавшая определенные связи явлений. Несмотря на всю сложность этой работы, которую Крепелин начал еще со студенческих времен, ум его попутно плодотворно работал и в других областях. Ему принадлежит мысль о том, что определенные душевные особенности у слабоумных и психопатов, а также многие переходящие проявления душевных расстройств следует рассматривать как возврат к более ранним ступеням развития в смысле Дарвина. Ему мы обязаны также началом сравнительной психиатрии, которую он в своих путешествиях в Яву, Индию, Северную Америку и Мексику непрерывно пытался практически развивать и для изучения которой он проектировал в предстоящую зиму новую поездку в Индию.

И далее: вся та свежая струя — немногие это знают, — которая проходит через современную карательную систему, та первоначально революционная мысль, что государство не должно карать преступления, но предупреждать их путем целесообразного воздействия на преступные натуры, исходит главным образом из юношески вдохновенного сочинения «Об отмене мер наказания», которое в 1880 году издал Эмиль Крепелин, будучи вольноопределяющимся на военной службе. В современном законодательстве о преступлениях малолетних в условном осуждении и в особенности в последних проектах уголовного кодекса, мы видим влияние этой чрезвычайно плодотворной мысли двадцатичетырехлетнего ученого. В окончательной разработке этих вопросов, помимо профессора уголовного права Листа, особенные заслуги имеет ученик Крепелина — Ашаффенбург.

К Крепелину восходят, наконец, почти все методы экспериментального изучения душевных болезней. Можно смело сказать: научное сердце Крепелина принадлежало главным образом экспериментальной психологии. Он вырос на идеях Фехнера и Вундта и в своем юношеском оптимизме верил, что все общие рассуждения о душевных явлениях возможно заменить опытом. Так возникла работа о влиянии различных ядов на душевную деятельность, об интеллектуальных способностях здоровых и больных и о так называемой рабочей кривой, — работы, которые молодой исследователь начал еще у Вундта и за которые он снова взялся, уже будучи заслуженным профессором, после освобождения от обычной клинической работы.

Крепелину было, конечно, нелегко примириться с тем, что уже часть его современников, особенно же следующее поколение, не вполне разделяли надежды, из которых исходили эти работы, и что область экспериментальной психологии свелась в конце концов к сравнительно узкому кругу вопросов. Несомненно, только телесные процессы поддаются измерению, вычислению и взвешиванию, и лишь в том случае, когда психический процесс может быть вызван путем физических или химических раздражений, или же когда, наоборот, душевные переживания разряжаются в конце концов в телесных проявлениях, лишь тогда мы можем физиологически исследовать конечные члены этого ряда, находящиеся, разумеется, еще или уже за пределом сознательной сферы. Но душевные болезни зачастую обнаруживают и физические симптомы, или же чисто душевные расстройства проявляются часто в двигательной области. Уже по одному этому было бы неправильно умахать или забывать

значение отдельных ценных данных, которыми психиатрия обязана экспериментальному методу исследования. Но с еще большей благодарностью мы будем вспоминать эти заслуги еще потому, что как раз эта естественно-научным образом обоснованная психология освободила нас хотя бы на несколько десятков лет от беспочвенных метафизических спекуляций, равно как и от мифологических представлений о мозге.

Тот факт, что Крепелин наряду с чисто научными занятиями постоянно занят был также широкими санитарными задачами и что здесь он проявил способности, очень редко встречающиеся среди ученых, вряд ли нуждается в упоминании здесь. Широкая публика знает главным образом о той отчаянной борьбе с алкоголизмом, которую он вел в течение всей своей жизни; есть кому вспомнить об его работе в годы войны. Психиатру же и в особенности последователю Крепелина следует вспоминать с глубочайшей благодарностью и о других его деяниях. Клиника, которую он вел в течение 18 лет, располагает таким оборудованием, которое стало образцом для всех клиник, как в Германии, так и за пределами ее. Все, что может быть достигнуто для блага больных в смысле надлежащей постановки обслуживания и технических мероприятий, осуществлено здесь. Вместе с тем этот организаторский талант способствовал также и научной работе. Он сохранял Крепелину силы для научной работы, которые при менее планомерном распределении бесполезно расплылись бы в текущей работе.

Из этой организации научной работы возникло то большое дело, которое особенно занимало Крепелина в последние годы его жизни, а именно Немецкий исследовательский психиатрический Институт. Еще в Гейдельберге он привлек к себе в клинику основателя гистопатологии мозга — Франца Нисля, позднее в Мюнхене ему удалось ввести в круг своей работы Альцгеймера (Alzheimer), Шпильмейера (Spielmeyer), Бродмана (Brodmann), Плаута, Рюдина (Rudin), Янеля (Jahnel) и Ланге. Благодаря своему необычному искусству обхождения с людьми и своей непоколебимой энергии он сумел обеспечить этим исследователям и представляемым ими областям наиболее благоприятные условия работы. Еще до войны предполагалось сооружение специального исследовательского психиатрического Института на собранные Крепелином пожертвования. Но с наступлением войны и инфляции пожертвования разлетелись в прах и большая работа казалась погибшей. Другой на месте Крепелина отступил бы с горьким чувством, но он собрал всю свою непреклонную волю для служения этому делу, и ныне, спустя лишь несколько лет после краха, Немецкий исследовательский научный Институт снова находится накануне постройки своего собственного здания.

Трагическая судьба не дала возможности Крепелину еще при жизни увидеть завершенным его дело—он это предчувствовал, сравнивая себя за несколько месяцев до смерти с Моисеем, но дело его будет осуществлено и будет служить Крепелину наряду с VIII изданием его четырехтомного курса памятником на вечные времена.

Жизнь бывает ценной лишь в том случае, если она есть усилие и труд. Жизнь Крепелина представляла собой сплошной труд и была сознательно поставлена на служение одной большой цели. Богатая работой, богатая также и результатами ее — ведь очень редки случаи, когда ученый так рано создает свою школу и приобретает всеобщую известность,—богатая также внутренней удовлетворенностью, жизнь Крепелина до порога восьмого десятка протекала в полном обладании его сил. В нем совершенно не чувствовалась старость, ибо старым бывает лишь тот, кто не видит ничего в будущем. Быть до исхода своей жизни полным планов и полным воли к их осуществлению— более красивый конец трудно себе представить.

Поэтому мы должны не оплакивать его смерть, а лишь благодарить судьбу за то, что существовал такой человек. Не одно лишь дарование, но одновременно и необычайная энергия

и сильная личность, из которой она исходила, сделала Крепелина великим человеком и признанным вождем в своей области. То, что обычно носит характер пустой фразы, здесь подлинно: имя его будет жить, пока будет существовать немецкая наука.

III. ПЯТЬДЕСЯТ ЛЕТ ПСИХИАТРИИ.

Современные течения в психиатрии *Освальд Бумке*

Из всех специальностей, отделившихся в течение последнего столетия от внутренней медицины, неврология и психиатрия являются наиболее молодыми, и крестные отцы данного собрания в то время сами были еще в детских сапогах.

Правда, настоящее учреждение для душевнобольных существовало в Германии (в Зонненштейне) еще с 1811 года, а в середине прошлого столетия таких учреждений насчитывалось уже 23. Но первые кафедры по психиатрии появились лишь в 1864 г. и в то время, когда мы впервые заседали здесь, начинающий врач во многих университетах не мог еще получить о психиатрии ровно никаких сведений. Как раз здесь, на юго-западе,—на это нужно смотреть не иначе, как на проявление «детского упрямства» — руководящие врачи-психиатры решительно восставали против основания психиатрической клиники.

Ныне никто не станет оспаривать, что учреждение первой самостоятельной клиники в Германии, которую Фюрстнер в 1879 году продемонстрировал собранию психиатров в Гейдельберге, является одним из наиболее важных вех на пути развития психиатрии. За Гейдельбергом в 1887 году последовал Страсбург (директор Jolly) и в 1888 г. Фрейбург (директор Emminghaus). Этим само собой рассеяны были все сомнения, существовавшие в отношении использования душевно-больных для академического преподавания, и основной принцип соединения преподавания и изучения, прославивший германские университеты, был наконец применен и к психиатрии.

От новых учреждений нельзя ожидать совершенства. Молодые университетские институты совершили ту ошибку, что не поддерживали тесной внутренней связи с психиатрическими заведениями, как то требовалось для совместного разрешения общих задач; недостатком было также и то, что они в качестве специальных заведений для умалишенных теряли те пограничные случаи, которые тогда, как и в настоящее время, обозначались как нервные больные. В этом заключалась причина борьбы с внутренней медициной, так же как и с родственной ей дисциплиной — неврологией, борьбы, которая ныне, при взгляде назад, отчетливо показывает совершившийся за это время поворот в наших воззрениях. В 1900 году в первом юбилейном отчете Фюрстнер бросил Эрбу едва прикрытый упрек в том, что в своем докладе он отнес к неврологии целый ряд работ, которые в одинаковой мере, а может еще и с большим правом, уместно было бы причислить к психиатрии. Я не думаю, чтобы кто-нибудь из ныне живущих психиатров поддерживал бы еще этот упрек. Помимо заболеваний спинного мозга Эрб говорил только о работах по нормальной анатомии и о работах по физиологии мозга, о сообщениях Эдингера (Eddinger), Вальдейера, Монакова, Ленгоссека (Lenhossek), Гольтца (Goltz) и Гитцига (Hitzig). В те времена они играли, конечно, господствующую роль и в психиатрической литературе — еще в 1894 г. Флексиг (Flehsig) произнес свою известную ректорскую речь о мозге и о душе, но с тех пор многое изменилось. Изменилось благодаря, главным образом, Ниссли, ибо анатом Ниссли со свойственной ему резкой прямоотой и честностью заявил в 1908 году: «Было тяжелой ошибкой не уяснить себе, что учение о строении мозга до тех пор не сможет находиться в прямой, непосредственной связи с учением о душевных болезнях, пока не станут известными соотношения между строением мозга и его функцией, о чем пока еще не может быть и речи».

С тех пор о строении мозга, в чисто психиатрической связи, в течение долгого времени не было слышно ничего, и только в наше время мифология мозга вновь пробудилась к жизни. На самом деле мы и поныне еще очень мало знаем о связи анатомии центральных органов нервной системы с душевными явлениями, и не каждому дано внутренним взором определить вместилище своей души «в нескольких клетках ганглия третьего мозгового желудочка». Эдинггер несомненно был прав, заявив в 1900 г.: «Задача, которую неоднократно ставила себе психология: научиться лучше понимать сложную душевную жизнь людей и высших животных, исходя из строения большого мозга, слишком трудна», не удивительно поэтому, что она и не была разрешена. И все же мы наверное не будем сожалеть о том, что в начале научного развития стояла анатомия проводящих путей и физиология мозга. Мифология мозга — даже термин этот исходит, как известно, от Ниссля — было и есть отклонение от правильного пути, но в общем именно соматическая точка зрения наиболее верным образом вновь и вновь переносит нас из воздушных высот спекуляции на твердую почву действительности. Это придает анатомической эре свой исторический смысл. С этой областью случилось то же, что и с отдельными исследователями; мы заслужили золотые шпоры на анатомических, физиологических и неврологических состязаниях.

Таким образом, я снова возвращаюсь к неврологии. Как известно, наша любовь к ней долгое время была несчастной любовью: она не встречала взаимности, и находилась в немилости у общей матери — внутренней медицины. И все же мы не хотим отказаться от нашего места под «неврологическим солнцем». И не только потому, что такие позиции лучше всего защищают нас от литературного наводнения, время от времени угрожающего нашему берегу. Без неврологической установки мы не можем обойтись ни практически, ни научно. Что стало бы со всеми мозговыми больными, чьи чисто неврологические симптомы не мог бы себе уяснить психиатр, а душевные расстройства — невролог? И что стало бы с больными легкими психическими расстройствами, циклотимиками, с целой армией невротиков, со страдающими фобиями и навязчивыми идеями и пр.? Ведь все они не могут сами поставить себе диагноз своего душевного состояния, и, как показал опыт, они не попадают в клинику, если понимание последней не соответствует их обывательскому представлению о сущности собственного заболевания. Тот факт, что вместе с психическими больными в психиатрическую клинику попадают иногда табетки и другие спинномозговые случаи, — независимо от того, что и они также являются длительно психическими больными и, к счастью, иногда могут быть лечены психическим методом, — никогда особенно не вредил внутренней медицине и даже наоборот: весьма способствовал обоюдному пониманию. Таким образом возникла связь между двумя специальностями, — связь, необходимость которой с течением времени становится все яснее.

Ныне мы с трудом понимаем, почему, собственно, эти вопросы так волновали нас в молодости. 21 год тому назад здесь, в Баден-Бадене, еще раз — и как мне кажется в последний раз — столкнулись представители разных точек зрения. Сам того не желая, Фюрстнер подал сигнал к войне, который позднее в докладе Шульце нашел довольно живой отзвук. Наиболее горячие спорщики с обеих сторон — во главе были Hitzig и Эрб — пытались доказать противнику, как выгодно было бы ему, если б он уступил другому невропатологию. Но никто из обеих партий не одержал верх; победил Наунин, который еще тогда со спокойным превосходством в качестве желательного и необходимого выдвинул то, что в наше время выяснилось само собой из логики фактов. Лишь единичные психиатрические клиники лишены неврологического материала и сейчас, и руководящие представители внутренней медицины — достаточно назвать Штрюмпеля — относят самое учение о нервных болезнях к психиатрии. Психиатрия, однако, ныне, так же как и в те времена, весьма мало склонна посягать на всю неврологию, больше того: многие из нас требуют даже — как в свое время Эрб — чтобы на ряду с медицинскими, психиатрическими и нервными клиниками существовали бы, по крайней мере при некоторых университетах, самостоятельные неврологические отделения. Каким образом

будет тогда распределяться материал (больных) между терапевтами и психиатрами, это зависит — Наунин подчеркивал это еще двадцать лет тому назад — исключительно от личностей врачей, от их интереса к неврологии и еще от того, насколько кто разбирается в этом предмете.

