

ДИАГНОЗ

ЗИГМУНД ФРЕЙД
ЙОЗЕФ БРЕЙЕР
ЭРНСТ КРЕЧМЕР

ИСТЕРИЯ

ИСТОРИЯ ЖЕНСКОГО
БЕЗУМИЯ

**Эрнст Кречмер
Зигмунд Фрейд
Йозеф Брейер**

**Истерия. История
женского безумия**

Серия «Диагноз»

*Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=64004012
Истерия. История женского безумия / З. Фрейд, Й. Брейер, Э.
Кречмер.: Алгоритм; Москва; 2021
ISBN 978-5-907363-08-3*

Аннотация

В переводе с древнегреческого термин «истерия» обозначает «бешенство матки». Долгие годы это заболевание считали исключительно женским и относили к его симптомам любые резкие, демонстративные реакции на стресс. С течением времени понимание этого явления все усложнялось, пришло осознание, что невротический характер, равно как и истерический психоз, практически в равной степени встречается как у женщин, так и у мужчин. Что лежит в основе истерии? В чем причина резких эмоциональных перепадов, невротических припадков и демонстративного поведения? Кем на самом деле является

человек, чьей жизнью руководит это странное и сложное явление под названием истерия? На все эти вопросы отвечают ведущие психиатры и психоаналитики прошлого. На примере наиболее ярких случаев из клинической практики они рассказывают обо всех особенностях истерического характера, о том, как найти подход к такому человеку и компенсировать это психическое расстройство.

В формате PDF A4 сохранен издательский макет.

Содержание

Этюды об истерии	6
Предисловие к первому изданию	7
Предисловие ко второму изданию	10
Часть I	12
Часть II	42
Глава 1	42
Глава 2	84
Конец ознакомительного фрагмента.	86

**Зигмунд Фрейд (Sigmund
Freud), Йозеф Брейер
(Josef Breuer), Эрнст
Кречмер (Ernst Kretschmer)
Истерия. История
женского безумия**

© ООО «Агентство Алгоритм», 2021

Этюды об истерии **Йозеф Бройер, Зигмунд Фрейд**

Лейпциг и Вена, 2-е издание, 1909 г.

(1-е издание 1895 г.)

Предисловие к первому изданию

В «Предварительном сообщении» (статья «О психическом механизме истерических феноменов» в журнале «Neurologischen Zentralblatt» за 1893 г., № 1 и 2) уже рассказывали о накопленном нами опыте по применению нового метода исследования и лечения истеричных симптомов и там же насколько только могли вкратце изложили теоретические выводы, к которым тогда пришли. Это «Предварительное сообщение» еще раз воспроизведено здесь в своем первоначальном виде, так как его довольно легко понять, а кроме того, оно быстро убедит читателя в правильности наших взглядов.

Затем приведем целый ряд историй болезней, при отборе которых мы, к сожалению, не могли руководствоваться исключительно научным интересом. Наша частная практика ограничивается лечением представителей наиболее образованной и читающей части общества. Материал, который сообщает пациент на лечебных сеансах, довольно часто включает в себя интимные переживания и события из жизни наших больных. Публикация подобных сообщений являлась бы серьезным злоупотреблением доверием пациентов, учитывая опасность того, что больной будет узан и среди круга его знакомых распространятся сведения, которые он доверил лишь врачу. Поэтому мы вынуждены отказаться

от предоставления читателю наиболее поучительных и убедительных клинических случаев. Естественно, что прежде всего это относится к тем историям болезней, в которых наибольшее этиологическое значение имеют сексуальные и брачные отношения. Это приводит к тому, что мы не можем привести исчерпывающих доказательств в пользу нашей гипотезы, заключающейся в том, что главную роль в патогенезе истерии играет сексуальность, причем не только в роли психической травмы, но и как мотив «защиты», приводящий к вытеснению образов из сознания. Как раз именно эти выделяющиеся своей сексуальной стороной клинические случаи мы вынуждены были исключить от возможности публикации.

После приведенных историй болезней читатель встретит ряд теоретических выводов, а в заключительной главе о психотерапии нами излагается техника «катартического метода», причем в том виде, в котором она применяется неврологами.

Если в некоторых местах книги встречаются различные или даже противоречащие друг другу мнения, то это вовсе не связано с шаткостью наших взглядов. Это объясняется естественным и обоснованным различием воззрений двух исследователей, которые едины во всем том, что касается конкретных фактов и основного подхода, но в толкованиях и гипотезах совпадают не всегда.