Всякого рода отграничения по существу вряд ли когда либо могут быть здесь окончательными. Некоторые проблемы могут быть разрешены лишь путем общей работы, центр тяжести других переносится то в одну, то в другую сторону. Целые группы болезней вернулись в область внутренней медицины с тех пор как стали принимать во внимание внутрисекреторные процессы. Таким образом в настоящее время никто не осмелится указать твердое место настоящему объекту всех споров, а именно: всему тому, что в течение многих лет носило название неврозов и носит его еще и теперь. Пятьдесят годовых отчетов представляют собой и в этом отношении весьма ценные уроки. Неврозы— я хочу здесь напомнить лишь о травматических неврозах Оппенгейма (1889) — представляли собой известные органические болезни с еще неизвестной патологической анатомией. В этом смысле еще Лебер в 1892 г. указывал на периферические поражения зрительного нерва у истериков. Правда, уже тогда Шарко указывал на зависимость истерических симптомов от душевных состояний и Штрюмпель сказал свое слово о «волевых представлениях» (Begehrungsvorstellungen); однако, оба они нашли себе столь мало признания, что еще в 1902 г. Ниссля сравнил истерию, ссылаясь на ее несомненную для него органическую природу, с прогрессивным параличом и всякую попытку психологического истолкования отвергал как ненаучную. Почти непосредственно за этим наступила перемена. Гаупп (Gaupp), тогда ассистент Ниссля, сразу же выступил против его теории. На тот же 1902 г. падает также доклад Гохе о дифференциальном диагнозе между эпилепсией и истерией. Ему и Гауппу чистая истерия представлялась принципиально функциональной, т. е. раз навсегда лишенной патолого-анатомической подкладки. Таким образом был пробит путь, и наступила вообще новая фаза в рассмотрении не только так называемых неврозов, но также и функциональных психозов, и была проложена новая дорога для многих — правда, часто различающихся во многом друг от друга — современных воззрений.

Здесь нас особенно занимали социальные и чисто-лечебные следствия этих новых точек зрения. Если еще в 1889 г. Корваль (Corval) считал возможным поставить вопрос о допустимости применения суггестивной терапии— точно так же как, несмотря ни на что, все еще продолжают давать (в тех же случаях) хлороформ, то уже 18 лет спустя, в 1907 г., Констамм (Kohnstamm) лечил гипнозом даже менструальные расстройства. В том же году доклад Гохе о клинических последствиях нового законодательства о несчастных случаях и связанная с этим докладом большая дискуссия с полной ясностью показали, несмотря на различие во взглядах в деталях, что патогенез припадочных заболеваний следует искать в психологической области.

Затем наступила война. Вопрос об истерии и ее толковании снова сделался объектом оживленных споров. Оппенгейм вновь возбудил дискуссию о травматических неврозах. Со всех сторон поднялись противники. К 1915 г. относятся первые сообщения Гохе, Велленберга и Нонне об истерии, о потрясениях от контузий и травматических неврозах. В 1916 г. было прочитано 13 докладов, касающихся этих вопросов, и в 1917 г. демонстрации Нонне лечения гипнозом участников войны и Кауфмановский метод дали определенный тон всему собранию психиатров. До этого еще на военном заседании немецких неврологов в Мюнхене в 1916 г. достигнуто было полное соглашение по вопросу о функциональной природе военных неврозов,— Оппенгейм, как известно, находился в оппозиции, и таким образом создалась точка зрения, которую мы должны рассматривать как шаг вперед, несмотря на то, что она оставляет еще множество неразрешенных проблем.

Рассматривая сейчас эволюцию, произошедшую в этом направлении с семидесятых годов, мы

должны отметить, что самым существенным оказывается все резче выступающее разделение органического и функционального и все возрастающий психологический подход к функциональным заболеваниям. Конечно, историческая точность требует в данном случае комментария. Слово психология в психиатрии отнюдь не всегда имело одинаковый смысл, да и сейчас еще мнения многих расходятся. Одновременно с тем, когда Вернике опубликовал свою фундаментальную работу об афазии в качестве психологического исследования, в 1874 г. появляется первое издание «Физиологической психологии» Вундта. С нее началась подготовленная еще обоими Миллями, Спенсером и Тайне (Taine), а в отношении методики разработанная Фехнером эра чисто естественно-научной экспериментальной психологии, т. е. того направления в психологии, относительные узкие границы которого Вундт, впрочем, еще в самом начале видел и определил гораздо лучше, чем многие из его учеников-психиатров.

Точно почти 20 лет спустя, в 1895 и 1894 гг., появляются две другие работы по психологии, хотя и весьма отличные в частных вопросах, но в определенном смысле все же близкие по идее, подобно тому как близки по своему духу учения Вернике и Вундта. Одна из них первая работа по психоанализу, другая Дилтея (Dilthey), представлявшая попытку противопоставить описательную, расчленяющую, или, как можно выразиться сейчас, постигающую психологию, психологию соотношений прежней объясняющей психологии. Под объясняющими психологиями Дилтей понимал психологии, сводившие душевные явления к определенным основным элементам, причем эти последние, в свою очередь, сводились к своим физиологическим коррелятам. В этом смысле психологический этюд Вернике и «Психология без души», физиологическая психология, действительно возникли на одной основе. С другой стороны, однако, между описательной психологией Дилтея и основными тенденциями революционизирующей психиатрии работы Брейера (1895 г.) и Фрейда существуют некоторые общие связи. У обоих мы встречаем одну и ту же мысль: о возможности охватить душевные явления, как нечто целое и замкнутое в себе; при этом у Дилтея мысль эта развита с поразительной ясностью, а у Фрейда, наоборот, в необычайной смеси с каббалистическими мистическими соображениями, точно также как и с (вульгаризированными. Ред.) материалистическими представлениями и корнями ассоциативной психологии.

Я не в состоянии в данном докладе уделить должное внимание ни Фрейду, ни Дилтею. Психоаналитическое направление занимало нас (собрание психиатров), как это ни странно, всего три раза, а как таковое в сущности всего лишь один раз, а именно: в докладе Ашаффенбурга (1906г.), ибо в двух остальных докладах — Гохе в 1910 г. и Принцхорна (Prinzhorn) 12 лет спустя собственно говоря обсуждался не столько самый психоанализ, сколько подвергалась анализу психика его сторонников и противников. Так как взгляды Фрейда за последние десятилетия достаточно обсуждались в других местах и так как я сам неоднократно и основательно их излагал, то я не вижу необходимости поднимать сегодня вопрос о том, в какой мере наши собственные представления прониклись представлениями психоаналитическими. Одинаково легко было бы, я полагаю, доказать как то, что Фрейд не только подготовил наши современные представления, но и вообще сделал их впервые возможными, так и обратное, а именно, что его преувеличения отклонили с правильного пути и задержали давно уже намечавшееся естественное развитие. Но не в этом дело, однако. Несомненно, что в течение последнего тридцатилетия, на ряду с плодотворным развитием объяснительной психологии, тесно связанной с патологией мозга, — от работ Вернике об афазии и вплоть до исследований Пикка, Липмана и Клейста и даже до современных анализов шизофренического характера мышления Блейлера — появилась психология в понимании Дилтея — наука, которая в качестве психологии мышления изучает и анализирует основные явления человеческого духа, в качестве психологии соотношений пытается понять не только нормальные установки и реакции, но и все те психозы, которые по происхождению и

симптоматологии своей являются лишь искажением нормальных душевных явлений.

Рука об руку с этими новыми психологическими направлениями в психиатрии за тот же промежуток времени произошел решительный поворот и в наших клинических воззрениях. При основании данного Общества мы находились под знаком чисто симптоматологической точки зрения, наивысшим и поныне достойным удивления и ценным достижением которой нужно считать опубликованную в 1874 г. общую психопатологию Эмминггауза (Emminghaus). Еще в начале 70-х годов Кальбаум восстал против царившего тогда направления, сравнив его с той фазой внутренней медицины, когда желтуха, водянка или кашель рассматривались как болезни, а не как симптомы. Сам он при установлении настоящей отдельной болезненной формы принимал во внимание и этиологию, и течение, и исход болезни; описанная им в 1874 году кататония и два года спустя Гекером гебефрения должны были служить примерами такого рода болезней. Вначале, однако, голоса эти не были услышаны. В классических работах того времени — в навязчивых состояниях Вестфаля, в прогрессивном параличе Менделяса, в старческом слабоумии Фюрстнера, в эпилепсии Самта, в сутяжном помешательстве Литцига, истерии Шарко и в работах Мореля и Магнана о вырождении влияние этих воззрений заметно лишь в отдельных случаях. Перемена наступила лишь тогда, когда в 1896 г. Крепелин, в V издании своего курса, оставил старую симптоматологическую точку зрения, которой он сам до сих пор придерживался, приняв основные клинические принципы Кальбаума. Еще в 1895 г. Kemmler на нашем собрании излагал депрессивные состояния в юношеском возрасте с точки зрения симптоматологической. Теперь из Кальбаумовской кататонии и Геккеровской гебефрении возникла *dementia praecox*, из циркулярных психозов Фальрета (Falret) и Байлагера (Baillager) — маниакально-депрессивный психоз. В течение немногих лет работа Крепелиновской школы создала клиническое здание, основы которого стоят и поныне.

Обо всех дальнейших этапах: о том, как клиническая концепция Кальбаума постепенно дошла до преувеличения и под конец утратила свою силу, как затем — ровно через 10 лет после начала собственно клинической эры — Гохе восстал против догмата анатомической обусловленности всех психозов и против отдельных болезненных форм, выставив свое учение о синдромах, как понятие об отдельных болезненных формах в органической области заменилось учением Бонгоффра об экзогенных формах реакции, в функциональной — созданным мною и другими учением о типах, как из всего этого возникли новые идеи, нашедшие выражение в учении о причинности, о наследованных телесных и душевных предрасположениях, о темпераменте и характере, о среде и переживаниях; как, наконец, на ряду с новой психологической установкой, возникло то, что Бирнбаум определяет как построение психозов и как структурный анализ, — все это настолько обстоятельно приведено в моем Инсбрукском докладе, что я могу сослаться на него. Если бы хотели выяснить путь, пройденный в этом отношении клинической психиатрией на каком-либо примере, взятом из отчетов о наших съездах, то лучшим могла бы служить, быть может, параноя, т. е. та проблема, в подходе к которой отражается почти что вся история нашей науки и в современной трактовке которой сходится так много различных нитей: напоминаю о навязчивых идеях Вернике, об исследовании безумия Фридмана, Шпехта, Блейлера и Гауппа, о комплексе Фрейда, о кататонических формах психоза Майера и о сенситивном бреде отношений Кречмера. Если мы сравним доклады о паранойных заболеваниях, которые были прочитаны здесь Кирном в 1881 г., Гирлихом в 1904 г., Вильмансом (Wilmanns) в 1909 г., Вейгандтом в 1910 г. и Гауппом в 1924 г., то переход от симптоматического к клиническому и отсюда к структурно-аналитическому и одновременно к психологической точке зрения выступает особенно отчетливо.

Впрочем, по самому характеру данного передвижного съезда все эти частные вопросы клинической психиатрии обсуждаются сравнительно мало и не слишком подробно. Большинство докладчиков с полным основанием пытались привлечь возможно более широкую

аудиторию к обсуждению своих докладов, и этим объясняется то, что мы располагаем лишь отдельными сообщениями, затрагивающими изложенные проблемы, среди которых как особенно ценные «Новые течения в психиатрии» Гохе, опубликованные в 1912 г. В общем же в Баден-Бадене чаще и основательнее обсуждались другие психиатрические вопросы: один из них, как, например «Сравнительная психиатрия», о которой в 1904 г. докладывал Крепелин, имеет общий, другие, как «судебная психиатрия», скорее практический интерес и, наконец, такие, которые по природе своей стояли ближе к неврологии и от которых можно было ожидать более ощутимых и более постоянных достижений.

Первый психиатрический доклад, прочитанный здесь в 1876 г. Ринеккером (Rinecker), был посвящен сифилитическим психозам. Лишь семь лет спустя за ним последовало сообщение Цахера (Zacher) о рефлексах при прогрессивном параличе и в 1886 г. доклад Фюрстнера об изменениях в спинном мозгу при этом заболевании. И в последующие годы изучение этого вопроса также ограничивалось симптоматологическими подробностями, и никаких широких и новых точек зрения проявлено не было. Лишь в 1903 г. началось новое движение. В то время Гаупп прочитал свой доклад о прогнозе при прогрессивном параличе, а Брозиус (Brosius) опубликовал свою известную работу по вопросу о нервном сифилисе. В том же собрании прочитан и доклад Шенборна (Schbnborn) о цитодиагностике спинномозговой жидкости, благодаря которому, насколько мне известно, исследования Видаля, Сикара (Sicard) и Раву (Ravout) впервые стали известны в Германии. Все эти работы совпадают во времени с завершением исследований Ниссля и Альцгеймера о патолого-анатомии прогрессивного паралича.

С тех пор душевные расстройства на почве сифилиса исчезли с повестки дня лишь временно, в годы войны. В 1910 г. Штрассман сделал сообщения о спирохетах в головном мозгу, в спинном мозгу и в мозговых оболочках, в 1911 г. Нонне о своих четырех реакциях и одновременно Трейпель (Treipel) о лечении сальварсаном. В 1913 г. Шульitze (Schultze) поднял вопрос об излечимости прогрессивного паралича, и в 1914 г. Нонне и Дрейфусом были проделаны исследования спинномозговой жидкости при изолированной неподвижности зрачков. В 1915 г. Штейнер (Steiner) доложил об экспериментальном исследовании спинномозговой жидкости при сифилисе, в 1916 г. Вейхброт — о своей реакции со спинномозговой жидкостью. В 1917 и 1919 г. г. Янель (Jahnel) говорил о роли спирохет при прогрессивном параличе, а год спустя Гохе о принципиальной излечимости паралича. «Я не сомневаюсь», — говорил он, — «что самые младшие из нас доживут до того дня, когда прогрессивный паралич будет представлять для нас лишь исторический интерес». На пути к этой цели мы имеем сообщения Плаута и Штейнера о прививках возвратного тифа и Вейхбротта — о терапии прогрессивного паралича (1919 г.). Весь этот комплекс вопросов, охватывающий ныне все душевные расстройства сифилитического происхождения, разработан сейчас с различнейших сторон. И тот, кто ничего не знал бы об истории прогрессивного паралича за последние 50 лет, кроме того, что было сообщено в отчетах наших съездов, получил бы довольно полную и верную картину о многосторонности и трудности этих вопросов, равно как и об интенсивности работы, которая была затрачена на их решение.

В 1920 г. к этой проблеме присоединилась еще одна — проблема эпидемического энцефалита, которая опять-таки в одинаковой мере затрагивает как неврологию, так и психиатрию. Однако проблема эта, как известно, не ограничивается одной только клинической стороной; вновь возникли вопросы анатомического и физиологического характера; снова выплыли основные проблемы об отношениях между мозговыми процессами и процессами сознания, о соотношении между субъективным переживанием хотения и объективными процессами движения и поведения. Таким образом, это никем не предвиденное клиническое событие учит нас тому, что никакое научное убеждение и никакие постановки вопросов нельзя

рассматривать как окончательные.

В этом, кажется мне, и заключается важнейший результат, к которому может привести обзор развития науки за длительный промежуток времени. Каждый прогресс приносит с собой новые вопросы, часто подвергая сомнению ставшие привычными представления. Словно по горной дороге, после долгих поворотов, мы все снова возвращаемся к исходному месту. При более точном рассмотрении оказывается, однако, что достигнутая за это время точка зрения все же лежит несколько выше предыдущей. Было бы очень печально, если бы в такой молодой науке за 50 лет не увеличилось бы число проблем и объем нашего знания. Мы можем, однако, констатировать сверх того, что произошло и углубление исследования, а во многих отношениях даже и внутреннее углубление нашей работы. Постановка вопросов, имевшая место 50 лет назад, ныне поражает нас иногда своей примитивностью. В то время наука была еще молода; не было ни одной проблемы, решение которой считалось бы невозможным, и почти всегда путь к решению представлялся чрезвычайно простым. Разумеется, многие положения того времени оказались ошибочными, однако, здесь, как и всегда, неверные мысли привели нас на верную дорогу, и окольными путями мы пришли к приемлемым идеям. В следующие 50 лет будет то же самое. Снова большая часть из того, во что мы верим сегодня и чему мы учим, будет забыто или окажется неверным, и снова наша работа будет необходимой предпосылкой для следующих поколений.

Никто не смог бы предсказать, как именно это развитие будет протекать в деталях. Судьба нашего собрания учит нас тому, что периоды возрастающей специализации и точного исследования отдельных фактов сменяются другими периодами, в которых широкие идеи требуют напряжения всех сил и охвата целых областей знания. Конечно, уважение перед фактами и точная естественно-научная методика должны и для нас — и в особенности для нас — оставаться первыми основами исследования. Однако каждая методика имеет свою цель и каждый факт свой смысл лишь в том случае, если счастливые идеи соединяют их некоторой общей связью. И пожелание, с которым мы вступаем во второе полу столетие нашего путешествия в Баден, состоит в том, чтоб в таких идеях не было недостатка.

IV. ПЕРЕСМОТР ПРОБЛЕМЫ НЕВРОЗОВ.

**Современные течения в
психиатрии**
Освальд Бумке

Вы выразили пожелание прослушать доклад о ревизии проблемы неврозов. Я полагаю, что первым условием для понимания этой проблемы должна быть известная ясность относительно того, что именно обозначало слово «невроз» раньше и что оно означает сейчас. Никто из нас не подумает путем простого голосования определить дальнейший путь исследования, но мы можем лишь надеяться на то, чтобы на основании данных о предыдущем сделать выводы относительно направления, в котором будет развиваться учение о неврозах в будущем.

Впервые слово «невроз» было употреблено в конце XVIII века шотландцем Кулленом (Cullen). В то время оно, очевидно, отнюдь не имело узко ограниченного смысла. Мы видим, что оно применялось ко всевозможным нервным заболеваниям, к большинству неврологических симптомов, и вопрос о патологической анатомии, о физической и душевной обусловленности их не возникал вообще. Так, напр., Моритц Генрих Ромберг (1840 — 1846 гг.) все заболевания периферических нервов, спинного и головного мозга просто называл моторными или чувствительными неврозами, так что не только все виды параличей (периферических, спинальных и церебральных), но и прогрессивный паралич включались в это определение.

Все же во времена Ромберга понятие о неврозах было сужено уже в том отношении, что многие врачи, понимали под ними только лишь рефлекторные неврозы. Мы встречаемся с этими

рефлекторными невротами, между прочим, в работах Оппенгейма о военных невротиках, однако, в общем, если не останавливаться на нелепых идеях Боссиса (Bossis), в настоящее время из этих невротиков существует лишь один безобидный и маложизненный потомок в форме рефлекторной эпилепсии. Но то, что 50 лет тому назад считалось в этом отношении возможным, сейчас кажется более сомнительным. Снова, как некогда это сделал Гиппократ, истерию поставили в связь с половыми органами, с той только разницей, что теперь пытались облечь эту связь в современное одеяние о рефлексах М. Галля (Hall) и Белля (Bell). Я сам еще встречал во Фрейбурге многих женщин, которым Гегар (Hegar), основываясь на этом учении, удалял яичники. В дальнейшем, однако, рефлекторным невротикам не повезло. Не успели они, однако, еще быть похоронены, как слово «невротик» приобрело новое содержание. Как и везде в медицине со времен Вирхова, во второй половине прошлого века и в нашей специальности для каждого недуга стремились найти патолого-анатомическую основу, и так как это, конечно, не всюду сразу вполне удавалось, то появилась необходимость в некоем слове, которое должно было занять белые места в неврологической географической карте, оставшиеся после «функциональных» болезней. Начиная примерно с семидесятых годов, невроты назывались нервными расстройствами с еще неизвестной патологической анатомией. Познания наши в то время в этом отношении были еще весьма незначительны. Еще в Эрбовском изложении учения о нервных болезнях в руководстве Цимсенса (изд. 1874г.)

520 страниц посвящено одним лишь невротам периферических нервов и всего 33 страницы — анатомическим заболеваниям. Кроме того, в том же самом труде к невротам причислялись не только истерия и известные вазомоторно-трофические расстройства, но также и эпилепсия, столбняк, катаlepsия. Между тем — коллега Редлих (Redlich) только сегодня еще говорил об этом — очень большое число этих заболеваний перешло, разумеется, в лагерь органических заболеваний, а каждому из нас ясно, что мы еще многому должны поучиться относительно органического основания например эпилепсии, дрожательного паралича и различных форм хорей. Существует ли, однако, еще невроты в совсем ином смысле? Как обстоит дело с психоневротами?

Это и есть как раз та проблема, представление которой, согласно уговору докладчиков, предоставлено мне, проблема, которую мы хотя и не разрешим, но о которой мы должны, однако, поговорить. Проблема эта является двуликим Янусом: с одной стороны она обращена назад к патологической анатомии, с другой — она указывает на психологию.

В 1874 г. Эрб заявил, что обе группы нервных заболеваний (органические и функциональные) самым разнообразным образом и без резкой границы переходят одна в другую и что в будущем они должны слиться, т. е. что и для функциональных расстройств основой окажутся определенные, хотя бы и весьма тонкие анатомические изменения. Это напоминает некоторые формулировки, данные Оппенгеймом в своем учении о травматических невротиках в военные годы; одновременно это напоминает и многие попытки самого последнего времени поставить психические невроты в связь с определенными заметными анатомическими изменениями. Вместе с тем, однако, все с большей силой пробивает себе путь психологическое понимание этих невротиков. Давно уже, в конце XVIII века у Зиденгама (Sydenham) мы находим некоторые намеки в этом отношении. Более резко и систематически душевную обусловленность многих нервных расстройств подчеркивал Брике (Briquet, 1859); идеи его были затем восприняты и разработаны во второй половине прошлого столетия Шарко, Жане, Либео (Liebeaut), Бернгеймом, Форелем, Хассе (Hasse), Либермейстером, Штрюмпелем, М'биусом, Вестфалем и Бинсвангером. Даже Оппенгейм, который со времен войны представляется большинству из нас ярким защитником чисто соматологической точки зрения, в 1889 году пришел к выводу, что образование травматических невротиков является главным образом результатом испуга или вообще душевного потрясения. «Ранение», — говорил он тогда, — «вызывает, следовательно,

прямые последствия, которые, однако, как правило, не приобрели бы никакого существенного значения, если бы болезненно измененная психика не отвечала ненормальной реакции на телесные повреждения и не создала бы таким образом стойкого болезненного состояния».

Но тут происходит нечто замечательное. Тот же автор в год войны высказался о тех же заболеваниях в том смысле, «что механическое потрясение, причиняемое мимо пролетающим снарядом», «даже при отсутствии ранения, вызывает органические изменения в нервном аппарате» и что при ранениях периферических нервов волна (чувствительного) раздражения проникает в мозг, вызывая потрясение, обуславливающее в нем изменения в виде общих нервных симптомов. Правда, в дальнейшем Оппенгейм смягчил эту точку зрения, вводя новые вариации ее, и в конце концов стал говорить о смещении в мозгу тончайших элементов, о затормаживании путей, о разрыве связей, диахизисе, короче говоря, о всевозможных процессах, недоступных микроскопическому исследованию и не вызывающих глубокого разрушения нервной системы, но все же во всяком случае тормозящих как моторные, так и чувствительные импульсы. При этом для объяснения некоторых коренных болезней привлекались еще такие понятия, как душевные раны, волнения, напряженные представления ожидания. Но самое главное вот в чем: ему никогда не приходило в голову, что нельзя одно и то же состояние отнести к приобретенным органическим изменениям и одновременно выводить его из психологических предпосылок (первоначально нормальной психики). Подобную постановку возможно понять лишь исторически. Во времена юности Оппенгейма всегда употребляли слово «мозг», когда подразумевали «душу» невротика, и всегда, как например Говерс, говорили о нарушении равновесия церебральных функций в тех случаях, когда больной казался психически ненадежным. Таков был просто язык того времени, но это было также единственным знаменем, под которым психологическая точка зрения могла проникнуть в медицинскую литературу.

В общем, во вторую половину семидесятых годов психологическая структура многих неврозов была настолько установлена, что спорили уже не о ней по существу, а о том, чья школа — парижская ли, руководимая Шарко, или Бернгеймовская школа в Нанси — лучше объясняет природу истерии. В это время, в 1880 г., выступил Берд со своей неврастенией. Соматологической точке зрения сразу удалось завоевать господствующее положение — вряд ли найдется второй подобный случай в истории медицины, когда одно лишь простое слово имело бы такое большое научное влияние и вместе с тем создало бы как будто новые нозологические единицы. Разумеется, в действительности возникновение краткой клинической формулы, вызванное быстрым темпом современной жизни, не равносильно созданию новых болезней. Болезни эти существовали уже давно, — на них смотрели лишь другими глазами. Причину — почему вдруг все пожелали сделаться неврастениками — правильно определил Монаков: в данном случае субъективные жалобы объяснялись объективными телесными (органическими) изменениями и таким образом ускользали от всяких моральных толкований. Это явилось несомненно существенным (моральным) облегчением для многих больных, и пусть их... Но другую форму пропаганды в виде абсурдных положений: «неврастеники — соль земли», или: «только неврастеники способны на что-нибудь» — инициаторам такой точки зрения простить нельзя.

Неврастения Берда, преимущественно соматически обусловленная раздражительная слабость центрального нервного аппарата, некоторое время вобрала в себя все то, что известно было до сих пор под названием функциональных нервных расстройств. Но — что было вреднее всего — это утверждение, будто единственной причиной этой якобы новой болезни являются развитие техники, рост больших городов, изменение темпа жизни, обострение борьбы за существование. Точка зрения эта временно заслонила все те данные, которые как раз в то время стали возникать по вопросам конституции и наследственности, душевной зависимости и тонких

структурных изменений у психически отклоняющихся от нормы личностей и, наконец, о психотерапии функциональных неврозов. Это было то время, когда Павел Дюбуа произнес горькие слова о том, что «между медициной и ветеринарией существует различие лишь в отношении клиентуры». Мы знаем, что и сейчас неврастения играет большую роль: в нее заключают не только неврозы в узком смысле, но и большинство более легких психозов, как маниакально-депрессивных, так и шизофренических. Однако этого мы касаться сейчас не будем. Маятник научного развития все же сравнительно быстро вернулся назад. Именно: французские исследователи, а с ними Форель, Блейлер и Дюбуа стойко защищали психологическую точку зрения, и Шарко в 1894 г. в предисловии к одной из книг Жане имел полное право подчеркнуть, что он издавна толковал истерию как душевное расстройство по преимуществу. Жане создал тогда свою психастению. Шарко и Раймонд (1907 год) установили различие между истерией, ипохондрией и неврастением. П. Дюбуа хотел заменить гипноз и внушение своим методом убеждения; и одновременно с этим психоаналитическое учение Фрейда завоевало значительную часть в начале врачебного, а затем и не-врачебного мира. Однако среди всех этих психологических волн имеется скрытое в глубине соматологическое течение, и его мы должны проследить уже по одному тому, что в конце концов оно снова вышло на поверхность в форме современного учения о конституции. Мы видели, как утопали рефлекторные неврозы и как на их место появлялись малоубедительные декламации о мозговой и нервной динамике — для них «раздражительная слабость» стала разумеется удачей самым ходячим словом. Затем, однако, снова поднимается гуморальная патология и вместе с ней снова прибавляется к неврологическим берегам старая гипотеза: Гиппократ сводил истерию к пневме и к испарениям, поднимающимся от матки к мозгу. Мы не говорим, разумеется, ни об испарениях, ни о пневме, но вместо этого говорим о гормонах, которые выбрасываются яичниками и благодаря которым нарушается нервное равновесие, что в сущности не составляет большой разницы.

На этом мы пока остановимся. Почему же соматологическая точка зрения вовсе не намерена сойти на нет, несмотря на все попытки психологической установки? И далее: не могут ли соматологические и психологические представления ужиться вместе? Я полагаю, что это возможно, но для этого необходимо одно условие: мы должны в таком случае сделать совершенно определенные предпосылки относительно сущности функциональных расстройств.

В 1902 г. Ниссль однажды решительно восстал против психиатров, настойчиво заявлявших, что хотя патологическая анатомия неврозов и неизвестна еще, но все же существует, и вместе с тем пытавшихся объяснить определенные истерические состояния и психологически. Сам Ниссль же, в противоположность этому, с полной прямолинейностью потребовал, чтобы в таком случае истерия трактовалась также как прогрессивный паралич, отвергая для нее, как и для других неврозов, какое бы то ни было психологическое объяснение. Конечно, с своей точки зрения Ниссль был абсолютно прав. Если истерия обладала патологической анатомией подобно прогрессивному параличу, то было бы нелепо ломать себе голову о ее психологической трактовке. Но, конечно, только в случае этого «если». Здесь было неправильным не заключение, а предпосылка. Правильно было то, что почти непосредственно за докладом Ниссля так ясно (в полном согласии с Гауппом) высказал Гохе в своем докладе о дифференциальном диагнозе между эпилепсией и истерией. А именно: что истерия не только еще не обладает патологической анатомией в таком же смысле, как прогрессивный паралич, но и не может, а потому никогда и не будет ею обладать.