Апрель 1895 г.

Й. Бройер, З. Фрейд

Предисловие ко второму изданию

Тот интерес, который с все большей силой проявляется в отношении к психоанализу, по-видимому, начинает теперь обращаться и на написанные ранее «Этюды об истерии». Издатель пожелал выпустить заново полностью раскупившуюся книгу. Здесь она воспроизводится в своем прежнем виде, хотя наши взгляды и применяемые методы лечения, которые были представлены в первом издании, как по своей широте, так и по глубине довольно сильно изменились. Что касается лично меня, то после публикации первого издания книги, я специально не занимался этим предметом, а потому не имею никакого отношения к его огромному прогрессивному развитию и не могу ничего нового добавить к тому, что было сказано мной в 1895 г. Я хотел бы пожелать лишь одного, чтобы оба написанных лично мной раздела книги сохранились и в новом ее издании в неизменном виде.

Й. Бройер

Воспроизведение первоначального текста первого издания было единственно возможным и по отношению к части книги, написанной мной. Прогресс и изменения, которые за 13 лет работы претерпели мои воззрения, настолько огромны, что было бы попросту невозможно привнести новые идеи в мою прежнюю работу, не нарушая целостности

и характера книги. К тому же у меня полностью отсутствуют какие-либо мотивы, которые могли бы побудить уничтожить этот памятник моих прежних взглядов. Даже сегодня я рассматриваю найденное мной ранее вовсе не как ошибку, а как первое ценное приближение к воззрениям, которые удалось сделать более совершенными в результате длительных неустанных усилий. Внимательный читатель этой книги сможет обнаружить в ней зародыш всех более поздних наслоений на учение о катарсисе (например: особую роль психосексуальных факторов, инфантилизм, огромную значимость сновидений и символики бессознательного). Да я, вообще-то, не могу дать никакого иного совета для всех тех, кто захочет узнать побольше о рождении психоанализа, берущего свои истоки в катартическом методе, как взять да и начать с «Этюдов об истерии», проходя, таким образом, весь тот путь, который прежде преодолел я сам.

Вена, июль 1908 г. З. Фрейд

Часть I

О психическом механизме истеричных феноменов

*(Доктор Йозеф Бройер и доктор Зигмунд Фрейд (Вена).
Предварительное сообщение)*

1

Интерес, вызванный случайно замеченным явлением, заставил нас в течение целого ряда лет исследовать причины, которые приводят к возникновению самых разных форм и симптомов истерии. События, которым удалось спровоцировать в первый раз появление соответствующего феномена, часто имеют свои истоки в далеком прошлом, скрытом от нас годами. В большинстве случаев путем простого исследования, каким бы кропотливым оно ни было, у больного не удастся выяснить такой исходный пункт его заболевания. Чаще всего это связано с тем, что больной не желает говорить о неприятных событиях из своей жизни, но главное – это то, что пациент на самом деле не может вспомнить ничего такого, а часто и вовсе не догадывается о существовании какой-либо взаимосвязи между патологическим феноменом, существующим сейчас, и вызвавшим его когда-то прежде со-

бытием. Обычно приходится прибегать к гипнотизированию больного и уже в гипнозе пробуждать у пациента воспоминание о том времени, когда впервые появился симптом. Тогда как раз нам удастся наиболее ясно и убедительно обнаружить эту взаимосвязь.

Наш новый исследовательский подход в большинстве случаев приводит к столь удивительно ценным результатам, что лучше всего рассмотреть его более подробно как в теоретическом, так и в практическом отношении.

В теоретическом отношении накопленный нами опыт убеждает в том, что фактор, связанный с вызвавшим заболевание событием, оказывается для понимания патологических механизмов истерии намного более важным, чем это до сих пор признавалось в медицинском мире. То, что в случае «травматической» истерии симптом провоцируется несчастным случаем, является, конечно же, само собой разумеющимся. При появлении у человека истеричных припадков, учитывая внешние проявления симптомов больного, можно легко прийти к выводу, что в каждом из этих припадков больной вновь и вновь галлюцинаторно изображает то событие, которое вызвало у него первый припадок. Так что здесь можно легко обнаружить объективную взаимосвязь. Гораздо более непонятно положение дел при проявлении болезненных феноменов иного рода.