Теперь, наконец, понятие о неврозах, а вместе с ним и понятие о функциональных болезнях приобретает более чем преходящий смысл. Даже само слово «функциональный» до сих пор представляло как бы лишь вопросительный знак. Разумеется, в душевные или нервные

заболевания без телесных коррелятов и сегодня еще никто не поверит. Мы же верим в нечто другое: в постепенные отклонения не столько структуры, сколько функции нервных тканей, в чисто количественные аномалии, в такой же мере являющиеся отклонениями (вариантами) здоровой физической основы, в какой им душевно отвечают варианты нормального психического состояния. Это и есть как раз то, что мы понимаем под функциональными расстройствами, и их мы предполагаем и в психоневрозах. Ясно, где именно лежит разница по сравнению с органическими болезнями: когда спирохеты попадают в мозг, когда вырастает опухоль, когда кровотечение или какая-нибудь другая извне пришедшая сила разрушает нервную ткань, то — с точки зрения психологии — мы имеем бессмысленный процесс, в котором сознание не участвует; постоянно в этих случаях естественные материальные условия душевной жизни в корне изменяются, и всегда выходит так, словно бы ребенок неловкими пальцами бесцельно схватил часовой механизм. При этом получаются результаты совсем иного рода, чем если бы мы сами умышленно изменили лишь длину маятника.

Таково именно положение вещей при функциональных неврозах. Что и за ними нужно искать и телесные изменения, — в динамическом ли или же — химическом представлении — с точки зрения естественно-научного подхода понятно само собой. Но изменения эти могут отличаться от обычных, происходящих временами и в мозгу здоровых людей, лишь количественно; таким образом перспектива изучения их не столь уж велика. Но даже в том случае, если бы мы их знали, наше право и наш долг по отношению к психологическому анализу соответствующих им расстройств ни в коей мере не были бы этим задеты, подобно тому хотя бы, как и после открытия волновой природы света и функций сетчатки глаза изучение отдельных цветов, их смесей и эстетического их значения осталось столь же необходимым, как и раньше. Однако между обоими случаями есть все же некоторая разница. Никто не может нам помешать назвать вместо какого-нибудь цвета соответствующую длину волны; точно также мы должны были бы определенные душевные состояния не только отнести к определенным мозговым процессам, но и в научном разговоре заменить их этими мозговыми процессами, — тут я снова должен сказать «если» — если бы мы знали эти процессы. Из определенных отклонений при выслушивании легочных звуков и дыхательных шумов мы заключаем о привычных для нас макроскопических и микроскопических картинах. Если бы мы столь же далеко ушли в отношении неврозов, то никому не потребовалось бы говорить об «истерическом характере» и о «психогенном параличе», больше того, даже различие между спящим и бодрствующим человеком можно было, быть может, выразить тогда с помощью какой-нибудь физической или химической формулы. Но в действительности мы обо всем этом не знаем ничего, и поскольку мы ничего об этом не знаем, номенклатура наша не должна строить потемкинские деревни из заимствованных у биологии кулис. Разве хотим мы, разве мы можем откладывать изучение функциональных заболеваний до той поры, пока физические корреляты возбуждения и истощения, гневной раздражительности и страхов, сверхценных (доминирующих) идей и повышенной сенсорной возбудимости, — не говоря уже о слабости и преувеличенном самомнении, о чувстве собственной недостаточности и болезненном честолюбии, о разочарованиях в браке и на службе — пока для этого будет найдена физическая основа? Таким образом мы вынуждены все же держаться психических фактов. И при неврозах душевные явления должны быть выведены из соответствующих им душевных предпосылок, изучены в их собственных проявлениях и описаны на собственном языке. Это не значит, однако, что мы должны отказаться раз навсегда от раскрытия телесных основ этих заболеваний. Мы видели, что в неврозах вряд ли когда-нибудь удастся обнаружить церебральные изменения. Тем больше зато следует ожидать от Кречмеровских исследований строения тела и характера в отношении значения конституции невротиков. При этом мы должны, однако, исключить все те случаи, которые являются следствием повреждения зародыша и плода, наконец, болезней, перенесенных в раннем детстве — я напому хотя бы о некоторых последствиях энцефалита у детей. Если для остальных, т. е. для неврозов,

базирующихся на наследственной почве, мы действительно обнаружили бы закономерные соотношения между телесными и душевными аномалиями, то, разумеется, мы должны будем поставить и дальнейший вопрос; что же именно скрывается за этими соотношениями? В настоящее время, конечно, все имеют в виду при этом химического характера связь, симпатико- и ваготонию, эндокринные аномалии. Но опять-таки мы думаем и говорим об этой гораздо больше, чем знаем в действительности, и так как одними словами сыт не будешь, то я позволил бы себе сделать следующее предложение. Гете однажды посоветовал немцам в течение 30 лет воздерживаться от употребления слова «уют». Не потребуют ли неврология и психиатрия дать такой же обет по отношению к обозначениям «внутренняя секреция» и «неправильный обмен веществ», пока физиологическая химия не даст нам возможность заменить слова фактами?

Я говорю: неврология и психиатрия, ибо между неврозами и психозами в области функциональной граница стерлась уже давно. Нервные или истерические предрасположения нельзя трактовать как принципиально отличные от параноидных или маниакально-депрессивной конституций. Опыт учит нас тому, что не только симптомы острых расстройств при этих состояниях, но и конституциональные признаки тесным образом переплетаются между собой. Тот факт, что простого невротика нельзя трактовать еще как душевнобольного в социальном смысле, что его нельзя изолировать против его воли, факт этот—помимо того, что все сказанное нередко относится и к маниакально-депрессивным — не может служить серьезным доводом с научной точки зрения.

Таким образом, я подхожу к важнейшему результату, к которому привело клинику историческое развитие учения о неврозах. То, что действительно в отношении связи между функциональными неврозами и психозами, действительно точно также и в отношении различных неврозов и психозов между собой. Короче говоря, это справедливо в отношении всех тех нервных расстройств которые вызываются не грубым повреждением ранее здорового мозга, но возникают на почве наследственном предрасположения. В функциональной области мы должны принципиально и навсегда отказаться от установления резко отграниченных болезненных форм, от не-подвижной системы болезней.

Почему при рассмотрении этих заболеваний мы постоянно склоняемся к психологическим объяснениям? Потому что они в действительности стоят гораздо ближе к норме, чем, скажем, к прогрессивному параличу, потому что, постоянно повторяясь наследственно, они представляют просто количественные отклонения от среднего душевного состояния. Во многих пограничных случаях этой области не всегда удастся разрешить вопрос: здоров или болен? Мы видим, как даже определенный патологический симптом в своих конечных и тончайших проявлениях теряется, наконец, в психологии здорового человека. Таким образом здесь фактически имеется то, чего — по крайней мере теоретически — не может быть в органической области, а именно: незаметные переходы в здоровое состояние. Если это, однако, так, если все эти конституции и реакции в конце концов порождаются на одной общей нормальной почве, то ясно, что между ними не может существовать резких границ. Но и здесь мы не можем требовать, как в ботанике и зоологии, чтобы природа считалась с нашими потребностями классификации. Во всяком случае, она с ними не считается и таким образом образуется путем пересечения ряда кругов давно известная нам из биологии картина: бесконечное многообразие, которое нельзя подразделить, но из которого можно выхватить отдельные типы подобно тому, например, как в области здоровых состояний мы отмечаем определенные темпераменты, как типы ориентировочные, как вехи. Однако типы всегда обозначают абстракцию, некое среднее арифметическое из большого числа отдельных случаев. Поэтому ни одно функциональное заболевание не похоже на другое, поэтому каждый психопат имеет свое особое лицо; от нашего произвола зависит, к чему отнести ту или иную болезнь или

конституцию. Даже единичные нервные симптомы не могут быть резко отделены друг от друга и еще меньше того распределены между различными конституциями и болезнями.

Существовала когда-то болезнь истерия, точно также как ипохондрия и неврастения. Они исчезли; место отдельной болезни занял синдром, а место клинической систематики — структурный анализ, который пытается картину каждой болезни построить из наследованных и приобретенных причин, из предрасположения и телесных и душевных факторов. Все это очень заманчиво, но сложно. Даже вопрос о наследственности казался гораздо проще 30 лет тому назад. В то время верили в полиморфизм — еще для Мебиуса нервозность была основой эндогенных психозов — или же в прямолинейную наследственную передачу того или другого болезненного предрасположения. Ныне мы видим, как всевозможные здоровые и болезненные склонности переплетаются и тем самым образуют то многообразие конституций, которое заранее обрекает на неудачу всякую попытку неизменной твердой систематики.

Не менее трудно поддаются анализу факторы, действующие после рождения, как среда и переживания, призвание, брак и т. д. Часто невозможно решить, какая доля принадлежит предрасположению и какая прижизненным телесным или душевным вредностям. Даже выделение неврастенических реакций снова стало до некоторой степени проблематичным. Неврастения объясняется, как я уже говорил, истощением и соответственно этому и сейчас мы в том случае лишь говорим о неврастеническом синдроме, когда можно доказать наличие действующих на организм внешних причин. Можно, разумеется, выделить в более или менее чистой форме определенные случаи неврастения, возникшие после тифа или инфлюэнцы, например. Но без предрасположения мы все же не обойдемся при этом, ибо не каждый индивидуум реагирует одинаковыми и одинаковой интенсивности нервными явлениями на одну и ту же инфекцию. И это правило общее: если кто-либо, находясь в окопах, заболевает тремором, или же если кто, будучи врачом, становится морфинистом, или если человек под влиянием определенных обстоятельств становится пьяницей или доходит до самоубийства, то и тут прежде всего обращают на себя внимание внешние причины. Однако простое соображение, что многие люди при тех же обстоятельствах ведут себя иначе, т. е. остаются здоровыми, заставляет нас и здесь учитывать конституциональный момент.

Что при этом соотношение сил между конституциональными и действующими при жизни причинами в каждом случае оказывается различным, так же ясно, как и то, что приобретенные расстройства нужно искать не только в душевной, но и в телесной области. Так, например, при равенстве других условий психогенные симптомы гораздо чаще наблюдаются у алкоголиков, у страдающих прогрессивным параличом или опухолью мозга, в климактерическом периоде, при старческом слабоумии, даже при отравлении окисью углерода, после неудачной попытки к самоубийству, после тифа и т. д., — нежели у людей неослабленных. И во время войны на ряду с душевными потрясениями в повышении предрасположения к возникновению нервных симптомов значительную роль играли физические лишения в виде все ухудшавшегося питания, нарушения сна, последствий перенесенных инфекций и т. д. При этом ни врожденные, ни приобретенные предрасположения не относятся обязательно ко всему организму. Всякого рода нервные расстройства — напомним о психогенной слепоте и глухоте, об афонии и заикании, о недержании мочи, о сердечных и желудочных неврозах — проявляются в остальном у здоровых людей в органах, слабых врожденно или ослабленных в течение жизни.

Как известно, ход болезни в каждом отдельном случае не всегда одинаков. Иногда внимание больного, в результате телесного недуга, обращено на ослабевший орган, что приводит в дальнейшем к психогенной надстройке или к позднему психогенному подражанию первоначальным соматическим расстройствам. Или же больные утрачивают власть над своим организмом и не имеют силы вновь обрести когда-то утраченную иннервацию, освободиться от

спазма, сдерживаться от нервного кашля и т. д. Может случиться и то, что Кречмер называл «добровольным усилением рефлексов». Или же как раз обратное: что автоматические процессы, вследствие утери нормального психического регулирования, приобретают болезненную самостоятельность. В общем же надежда составить себе ясные пластические представления о состоянии на границе психических и телесных явлений слаба, поскольку мы не знаем ничего определенного даже о механизме простейших произвольных движений здорового человека. В органической, в чисто телесной области, например, при объяснении апраксии или так называемых стриарных симптомов, положение, разумеется, иное, но когда я хочу поднять мою правую руку и она затем действительно поднимается,— что же происходит при этом в моем мозгу? Я знаю: какой-то процесс в пирамидальных клетках. Конечно, а до этого? Ведь моему решению и его превращению в действие также ведь должно соответствовать нечто физиологическое. Об этом мы ничего не знаем, а между тем это как раз те явления, которые при истерических двигательных расстройствах — будь то гиперкинезы или акинезы— в чем-нибудь должны быть изменены.

Тем большее значение всегда будет иметь психологический вопрос: каким образом человек приводит в действие имеющиеся у него наготове известные механизмы? Прошло время, когда мы успокаивались на диагнозе истерического паралича или нервной тахикардии. Но прошли также и те времена, когда случай считался выясненным, если можно было установить наличие определенной нервной конституции. Теперь мы, помимо конституции, стремимся выяснить также душевные соотношения, которые в данном именно случае обусловили найденный нами синдром. Это общая наша цель несмотря на наличие резких расхождений и жестокие споры между разными школами. Я лично придерживаюсь того еретического мнения, что ни одна из этих школ не владеет истиной. Ни волевые представления Штрюмпеля, ни потребность власти Адлеровской индивидуальной психологии, ни сексуальный комплекс психоанализа не учитывают всех типов нервных личностей и всех нервных состояний, и при всем уважении к характерологии выставленной Клагесом, я не верю в то, что из нее можно вывести все психоанатомические явления. Однако я вовсе и не сожалею об этом. Чрезвычайно скучное занятие — анализировать нервных больных, если в конце концов все сводится к phallus или к аналогичному школьному символу. То, что я оспариваю в психоанализе,— вы не поставите мне в упрек, если я сегодня не буду на этом останавливаться подробнее, тем более, что это, вероятно, сделает кто-либо другой — в гораздо меньшей степени касается переоценки сексуальных мотивов, чем его наивной претензии все объяснить и оставаться при этом непогрешимым. Отсюда — пренебрежение логикой, отсюда—длительное смешение просто возможных связей с уже доказанными, оперирование расплывчатыми и туманными понятиями и, наконец, та диалектика, которая в конечном счете сводится к чисто субъективному самоощущению. Сексуальность далеко не самое скверное из человеческих свойств, и если бы роль ее в нашей жизни была бы еще большей, чем это всем нам кажется, то мы спокойно могли бы с этим примириться. Но против чего я борюсь, это против новой попытки прикрывать словами как знание, так и незнание наше; я борюсь против «подсознательного», ибо это опять» таки миф.

И в этом вопросе я не стану вновь утомлять вас подробным изложением своих взглядов. Я никогда не оспариваю бессознательное, как таковое, и отлично знаю, что все психическое не только происходит от этого бессознательного (которое мы, разумеется, представляем себе как нечто физическое), но и то, что оно всегда снова погружается в него. Я не отрицаю также и того, что душевные взаимозависимости обычно совсем не таковы, какими их пытаются представить себе и другим здоровые и больные люди. Однако в существование подсознательной души, которая мыслит и чувствует так же, как и мы, которая любит и ненавидит, стремится и отказывается, которая, однако, прежде всего всегда бывает сладострастной, в эту подсознательную душу, которую знаем не мы, а одни только

психоаналитики, и которая уже одним фактом своего существования делает неответственным высшее сознание, — в это я, разумеется, не верю. И когда, наконец, меня хотят уверить еще в том, что все эти сложные скрытые и эгоистические подсознательные процессы идентичны с определенными мозговыми механизмами не только у здоровых людей (в этом случае это просто тавтология), но также и у прогрессивных паралитиков, то мое недоумение становится настолько большим, что я начинаю бояться чего-то ужасного, а именно того, что я сам сделаюсь объектом психоанализа.

На этом я заканчиваю. Исчерпать всю тему во всем ее объеме нет возможности, тем более, что понятие, о котором я хотел говорить в процессе моего доклада, давно выскользнуло из наших рук. Психоневрозов нет уже давно. Они слились с нервными реакциями и конституциями, с психопатиями и функциональными психозами. И, разумеется, мы не изобрели бы ныне этого слова сейчас, если бы оно не было уже давным-давно введено. Но, поскольку оно у нас существует, я, конечно, не осмелюсь требовать его уничтожения. Это, как известно, ни к чему не приводит. Слово «истерия» пытались уничтожить еще чаще, и все же оно, вероятно, переживет нас всех вместе взятых. Термин же «невроз» уже постольку все еще имеет известное значение, поскольку в нем имеется смешение душевных и телесных расстройств, которое трудно распутать. Мы должны только уяснить себе, что точно также обстоит дело и с маниакально-депрессивными психозами. Историческое развитие превратило первоначально чисто соматологическое понятие в психологическое по преимуществу. С моей точки зрения это прогресс, который начинает сказываться уже в практических достижениях. Каким образом, стоя на точке зрения Оппенгейма, можно было бы справиться с военными неврозами? И как бы мы могли ныне думать о том, чтобы сделать невозможным существование неврозов на почве несчастных случаев путем изменения нашего социального законодательства, если бы предварительно не изменили своего отношения к травматическим неврозам? Однако то, что справедливо в большом, справедливо также и для отдельных случаев в повседневной практике: всякое действительное лечение всех этих болезней требует прежде всего большого психологического понимания.

Таким образом, если мы рассматриваем историю учения о неврозах с определенным удовлетворением, то, быть может, следовало бы в заключение поставить ей в заслугу еще и то, что именно это развитие привело к все более тесному слиянию ныне объединившихся специальностей — неврологии и психиатрии.

V. О ПСИХИЧЕСКОМ ВОЗДЕЙСТВИИ НА БОЛЬНЫХ.

**Современные течения в
психиатрии**
Освальд Бумке

В последнее время очень часто и, быть может, даже слишком часто говорилось о том, что психотерапия не наука, а искусство, которому нельзя ни обучить, ни научиться. Правильно, конечно, что не может с успехом психически воздействовать на других людей тот, кто не в состоянии противопоставить им авторитет своей личности, точно также как ни один врач не может с пользой непосредственно перенять приемы какого-нибудь другого врача. Это не значит, однако, что психическое лечение не требует основательных знаний. Врач, не знающий того, что хотя и возможно воздействовать на циклотимического больного при некоторых расстройствах в отношении телесной и успокоить его ободрением, но что невозможно никоим образом хотя бы на полчаса сократить депрессию, или врач, не умеющий распознать начинающуюся шизофрению или же воображающий, что он может задержать или предупредить ее путем воздействия на психику больного, — такие врачи, конечно, не добьются психотерапевтических результатов.

Но и в рамках психически ненормальных конституций необходимо дифференцировать. Ясно, что нельзя подойти с одинаковым методом, с одной стороны, к возбужденному больному, полипрагматику, который своим беспокойством приводит в отчаяние и самого себя и всех окружающих и одновременно берется за двадцать дел, с другой — к нежному, расслабленному, быстро утомляющемуся, слабовольному и беспокойному психопату с навязчивым состоянием. И это приходится сейчас особенно подчеркнуть, ибо существуют психотерапевты, говорящие о «нервном человеке» и сводящие все душевные страдания к однородной формуле. Такой «нервный человек» мне незнаком. Я знаю лишь бесконечное количество вариаций психопатии, вариаций, которые, помимо всего, связаны со здоровым состоянием плавными переходами. Из практических соображений мы принуждены, конечно, произвольно отметить грани в этом текущем явлении. Но мы не должны при этом успокаивать себя мыслью, будто таким образом каждый больной получает свою определенную этикетку. Приведу пример: старые клиницисты чувствовали достаточное удовлетворение, если какой-либо симптом удавалось объяснить как истерический. Время это давно прошло; но прошло и то время, когда можно удовлетвориться констатированием врожденной и, быть может, обостренной воспитанием истерической конституции. Ныне мы считаем необходимым выяснить, почему у больного проявились эти симптомы именно теперь, а не раньше, и почему именно эти симптомы, а не какие-либо другие. Ибо мы лишь в том случае в состоянии помочь больному, когда мы полностью вскроем и душевные причины имеющегося в данный момент расстройства, и еще более глубокие причины его склонности вообще реагировать на жизненные раздражения иначе, чем это делают другие.

Поэтому из всех качеств, которыми должен обладать врач психотерапевт, я на первое место ставлю терпение. Кто не имеет достаточного запаса терпения, тот должен раз навсегда отказаться от психотерапевтических опытов. К этому необходимо еще прибавить такт, понимание и способность войти в положение больного, и только эти свойства могут охранить нас от шаблона. Ведь почти ни один случай не бывает похож на другой, и чтобы быть полезным определенному больному, необходимо изучить его значительно точнее, чем это требуется для лечения чисто физических недугов.

При этом нужно знать, что на большинство невротиков хорошее действие оказывает уже простое высказывание. Прежде чем попасть к невропатологу, они почти все без исключения в течение долгих лет терзались страшными предположениями, самообвинениями и ипохондрическими заботами о будущем. Все это они скрывали от окружающих, даже от врачей, ибо собственные их представления и настроения казались им гораздо более редкими, исключительными, чем это есть в действительности, ибо они сами себя морально осуждали и боялись этого осуждения со стороны окружающих, или же потому, что они опасались как бы благодаря этим проявлениям их не приняли за душевнобольных. Много больных после первого же своего визита, давшего им возможность высказаться, уходят от нас освобожденными и облегченными, еще прежде чем врач успел предпринять какие-либо меры: уже одно чувство, что ты, наконец, натолкнулся на понимание и вместе с тем появившаяся в результате высказывания необходимость посмотреть прямо в лицо собственным заботам приводят к уменьшению напряженности. Уже по одному этому не безразлична та манера, с которой врач говорит и выслушивает больного. Как бы он ни относился к своим больным, он всегда должен выслушивать их сообщения с полным вниманием и участием.

Неопытный врач часто поражается тому, как при таком подходе больные, еще перед самым входом в кабинет врача твердо решившие ни за что не открывать некоторых особенно щекотливых вещей, все же раскрывают все душевные корни (тайники) своих нервных страданий. Неправильно было бы, однако, думать, что, исходя из этого, нужно усиленно расспрашивать больных и силой внедряться в их душу. Нужно лишь вызвать в них

уверенность, что каждое их сообщение вы принимаете с полным пониманием, без обычных общественных и моральных предрассудков. При таких условиях больной часто не только делится своими многочисленными внутренними и внешними переживаниями, которые он доселе пытался скрыть даже от самого себя, но начинает видеть их в другом менее грозном освещении.

Тем не менее неправильно было бы думать, что все невротики, подобно определенным истеричным больным, часто и легко выкладывают свои ипохондрические убеждения. Как раз в наиболее тяжелых случаях они пытаются их утаить отчасти из боязни быть высмеянными, отчасти из тайного страха, что врач может принять их всерьез, т. е. согласиться с ними. И в этом отношении каждый психотерапевт должен окончательно освободиться от веры в прямолинейность и прозрачность душевной структуры. Как раз именно в области навязчивых идей и в особенности, если налицо имеется страх, у большинства больных скрещивается целый ряд мотивов и приводит к причудливейшим результатам. Больные отправляются к врачу с твердым решением не говорить ему, что, собственно, их мучает; они хотят успокоения, но из страха все откладывают момент исследования, которое обеспечило бы им в дальнейшем покой; они убеждают себя в том, будто все это от переутомления, от физических недугов и т. д., и все же они сознают, что основная причина их настоящего скверного самочувствия, их бессонных ночей, сердцебиений, — короче, их беспокойства, в каком-либо разочаровании, в нечистой совести или же много лет тому назад неосторожно брошенном слове врача.

Разумеется, требуется известный опыт, чтобы из самого поведения больного, из его тона, из пауз, которые он делает в разговоре, и из замешательства при некоторых вопросах заключить, что больной говорит не все. Но гораздо важнее, как уже говорилось, вооружиться терпением, которое позволяет долго ждать, и проявить деликатность, охраняющую больного от резких вопросов и не загоняет его назад в его скорлупу. Разумеется, больному необходимо указать, что помощь невозможна, если врач не знает всех и в особенности душевных причин его состояния. В некоторых случаях больные предпочитают, чтоб им облегчили их исповедь путем прямых вопросов об обычных причинах — онанизме или других сексуальных отклонениях, о несчастливом браке, о служебных неприятностях, уязвленном честолюбии, конфликтах с родителями у молодежи и т. д. Я, в общем, избегаю этого метода, ибо при нем постоянно находишься в опасности оскорбить больного упоминанием таких возможностей, которые на самом деле отсутствуют. Тот факт, что больные очень часто еще более обижаются, когда врач упоминает причины, действительно существующие, но которые они хотели скрыть, — есть свойственная многим людям черта, с которой врач обязательно должен быть знаком.

Психические причины, могущие на почве конституционной нервности вызвать неврозы страха и тому подобное, точно также как и опасения, с которыми носятся больные, так многочисленны, что лишь очень немногие могут быть здесь упомянуты.

У молодых людей первое место занимает область сексуального. Постоянно у больных являются опасения, не повредили ли они себе бывшими или еще продолжающимися мастурбациями; и только во вторую очередь выступает беспокойство оказаться сексуально ненормальными или же зараженными венерической болезнью,

Известно, как эти опасения постоянно поддерживаются чтением определенной недобросовестной литературы, и поэтому в данном случае, как и при всех ипохондрических жалобах, нужно осведомиться об этом, надлежащим образом охарактеризовать подобные книги и запретить чтение их впредь. Больным надо указать, что в известном возрасте мастурбация так распространена среди представителей обоего пола, что, по крайней мере среди мужчин, неповинных в ней надо рассматривать как исключение. Таким образом, им можно доказать, что

уже по одному этому онанизм не может иметь тех последствий, которые ему обычно приписывают люди некомпетентные, а более образованным пациентам можно прибавить, что наблюдаемые ими нервные расстройства являются, собственно говоря, не результатом мастурбации, а следствием их ипохондрического страха и самонаблюдения. И здесь, как и в других случаях, весьма полезно следовать указаниям, предложенным Дюбуа относительно обхождения с нервными больными и необходимости разъяснить им некоторые взаимоотношения между телесными и душевными явлениями и в особенности зависимость ложных телесных ощущений от соответствующих ожиданий. Однако, разумеется, не может быть и речи о совете больному продолжать мастурбацию. Для меня остается совершенно непонятным, как некоторые врачи дают такой совет. Тот, кто понимает природу подобных больных, знает ведь, что ничто не в состоянии так подорвать их уверенность и их доверие к самим себе, как все новые поражения в борьбе с мастурбациями. К этому нужно прибавить, что и без того имеющаяся у психопатов сильная склонность ограждать себя от действительности всякими собственными фантастическими измышлениями усиливается их пороком; помимо того, некоторая форма импотенции вызывается и поддерживается самоудовлетворением по причинам физического и психического свойства. Исключая только весьма редкие случаи с раннего детства проявившегося онанизма, излечить от этого недуга бывает не трудно. Обычно достаточно бывает того, чтобы пациент регулярно через не слишком длинные промежутки времени показывался врачу; создается новый задерживающий стимул: когда больной знает, что в определенные дни недели он должен предстать перед человеком, к которому он питает доверие, и отчитаться перед ним, он почти всегда сможет стать господином над своим инстинктом. Для этого, разумеется, ему нужно запретить все то, что может возбудить его чувственность: нужно запретить больным часами валяться в постели и т. д. Только в крайних случаях можно назначить успокаивающие, чтоб снизить libido.

Я считаю совершенно неправильным рекомендовать психопату—с целью ли борьбы с мастурбацией или по каким-либо другим основаниям — внебрачные половые сношения. Даже если б этот совет не был опасным, он был бы излишним уже потому, что лица, не могущие или не желающие преодолеть своего полового влечения, не ждут в таких случаях докторских советов. Тот, кто приходит к врачу и спрашивает его об этом, почти всегда может обойтись без этих сношений. Да и очень часто это вовсе и не сильное половое чувство, которое заставляет нервного больного искать половое сношение, не сила желания, а заимствованная из книг и из разговоров уверенность, что воздержание опасно. Жертвой этого чисто теоретического убеждения являются, повидимому, также многие врачи, которые абсолютно не замечают, в какое положение они ставят своего пациента подобными рода советами (даже в том случае, когда они не носят циничного характера). Я имею обыкновение всем психопатам, спрашивающим меня о внебрачных половых сношениях, в нескольких словах разъяснить положение вопроса. Следует помнить, что больные эти больше других молодых людей боятся заражения; не будучи зараженными, они будут считать себе таковыми и от действительно приобретенной инфекции они будут страдать душевно больше других; они чувствуют себя морально принижеными от общения с продажными женщинами, более же высоко стоящая связь угнетает их морально. Затем, они плохо умеют справляться с последствиями возможного раскрытия связи или разрыва (вопрос об алиментах и пр.) и, наконец, сверх всего, они постоянно почти будут обмануты в своих ожиданиях излечиться от своего невроза путем правильных половых сношений. Я не отрицаю того, что для некоторых очень нуждающихся в этом больных воздержание обычно влечет за собой определенные телесные и душевные неудобства; однако эти неудобства, по сравнению с результатами противоположного поведения, представляются мне чрезвычайно незначительными.

В заключение прибавлю еще несколько слов о лечении психической импотенции. Здесь тоже прежде всего необходимо раньше всего разобраться в ее происхождении. Сравнительно часто

молодые люди мнят себя импотентными, когда при первом подстроеном товарищами свидании с проституткой они испытывают к ней отвращение. У других то же опасение вызывается тем, что их возбуждение, благодаря прежнему длительному воздержанию, а быть может также в результате очень длинных приготовлений достигло такой степени, что наступила *ejaculatio praesens*. У третьей категории ненормальная эрекция вызвана в результате нецелесообразного применения разных предохранительных средств и четвертая, наконец, испытывает некоторое торможение по отношению к уважаемой ими девушке. Все они, потерпев неудачу, в следующий раз подходят к половому акту неуверенно, со страхом, препятствующим нормальному течению рефлекторного процесса. Нередко эти психические моменты осложняются еще предшествовавшей мастурбацией, после прекращения которой еще на некоторое время остается некоторая аномалия в виде сокращения продолжительности рефлекторного процесса до *ejaculatio*, что затрудняет нормальное сношение.

Сравнительно часто психическая импотенция впервые проявляется в первые брачные месяцы. Здесь имеют значение несколько вместе взятых причин, которые приближаются к уже упомянутым. Самоупреки по поводу прежней мастурбации и прежних внебрачных половых сношений и ипохондрические опасения в связи с перенесенной когда-то гонорреей, неправильно понятое уважение к любимой женщине, повышенная возбужденность вследствие неудовлетворенной и все время бодрствующей сексуальности за время жениховства и, вообще, возбуждение и напряжение, вызываемые добрачными встречами,— все это вместе взятое часто способствует неблагоприятному исходу полового акта. Первая неудача лишает непосредственности при дальнейшем общении, и таким образом возникает длительная импотенция.

Из приведенных случаев очень многие поддаются излечению путем простого объяснения. Я часто наблюдал, как молодой мужчина уходил от меня с облегченным чувством, после того как он узнавал от меня, что в его обязанности отнюдь не входит быть постоянно потентным по отношению к продажным женщинам. Другие успокаиваются после уверения, что мастурбация после ее прекращения не может долгое время задерживать половую потенцию. И, наконец, очень многим помогает совет прекратить на некоторое время попытки, пока благоприятный случай — брачный или внебрачный — не убедит их в том, что их потенция находится в полном порядке. Так, например, женатым людям рекомендуется воспользоваться утренними эрекциями, а перевозбужденному человеку нужно сказать, что обычно на второй или на третий день после начала половых сношений эрекция становится более продолжительной. Особенное внимание во время всего лечения нужно, помимо всего, обратить на общее успокоение больного, ибо ипохондрический страх — основная причина полового расстройства. Я не касаюсь здесь, конечно, тех случаев, когда импотенция проявляется лишь по отношению к определенным женщинам, в частности в отношении собственной жены. Если физическое отвращение было вызвано, как это часто имеет место, каким-либо случайным переживанием, например, не совсем эстетичным поведением жены в спальне, то обычно эти воспоминания можно устранить путем гипноза. Но как раз это не всегда удается именно с женатыми людьми. Так, например, один из моих пациентов стал импотентным по отношению к своей жене после того, как она поведала ему о своих прежних мастурбациях. В таких случаях помочь бывает очень трудно.

Перед страхом — оказаться импотентным — отступают назад все другие ипохондрические представления в этой области. Под влиянием нашумевшего в свое время процесса *Eulenburga* и некоторой литературы многие молодые люди одно время склонны были считать себя гомосексуальными. Для действительной борьбы с этой идеей нужно знать, что в отроческом возрасте, еще до того как дифференцируется пробуждающаяся половая потребность и прежде чем она находит свое конкретное оформление, некоторые гомосексуальные склонности

представляют собой отнюдь не редкое явление; склонности эти до некоторой степени почти что воспитываются в некоторых закрытых учебных заведениях. В этих случаях врачу нетрудно будет рассеять беспокойство больного, указав ему на общераспространенность подобного явления. Хуже обстоит дело, если в результате врожденной или благоприобретенной причины образуется настоящая гомосексуальная склонность. Здесь добиться успеха трудно уже потому, что большинство психопатов вовсе и не желают быть излечены врачом, а, наоборот, они хотели бы услышать от него, что имеют святое право на удовлетворение своего влечения. Если дело обстоит иначе и если имеется еще остаток гетеросексуальной установки, то часто можно помочь гипнозом.

Все то, что справедливо для ипохондрических опасений в сексуальной области, справедливо вообще: почти никогда не бывает достаточно одной лишь беседы с больным, последний долгое время нуждается во все новых авторитетных уверениях. В большинстве случаев вначале указания врача действуют лишь на протяжении того времени, пока больной живо удерживает их в воображении; когда ему это больше не удастся, прежние тревоги и прежние страхи вновь всплывают на поверхность. Пациент впадает в прежние аномалии, причем это вновь усиливает его беспокойство, и он вновь не в состоянии отделаться от них собственными силами. Сто раз в течение дня он щупает свой пульс, постоянно изучает в зеркале мнимо-больное место и постоянно заглядывает в медицинскую книжку, чтобы прочитать о своей болезни. Такого рода больных необходимо поэтому постоянно поучать, давая им совершенно определенные предписания. Нужно отобрать от них зеркало и запретить им исследование пульса и всякое чтение медицинских книг. Далее, нужно научить больных справляться с мучительными воспоминаниями, терзавшими их до сего времени, отделаться от определенных мыслей, преследующих их в течение всего дня; более интеллигентным и умным пациентам можно, не ограничиваясь конкретным содержанием их страхов и пр., объяснить «искусство жизни». Более или менее молодых психопатов можно заставить оттолкнуть от себя неприятные переживания даже настоящего времени, вместо того чтобы непрерывно увеличивать ими число неприятных воспоминаний.

При всех этих разговорах с больными я настоятельно советую остерегаться одного, очевидно, очень излюбленного метода, а именно: иронизировать над больными. Можно, конечно, при случае быть откровенным и, по моему, иногда даже и резким. Однако, никогда не следует сглаживать впечатления добродушного участия, которое, конечно, никак не вяжется с ироническим тоном. Гораздо важнее некоторым больным при случае серьезно указать на их моральные и общественные обязанности. Мы, врачи, знаем, что даже длительное телесное заболевание порождает известный эгоизм. У определенной группы конституциональных невротиков мы, как правило, замечаем, что внимание к жене, заботы о детях и служебные обязанности все больше отступают на задний план перед собственным недомоганием. Обычно здесь совершенно необходимы серьезные представления; их можно смягчить прибавлением, что больной и сам будет лучше чувствовать себя, если станет меньше думать о себе лично, чем о других, — и не станет непрерывно следить за своим телом. По той же причине часто бывает необходимо позаботиться и о достаточно правильном распределении больным основной работы или же всяких дополнительных любительских занятий, интересующих его, чтобы не оставалось досуга для излишнего опасного самонаблюдения. Далее, нужно позаботиться и о том, чтобы больной на известное время действительно сосредоточил бы себя на определенной работе и не изнашивал бы себя постоянной сменой увлечений — будь то работа или любительские занятия — и спешкой. В этом отношении могут поддаваться влиянию и пожилые люди. Я рекомендую быть очень осторожным с предписанием путешествий и других развлечений. Здесь дело обстоит примерно так же, как и с разрешением алкоголя и никотина. Такого рода разрешение может быть необходимым для того, чтобы убедить больного, что ему действительно не угрожает ничего серьезного и что он раньше лишил себя папиросы или

стакана пива просто на основании преувеличенных страхов. Подобным же образом можно посоветовать ему посещать театр или ходить в гости, или же предпринять путешествие. Но в общем, однако, регулярная работа помогает лучше, чем развлечения, и рекомендовать путешествия можно лишь тогда, когда больной поправился уже настолько, что в отсутствии своего врача не впадет снова в самобичевание и в ипохондрические страхи.

Я зашел бы очень далеко, если бы стал здесь вдаваться в рассмотрение отдельных синдромов. Однако навязчивым состояниям и фобиям я все же хочу посвятить несколько слов. Ныне мы знаем, что навязчивые состояния обычно протекают периодически, т. е. в течение жизни больного несколько раз то усиливаются, то ослабевают. До тех пор, пока длится эта фаза, никогда не удастся освободить больного путем каких бы то ни было мер от этого расстройства. Можно все же дать ему некоторое облегчение, притом как с физической, так и с душевной стороны. Симптоматически даже небольшие количества алкоголя могут действовать разряжающие, валериановые препараты и даже бром также будут уместны здесь. При этом больного нужно уверить, во-первых, в том, что ему не грозит душевное заболевание и, во-вторых, что его навязчивые мысли никогда не приведут его к недозволенным и наказуемым поступкам. Далее, надо будет постараться укрепить его волю и способность к сосредоточению и все снова повторять ему, что он способен научиться изгонять из своего сознания абсурдные мысли.

В противоположность прежним представлениям и в разрез с моими собственными первыми опытами, я в последние годы стал применять к многим больным с навязчивым состоянием гипноз и тем самым добивался обычно — правда, подчас очень медленно и с большим трудом — полного успеха. При этом в гипнозе делается то же, что и в бодрствующем состоянии; больному говорится, что его болезненные представления ничего не значат, и что он сможет их побороть; ему внушают избавиться от страхов, и это и есть как раз то, что больше всего его облегчает.

Таким образом я подошел уж к суггестивной терапии, без которой при функциональных нервных заболеваниях вряд ли можно обойтись и чьей специфической областью являются психогенные болезненные явления в узком смысле слова.

Выбор формы суггестивной терапии меньше зависит от характера имеющихся симптомов, чем от личности больного, от того как протекала болезнь до сих пор, от способов прежнего терапевтического воздействия и, наконец, еще от того — что нередко бывает — не скрывается ли за симптомами желание пациента быть больным или по крайней мере казаться таковым. При таких условиях суггестивная терапия может превратиться в фарс — помимо разве тех случаев, когда она применяется именно для отвлечения пациента от его болезненных желаний, или же для того, чтобы построить ему «золотой мост». Иногда больные отнюдь не неохотно вступают на этот мост, оттого ли, что им уже приелась та роль, которую они играли до сих пор, или же оттого, что они чувствуют, что их разгадали.

Однако, к сожалению, обычно положение вещей не бывает столь простым. На ряду с желанием быть больным почти всегда уживается противоположное желание — выздороветь, и часто больному не хватает лишь энергии для того, чтоб подавить в себе болезненное желание или же собственными силами восстановить утерянную когда-то иннервацию. В подобных случаях лечение внушением — задача весьма благодарная. Будет ли оно облечено в форму физической или лекарственной терапии, будет ли это производиться по медленному способу, или же наоборот — по методу нападения врасплох, будет ли врач действовать простым словесным внушением, призывом к разуму или же коротким, резким приказанием, решится ли врач в конце-концов на применение гипноза — все это в основе своей безразлично. Тайна успеха

лежит исключительно в вере врача в себя и в применяемый метод: электризация, массаж, водолечение, горное солнце и т. д. — все эти средства приносили пользу лишь постольку, поскольку в них верили врачи.

Лечить внушением не во всех случаях одинаково легко. Я хотел бы, однако, предостеречь от одного: от всякого непродуманного способа лечения, при котором врач занимается высмеиванием не то себя, т. е. своего способа лечения, не то пациента — нечего потом удивляться неудачному результату лечения. Кому известна внушаемость даже здорового человека и то, насколько сильна потребность в авторитете, в чужой помощи и участии в особенности у нервных больных, тот, конечно, будет смотреть на лечение внушением как на одно из самых серьезных оружий в борьбе с болезнями вообще и будет признавать его значение даже в тех случаях, где непосредственное физическое воздействие тем или другим методом само по себе несомненно. Поэтому все зависит от ясности, точности и тем самым убедительной силы врачебных предписаний и врачебных предсказаний, и основной предпосылкой удачного лечения по этому способу является поэтому субъективная уверенность врача в правильности поставленного им диагноза. Невозможно добиться успеха, если втайне верить в возможность органического заболевания, точно так же как не добьешься его, если не доверяешь собственному психотерапевтическому уменью.

Все эти соображения относятся в особенности к гипнозу, при котором действие внушения осуществляется в наиболее концентрированной и вместе с тем наиболее полной форме. Я применяю гипноз нередко, и во время войны в особенности я находил, что при помощи гипноза можно достигнуть того же эффекта, как и с фиктивными операциями, принудительными упражнениями или же Кауфмановским способом — короче, всеми теми методами, которые я считаю недопустимыми, исходя из общих врачебных и человеческих мотивов. Однако и к гипнозу не всегда прибегаешь с легким сердцем. Людей с более или менее крепкой нервной системой, которые имеют шансы преодолеть собственными силами свои психогенные расстройства, гипнотизировать не следует — в противном случае останется горькое чувство, что у человека как бы сломан психический позвоночник. Не следует прибегать к гипнозу и тогда, когда сам пациент очень настаивает на этом методе лечения; и исключить также те случаи, когда пациенты уже слышали или читали о гипнозе и поэтому не совсем непосредственно приступают к делу.

Легко указать, к чему должно стремиться гипнозом. Сознание должно быть сужено; это значит, что больной должен остановиться исключительно на тех мыслях, которые исходят от врача. Известно также и из других состояний — вспомним не только о йогах и антропософах, но и о некоторых состояниях художественного экстаза и т. п. — как при этом, вследствие напряженного внимания, сознание более восприимчиво к известным впечатлениям, равно как и тело более восприимчиво к душевным влияниям. Я считаю необходимым с самого же начала предупредить больного, что дело сводится к этому и исключительно к этому, что всю обстановочную часть гипноза я считаю совершенно излишней. Зачастую, с ведома больного, я проделываю мнимый гипноз для того, чтоб он оставил все суеверные и боязливые представления и увидел бы в нормальном состоянии сознания то, что будет происходить позднее при гипнозе. Но прежде всего я говорю больному, что главная работа при гипнозе приходится на его, а не на мою долю, что он должен сосредоточиться, что это может сделать каждый, кто действительно серьезно заинтересован в своем выздоровлении. После всех этих подготовительных приемов я укладываю больного на диван, заставляю его фиксировать кончик моего указательного пальца и приказываю ему представить себе, что его веки начинают постепенно тяжелеть и наконец совсем закрываются. Это всегда сбывается при соответствующей установке больного, особенно если вы при этом поддерживаете ваше влияние успокоительным поглаживанием лба, и тогда игра выиграна. В тех случаях, когда речь

идет об избавлении больного от таких телесных симптомов, как дрожание, паралич, судорожные состояния, я внушаю больному, что после надавливания моего пальца он должен крепко закрыть свои глаза и потом уже не сможет сам их открыть. Затем я вытягиваю его руку и приказываю держать ее неподвижно, или же я скрещиваю его пальцы и внушаю, что пациент не сможет освободить их по собственной воле.

При состояниях же фобий, навязчивых представлений, навязчивых идей и т. д. я часто отказываюсь от этих приемов и внушаю, что больной не будет ничего переживать, ничего чувствовать и не думать ни о чем, кроме того, что исходит от меня, но что зато все, что я буду ему говорить, будет с полной ясностью принято его сознанием. Я не всегда даже внушаю последующую за сеансом забывчивость, точно также никогда не пользуюсь гипнозом для того, чтоб заставить пациента доверять мне то, что он еще не сказал мне в бодрствующем состоянии. Не совсем безопасно заставлять больных говорить во время гипноза. Этим легко вызвать искусственные истерические состояния и — как уже было сказано — опытному врачу не приходится прибегать к особым мероприятиям для того, чтоб узнать действительно важные вещи от своего пациента.

Но, разумеется, и при помощи гипноза можно достигнуть лишь избавления от симптомов и временных состояний. Мы должны, однако, стремиться к тому, чтоб излечить больного, а не только принести ему временное облегчение. Иначе говоря: лечить нужно конституцию, а не синдром. Здесь мы ограничены, однако, в известной мере постольку, поскольку основные черты личности не поддаются излечению даже у молодых людей. Мы не в состоянии, таким образом, устранив психопатическую конституцию как таковую, а можем лишь научить больного сжиться с его нервной формулой и устроить свою жизнь таким образом, чтоб она не была в тягость ни ему самому, ни окружающим. Надо укреплять самоуверенность в слабовольном и боязливом, надо урегулировать образ жизни перевозбужденного полипрагматика, и, наконец, надо позаботиться о том, чтобы больные ставили себе такие задачи, выполнение которых является им по силам. Итак, задача врача по существу всегда должна быть, воспитательной, но было бы хорошо, если бы пациенты — к молодым это относится больше, чем к более пожилым — не давали себе отчета в педагогической роли врача. Большинству невротиков не хватает способности приспособиться к жизни, т. е. к тем возможностям, которые представляются их свойствам и способностям. Большинство из них бьется головой об стенку, чтоб преодолеть препятствия, которые им не по силам, а потому большинство из них нуждается — по крайней мере на некоторое время — в руководстве.

Если попробовать, исходя из приведенных точек зрения, влиять на душевную сферу людей — без преувеличенных надежд и не ставя себе слишком далеко идущих задач, — то зачастую можно добиться весьма отрядных результатов. В течение последних лет я стал оптимистичнее смотреть даже на истерические конституции, при условии, однако, что речь идет о молодых и неглупых людях. Старая истеричка, которая вовсе и не хочет быть здоровой, но хочет, пользуясь своей болезнью, держать в руках мужа, детей, прислугу и зачастую даже врача, и которая не только впадает в жалобы, но и в интриги, — такую никто не сможет вылечить. Здесь главное в возможности оградить домашних от такого асоциального существа, да и это зачастую уже оказывается запоздалым. Иное, когда имеешь дело с молодым человеком, которого предрасположение и житейские обстоятельства привели к раздуванию и даже симуляции его болезни и который затем, в результате чисто физического лечения болезни, действительно стал больным, или же вследствие грубости и иронического отношения врача оказался в оппозиции к нему. Таким больным удается иногда — хоть иногда путем очень длительной и тяжелой работы — доказать примерами из их собственной жизни, что они всегда достигали как раз обратного тому, к чему они стремились; как благодаря своим истерическим преувеличениям, выдумкам, сценам, они стали менее любимыми, менее приятными, менее интересными и менее

необходимыми для окружающих; как сочувствие, которого они стремились добиться насильно, под конец становится окружающим в тягость; что, пытаясь скрыться в мир собственной фантазии, они сами себе закрыли дорогу к истинным ценностям жизни. Короче — указать на то, что в то время как остальной молодежи, живущей беззаботно, весело и деятельно и не прибегающей к внешним эффектам, все это удается само собой, или это недоступно несмотря на все их желания.

Таким образом как раз здесь психотерапия находит наиболее благодарное поле деятельности. Но тут, однако, таятся также опасности, которых следует избегать. Нередко бывает, что больной, встречая со стороны своего врача то, в чем он считает себя нуждающимся, — сострадание, понимание, возможность высказаться, привыкает к такому обращению, уже не в состоянии обойтись без него для своего дальнейшего благополучия. Я здесь совершенно не касаюсь примешивающихся сюда эротических моментов; то, что врач не идет им на встречу, ясно само собой. Однако он должен воспрепятствовать тому, чтоб больной стал слишком зависим от него. Конечная цель такого рода лечения должна быть следующая: терапия должна добиться того, чтоб врач стал ненужным и чтоб больной сам превратился в своего собственного врача.

Я кратко и, разумеется, далеко не исчерпывающим образом изложил мои собственные психотерапевтические принципы. Но этим моя задача освещения современного положения вопроса еще далеко не выполнена. Доклад о психотерапии безусловно требует изложения по крайней мере психоаналитических и индивидуально-психологических направлений. Здесь я хотел бы позволить себе одно принципиальное замечание.

Можно спорить о том, в какой мере отдельный исследователь при научных расхождениях во мнениях может вообще быть объективным; однако, по моему убеждению, не может быть двух мнений о том, что суждение о психоанализе у современников является неизбежно субъективным. Причина этого лежит как в содержании этого учения, так и в его историческом развитии. Я считаю даже возможным, что это зависит еще от противоположности различно организованных умов, благодаря своим индивидуальным предрасположениям принужденных мыслить о некоторых вещах по-разному.

Поэтому прежде всего я хочу заявить: я противник психоаналитической школы. Я не стану отрицать, что Фрейд представляет собой одно из наиболее значительных явлений духовной жизни последних десятилетий, что при чтении его книг вы всегда находите в общении с чрезвычайно одаренным и лишенным предрассудков человеком, и что во многих областях мы обязаны ему ценными открытиями. Я добавлю к тому, что многие взгляды, которые я считаю правильными, без его предварительной работы, по моему убеждению, не были бы восприняты, и что мои собственные представления о противоположных течениях человеческой души, о которых я буду говорить вам позднее, не возникли бы, быть может, без Фрейда. Однако, Фрейдовские догмы я не признаю, не говоря уже о бессмысленных наростах на его учении, за которых ответственны многие из его учеников, и как раз именно те, которых он еще не предал анафеме.

Рассмотрим сначала его метод психоаналитического исследования. Фрейд приводит своих больных в состояние покоя и заставляет их высказывать вслух все мысли, воспоминания и представления, всплывающие в их сознании. Из этого сырого материала и в особенности из той формы, в которой он преподносится, причем замешательству (сопротивлению) придается особенно сильное значение, Фрейд выводит свои заключения, или же, если называть вещи своими именами, в сущности всегда одно и то же заключение, а именно: что за страданиями больных всегда находится сексуальная травма, подавленные эротические желания, во всяком

случае сексуальность. При этом принимаются в расчет и сновидения больного, и притом не в той форме, в какой они живут в памяти бодрствующего сознания, а в том виде, в каком они представляются Фрейду на основании психоаналитического анализа. По личным показаниям некоторых моих пациентов, являвшихся ко мне после лечения у психоаналитиков, оказывается все же, что во время анализа разговаривает не только больной, но и врач. Он прерывает своего пациента, развивает гипотезы о до сих пор рассказанном и направляет внимание на определенные пункты, которые кажутся ему особенно важными. В какой мере при этом он внушает больному собственные мысли, будет рассмотрено ниже.

Спрашивается: на каких психологических основах покоится этот метод? Для ответа нам придется несколько остановиться на самом учении Фрейда. Оно исходит из определенного, понимания сущности подсознательного, роль которого в образовании личностей, в осуществлении убеждений и поступков даже у нормального человека предполагается значительно большей, чем роль сознательного. По Фрейду сознательное представляет лишь очень малую часть всего психического процесса, часть, которая сама по себе не может быть понята и которая до тех пор должна была бы давать искаженную картину человеческой души, пока мы не восполним ее подсознательными рядами, дающими ключ к доподлинному пониманию. Для того, кто обладает этим ключом, не существует более психологических загадок. Противоречия в душевной области в действительности не встречаются, ибо при более глубоком рассмотрении даже то, что кажется абсурдным, является полным значения, целесообразным и необходимым.

Смысл, цель и необходимость определяются при этом как эгоизм, как стремление человека к наслаждению, постоянно вступающее в противоречие с реальной действительностью. Поэтому никто не справляется с жизнью такой, как она есть. Каждый день оставляет за собой целый ряд обманутых надежд и неразрешенных конфликтов, которые отталкиваются в подсознательную сферу и не сохраняются в сознательной памяти. Однако эти вытесненные воспоминания продолжают действовать из подсознательной сферы соответственно их содержанию (как эффекты неудовлетворенности) и таким образом возникают все неврозы и некоторые психозы. Но и у здорового человека как в сновидениях, так и в оговорках, описках, забывании дней всегда замечаются несбывшиеся эротические желания, сексуальные разочарования, мучительные воспоминания, короче — тысяча мотивов, о которых сознание непосредственно ничего не знает. Даже во сне особая инстанция, «цензура», ревностно заботится о том, чтобы подавленные мысли выступали лишь в завуалированном виде; они искажаются и изменяются, снится несущественное, служа маскировкой действительно важного. Вскрыть все эти оболочки в состоянии один лишь психоанализ. Лишь он один в состоянии узреть истину — как указано, все ту же относящуюся к сексологии истину в бесчисленных маскировках — будь то боли, судорожные припадки, нервный кашель, фобии, страхи, навязчивые идеи, обман чувств, кажущиеся на первый взгляд бессмысленными сновидения, и, наконец, даже в невинного как будто характера замечаниях и поступках больных — в этих «символах», в которых исключительно лишь подсознательное и выявляется наружу. Лишь психоанализ в состоянии устранить болезненные симптомы и излечить больного. Для этого необходим, однако, особый психоаналитический метод: анализирующий соединяет исходящие от больного бессмысленные обрывки и таким образом получает цельную картину действующих в подсознательной сфере сил. В процессе же связывания вытесненных элементов психики на поверхности сознания происходит «отреагирование» примыкающих к ним «ущемленных» эффектов, и больной освобождается от скрытого в нем беспокойства. Особенно быстро исчезают физические симптомы, выступавшие как символы вытесненных представлений (конверсии); исчезает также страх, для которого больной давно уже придумал ту или иную мотивировку.

Справиться с этим чрезвычайно догматическим по своей природе учением не так-то легко.

Недостаточно только осмеять грубые преувеличения, чрезвычайную переоценку половых мотивов, каббалистическую мистику и фразерную находчивость большинства этих откровений. Кто хочет критически оценить психоанализ, должен исследовать пригодность его основ. Начать нужно, по моему, с понятия о подсознательном, с которым недостаточно вдумчиво оперируют Фрейд и его ученики и даже некоторые из его противников. Я должен при этом прежде всего предостеречь от смешения понятий «подсознательного» в смысле Фрейда с «бессознательным» вообще. Тот факт, что сознательные процессы всегда погружаются в бессознательное, что все человеческие страсти, желания и решения и все душевные проявления в конечном счете порождаются из бессознательного, это не подлежит сомнению. Мы, медики, привыкли это бессознательное, которое в действительности является лишь «неизвестным», непонятым нами, рассматривать как нечто физическое, приводя его в соответствие с определенными церебральными процессами, не сопровождающимися сознательными душевными переживаниями. Фрейд же понимает под подсознательным нечто совсем иное. Он рационализирует бессознательное; это подсознательное мыслит и подчас даже глубже, чем сознательное, всегда, однако — и это особенно, — эгоистичнее, и если хотите, честнее и что еще важнее — мышление это имеет большое влияние на наши поступки. И только когда в рамках социальной жизни ему (подсознательному) не удастся направить наши убеждения и поступки по своему желанию, оно вгоняет человека в болезнь, в невроз.

Действительно правильно, что даже у здорового человека наряду с официальным, так сказать, сознанием существует другое, строящееся из воздушных замков, ночных грез и желаний — область сознания, о которой в большинстве случаев не говорят и о которой здравый и практически мыслящий человек большую часть дня и не думает. Я соглашаюсь даже и с тем, что это аутическое мышление, как его назвал Блейер, постоянно внедряется в логические соображения и в беспристрастные решения, и что большинство людей все же очень редко отдает себе отчет о всех этих подсознательных течениях в их душе. Лишь истинные поэты показывают свою подлинную внутреннюю сущность, и весьма характерно то, что и им для этого требуется не только перемаскировка в чужие образы, но зачастую и раздвоение своего «я» на две отдельные личности. То, что Гете мог создать такие жизненные образы, как Вертер, с одной стороны, и Вильгельм Мейстер, с другой, находит простое объяснение только в изменчивости собственной его природы. Тот факт, однако, что для того, чтоб ясно и с полной правдоподобностью обрисовать и нынешние стремления своего сознания, он должен был создать Фауста и Мефистофеля, Антония и Тассо, Геца и Вейслингена, это свидетельствует не только о чрезвычайном разнообразии, но также о непримиримом разладе его собственного «я».

И этот разлад, этот дуализм имеется всюду. Даже на, казалось бы, очень несложных и примитивных натурах можно наблюдать, как они разумом отрицают одно, а чувством верят в другое, восхищаются по сознательным причинам человеком, которого они ненавидят по причинам неосознанным, и одного и того же события боятся одной частью своего «я», а другую страстно желают его. Образующиеся при этом запутанности и противоречия гораздо лучше определяются Ибсеновским словом «жизненная ложь», — Fontane называет это «вспомогательными конструкциями», — чем это делает учение о подсознательном. Да и наш «голос совести» и «демон» Сократа или, с другой стороны, злой дух сказок, «нашептывающий» человеку дурные советы или «внушающий» ему запретные желания, гораздо ближе к действительности. Даже старое изречение «познать самого себя» не имеет другого смысла, Если бы все, что живет в глубине нашего сознания, действительно оставалось неизвестным, как могли бы действовать на нас потрясающе честные признания и реально-жизненно представленные драмы? Они вызывают наружу вещи, которые мы обычно прячем от самих себя и от других, но которые не являются несознаваемыми. «Временами кажется», — говорит Шопенгауэр, — что мы одновременно чего-то и хотим и не хотим, и соответственно этому мы одновременно и радуемся и печалимся одному и тому же событию». Это допускало бы еще

принятие подсознательного, но Ибсен, который в совершенно аналогичной связи говорит о «двух родах воли в человеке», заставляет свою Ревекку подробно поведать и о второй (дурной) своей воле. Между тем до сих пор она даже самой себе обычно признавалась лишь в одной хорошей воле. Здесь так же, как и у больных, оказываются возможными внешние проявления. Назвать это просто «ложью» или «лицемерием» было бы слишком резко. С перенесением проблемы в подсознательное вопрос тем более не решается. Как раз при попытке рационализировать возникает вопрос: каким образом все эти противоречия, которые не могут разрешиться в сознательной душевной жизни, возникают и разрешаются в области подсознательного? И если мы откажемся от психоаналитических сказок, то снова придем к тому, что рационализация подсознательного есть абсурд и что при всех человеческих убеждениях и намерениях в последнюю очередь идут не логические соображения, а не поддающиеся учету колебания чувств. Таким путем Фрейд приходит к заключению: бессознательное аморально. По моему, сознательное не заслуживает такого почета: противоречия, даже в этической области встречающиеся у каждой мало-мальски сложной личности, нужно искать внутри сознательной душевной жизни. Мы только не очень любим читать определенные страницы в книге нашей внутренней жизни, и нужно обладать сильно выраженным самосознанием, чтоб увидеть, что они, страницы эти, все же написаны в ней. Горький в одном из своих произведений выставляет единственным наказанием в аду обнаружение всего того, что люди прятали от самих себя в течение своей жизни; и сам Фрейд говорит, что «никто не имеет желаний узнать свое собственное бессознательное». Этим самым допускается уже мысль, что его можно было бы узнать при желании, что оно таким образом, к сожалению, не совсем бессознательное.

Раньше структуру человеческой души представляли себе слишком простой и прозрачной как в психологии, так и в психиатрии, слишком прямолинейно полагались на слова людей. Поэтому даже при истерии, например, понятие «болезнь» и «симуляция» резко противопоставлялись возможности симуляции.

В большинстве человеческих убеждений и поступков перекрещивается множество мотивов, и в конце концов перевес не на стороне сильнейшей логики, а на стороне эмоционально обоснованного. Таким образом в жизни человека возникают многочисленные противоречия. В искаженной и в более грубой форме мы находим это у многих невротиков. Тот, кто знаком с закономерностью этих явлений, тот, как сказано уже, и без психоанализа легко сумеет вывести правду наружу и привести больного в ясность относительно самого себя. Разумеется, при этом мы должны избегать какого-либо суггестивного влияния и стремиться к тому, чтоб больной по возможности сам нашел мучащие его воспоминания. Психоаналитик поступает наоборот; он длительно делает своему больному внушения, которые совершенно запутывают действительность, и вселяет в больную душу вещи, которые отвечают его — врача — собственной психической установке.

Психоаналитическая школа создала себе одну неприступную, по ее мнению, оборонительную стену: она утверждает, что ее методы и результаты до тех пор не смогут быть усвоены, пока ее приемам не научатся на практике. Возражение это неосновательно уже по одному тому, что его мог бы усвоить и использовать каждый знахарь и предъявить нам точно такие же требования, но все же с ним можно было бы считаться, еслиб противникам фрейдизма пришло когда-либо в голову оспорить фактические материалы, опубликованные психоаналитиками. Об этом, однако, разумеется, не может быть и речи: все то, что делают и говорят больные, мы все принимаем как факт. Мы позволим себе отклонить лишь те заключения, которые психоаналитики выводят путем постоянного смешения возможных и доказанных соотношений.

Не нужно быть врачом, чтоб согласиться, что грудные дети страдают иногда запорами, и не

нужно также иметь большого жизненного опыта, чтоб знать, что нервные дамы во время разговора залезают иногда рукой в свой ридикюль. Однако, что грудные дети задерживают стул для того, чтоб доставить сексуальное наслаждение, точно также как они только поэтому сосут материнское молоко, или что нервная дама — вернее, ее подсознательное — влезая рукой в свой ридикюль, хочет выразить coitus — этого я не понимаю. Что молодой девушке может присниться, что ей нужно идти на вокзал и что она заблудилась и очутилась в лесу — каждый поверит Фрейду, но что вокзал означает преддверие вагины, а лес — лес срамных волос, — это я считаю продуктом совершенно односторонней и исключительно уродливой фантазии. И далее: я не знаю, все ли люди или же только большинство из них, согласно Фрейду, должны в своем детстве пережить «эдиповский комплекс». Но кто же вообще когда-либо доказал, что многие мальчики — что это вообще случается мы знаем, например, от Стендаля — испытывают эротическое влечение к своей матери, а многие девочки аналогичную склонность к отцам?

Далее, к оборонительным средствам Фрейдовской школы принадлежит еще следующий диалектический прием. Строгие последователи Фрейда — значительную часть своих учеников он главным образом по этой причине предал анафеме — все, что они находят у больных и здоровых, сводят на сексуальные (в детстве) переживания. На критику они возражают обычно, что под сексуальным наслаждением они понимают нечто более общее, чем то, что обычно называется сладострастием. Они могли бы избежать некоторых нападков, если б в этих вопросах они отказались от слова «сексуальный». От этого они, однако, очень далеки, да они и не могут этого сделать потому, что почти из каждого упомянутого больным (или приснившегося ему) предмета они пытаются сделать символ phallusa. При этом они несомненно имеют в виду именно то, что и мы называем сексуальностью.

Конечно, всякий, знающий людей, не станет отрицать той большой роли, которую играет сексуальность, по крайней мере у молодых людей. К бесконечному количеству переживаний, убеждений, поступков и желаний присоединяются эротические мотивы, и их влияние на общую картину нашей духовной жизни очень велико. Можно допустить даже и то, что границы между наиболее тонкими, по крайней мере, эротическими возбуждениями и чувствами иного порядка не так резки, и что наиболее нежные проявления половой любви — внешне хотя бы — не очень отличаются от нежности родителей по отношению к детям и приятельниц друг к другу. Однако, мне кажется, что все это всегда показывает лишь одно, а именно: что каждая попытка провести какие-либо границы в душевных ощущениях натывается на непреодолимые препятствия. Все наслаждения постоянно сродны друг другу именно потому, что они — наслаждения. Никто не может нам помешать называть их сексуальными чувствами. Однако, от этого они еще по большей части не приобретают ничего общего с символом phallusa. Кто раз навсегда отдаст себе отчет в сложности, заключающейся в текучести наших душевных переживаний и недостаточности искусственно вводимых нами в психику понятий, тот не будет больше пытаться углядеть возможный эротический момент во всех человеческих взаимоотношениях, или же сводить все ценные душевные движения к сублимации подавленных эротических желаний. Но еще больше надо бояться сопоставлять наиболее возвышенные художественные произведения и наиболее нежные человеческие отношения с грубым соединением полов, как это еще и поныне делают Фрейд и его сторонники.

Тот факт, что все-таки, несмотря на все эти чудовищные преувеличения, школа и методы Фрейда часто приносят пользу и — что еще гораздо важнее и вместе с тем труднее объяснимо — привлекают к себе очень большой круг приверженцев, имеет, разумеется, различные причины. Прежде всего следует помнить, что вообще не существует такого метода, который не был бы в состоянии, по крайней мере в некоторых случаях, устранить истерические

расстройства и что в особенности мероприятия, отнимающие много времени, благодаря которым у больного создается впечатление систематического занятия его личностью, а также такие, суггестивное действие коих усиливается еще общим пропагированием их, всегда будут иметь некоторый успех. Что же касается влияния фрейдовских идей на литературу, особенно на не-медицинскую литературу, то, помимо существующих ныне в некоторых кругах мистических наклонностей и постоянно существующей любви к эротически окрашенной литературе, для этого имеется и отрицательного характера причина в том именно, что научная и особенно медицинская психология долгое время находилась на задворках своей собственной науки и слишком много занималась физиологическими вопросами. Поэтому в широких кругах давно ощущалась потребность в «глубинной психологии» (Tiefenpsychologie), как назвал Фрейд свою психологию, в научной трактовке душевных течений, издавна составлявших исключительную тему романов и литературных драм.

К этому присоединяется то, что Фрейд еще до того зарекомендовал себя своими тонкими и удачными психологическими наблюдениями. Его «Психология обыденной жизни», учение об оговорках и в известной мере и о «вытеснении» по справедливости нашли общее признание. Справедливость требует признать, что и собственные мои воззрения о дуализме человеческой души, о перекрещивающихся мотивах и о склонности некоторых людей объяснять собственные свои убеждения и поступки ложными причинами, предуготовлены Фрейдовским наступлением на прежние примитивные психологические положения. Из этого не следует, однако, что нужно приписывать здоровым и больным людям такие несуразные, частью и уродливые мотивы какие открываются анализом Фрейда. Таким образом от собственно-абсурдной догмы психоаналитической школы с ее претензией на непогрешимость нужно отличать определенные навыки мышления, подготовленные психоаналитической школой и воспринятые поэтому большинством наших товарищей по специальности.

Но учение о бессознательном сюда не относится. Все, что заслуживает признания в «Механизмах Фрейда», можно объяснить и без этой гипотезы. Что чувства продолжают существовать и после того как вызвавший их интеллектуальный повод забыт и что они связываются затем с другими случайно совпавшими с ними представлениями,— все это, в сущности, не более поразительно, чем тайна памяти, забвения и связи душевных переживаний вообще. И когда, например, в оговорках выявляются представления и намерения, которые мы, собственно, хотели скрыть, когда оратор, говоря, например, о грязных махинациях, вместо слова «выявились» произносит «высвинились» (zum Vorschwein gekommen вместо zum Vorschein), то есть ли это достаточный повод утверждать, будто вытесненная мысль таилась сначала в бессознательном, и что это справедливо вообще? Стоит только подвергнуть критическому анализу определенное положение психоаналитической школы, и оно либо оказывается недоказанным, либо же поддается объяснению и без понятия о бессознательном.

От Фрейдовского учения откололось много других. Одно из них принадлежит Юнгу, отвергнутому «смехотворное и почти болезненное преувеличение сексуальной точки зрения» и заменившему понятие libido гораздо более общими — душевной страстью. Другим учением является индивидуальная психология Альфреда Адлера.

По Адлеру нервные расстройства обуславливаются противоречием между волей к власти и значению, воодушевляющей всех людей, и чувством собственной ничтожности, проявляющимся у многих людей и зависящим обычно от слабости какого-нибудь из органов. Таким образом у будущего невротика образуется некоторая неуверенность, которую он всячески пытается прикрыть или же компенсировать. При этом часть психопатов вгоняет себя в болезнь, чтобы приобрести таким образом значение. Другим удается достигнуть компенсации более отрядным образом. У них стимулом для совершения больших дел является именно

угнетающее их сознание собственной неполноценности в каком-либо отношении. Известным примером этого является Демосфен.

Эти Адлеровские представления заключают в себе вполне правильное ядро. Я сам давно уже пытался не только развитие истерических конституций, но и сущность многих других психопатий свести к противоречию между стремлением к поднятию своей значимости и сознанием собственной недостаточности многих психопатов. К числу последних принадлежат некоторые пугливые мастурбанты, застенчивые эритрофобы, ипохондрически боязливые и возбудимые психастеники и многие в социальном отношении чрезвычайно стесненные больные с навязчивым состоянием, по существу считающие себя призванными к великим делам и уверенные, что лишь болезнь препятствует им в этом. У этих людей, если только не вмешается понимающий врач, борьба кончается обычно тихим отречением, не свободным, разумеется, от определенного чувства горечи. Об истериках речь была раньше. Они также чувствуют себя неполноценными и не верят в возможность достичь обычных жизненных целей. Тем более они мечтают о великих достижениях или же пытаются осуществить эти мечты с помощью специфически-истерических средств. Они обращаются к сочувствию окружающих, чтоб обратить на себя внимание, они вводят в заблуждение окружающих преувеличением некоторых своих успехов и преимуществ или же сами начинают верить в реальность своих грез и фантазий. Наконец, это разногласие между потребностью в признании и правом на него с чувством собственной неудовлетворенности мы встречаем также у некоторых паранойных натур, на которые мы как раз в последнее время стали обращать особое внимание, т. е. у людей, которые потому так легко верят в то, что их преследуют и презирают окружающие, что в них наряду с застенчивостью, боязливостью и неуверенностью одновременно уживаются самоуверенность и честолюбие. Во всех этих случаях Адлер несомненно прав. Однако, он, и в особенности его ученики, перетянули струну. Не всякая нервозность или, как это выставляется в некоторых работах, не всякое крупное достижение возникает подобным образом. И я весьма рад, что действительность представляет собой нечто более сложное и многообразное. Итак, я действительно, наконец, подошел к концу. Мне хотелось бы только предупредить одно возможное недоразумение. Я говорил о психопатах и о невротиках. Мне, как врачу, разумеется приходится больше всего иметь с ними дело. Не думайте, однако, что я желал бы сохранить психотерапию больных людей только для нас, невропатологов, или же что я считаю, что мы во всяком случае должны в ней больше разбираться. Психотерапией заниматься должен всякий, желающий быть врачом, а не простым ремесленником.