Но в любом случае наш опыт убедительно доказывает, что самые разные симптомы, присущие спонтанным, так сказать

идиопатическим, проявлениям истерии, находятся в точно такой же строгой взаимосвязи с вызвавшими их психическими травмами, как и феномены, упоминавшиеся выше и в этом отношении ни у кого не вызывающие сомнений. Нам удалось посредством обнаружения побуждающего фактора (конкретного происшествия, спровоцировавшего заболевание) объяснить различнейшего рода невралгии и анестезии, довольно часто мучащие больного годами, контрактуры и параличи, истеричные припадки и эпилептиформные конвульсии (те, кому приходилось наблюдать их, принимали подобные проявления за подлинную эпилепсию), Petit mal¹ и тикообразные сокращения мышц лица, неукротимую рвоту и анорексию, простирающиеся иногда вплоть до полного отказа от пищи, различного рода расстройства зрительного аппарата, постоянно повторяющиеся одни и те же зрительные галлюцинации и много чего другого. Несоответствие столь длительного, годами продолжающего существовать истеричного симптома породившему его однократному и более ни разу в жизни не повторившемуся событию на самом деле является не чем иным, как тем, что мы привыкли постоянно обнаруживать в случае травматических неврозов. Просто причиной симптомов в случае «нетравматической» истерии чаще всего являются события, происшедшие очень давно, еще в детстве или юности, и тем не менее продолжающие оказывать свое воздействие на гораздо более поздние периоды жизни, вызывая – и довольно часто – тяжелые страдания

у больного.

Нередко такая взаимосвязь настолько ясна, что становится совершенно очевидным то первоначальное событие, которое вызвало к жизни именно этот и никакой иной истеричный феномен. С такой причиной он связан самым очевидным образом. Так, взяв самый банальный пример, если какой-то мучительный, возникший во время еды аффект подавляется, то он приводит к появлению тошноты и рвоты, а затем такая истеричная рвота может продолжать проявляться в течение многих месяцев. Девочка, находящаяся в больнице и испытывающая там сильную тревогу от столь многого для нее незнакомого, впадает в сумеречное состояние. Она начинает видеть вокруг себя пугающие галлюцинации, ее собственная правая рука, свисающая через подлокотник кресла, полностью онемевает, а немного позднее у девочки появляется парез² этой руки с контрактурой и анестезией. Девочка хочет помолиться, но язык становится словно каменный; в конце концов ей все же удается по-английски проговорить детскую молитву. Когда позднее выявилась тяжелая, необычайно сложной формы, истерия, то девочка начала говорить, писать и понимать все сказанное другими людьми только по-английски, в то время как родной язык в течение полутора лет был ей совершенно непонятен.

Тяжело заболевший ребенок наконец-то уснул, мать огромным усилием воли пытается вести себя очень тихо, чтобы не разбудить его; но как раз из-за такого намере-

ния («истеричное контржелание»!) она внезапно производит резкий шум, щелкая языком. Позднее эти звуки начинают появляться и в других ситуациях, причем у матери ребенка продолжает сохраняться желание вести себя очень-очень тихо. Спустя некоторое время вместо резкого щелканья появляется тик, который в течение многих лет сопровождает появление у нее малейшего душевного волнения.

Высокоинтеллигентный мужчина ассистирует хирургу во время растягивания в наркозе анкилозного (неподвижного) тазобедренного сустава своего брата. В то мгновение, когда сустав с треском начинает поддаваться усилиям врача, этот мужчина ощущает сильнейшую боль в своем собственном тазобедренном суставе, продолжающую с тех пор беспокоить его в течение почти целого года. Подобных примеров можно привести немало.

В других же случаях взаимосвязи не столь просты; обнаруживается лишь, так сказать, символическая связь между побудившим событием и патологическим феноменом, подобная той, которая легко формируется у здорового человека в виде реакции на травму, когда, например, к душевной боли присоединяется еще и невралгия, или за пережитой сильной эмоцией, появившейся при замеченном посторонними людьми нечистоплотном поступке, следует рвота. В нашей лечебной практике мы не раз встречали больных, которые могли очень эффективно использовать такой способ символизации. Но бывают случаи, где вначале кажется,

что не может быть никакой речи о детерминации; как раз сюда относятся типичные истеричные симптомы наподобие Nemianasthesie (односторонней потери чувствительности) и сужения поля зрения, эпилептиформных конвульсий и много чего другого. Наши взгляды на эту группу феноменов оставляем для последующего более углубленного обсуждения.

Такие наблюдения, по-видимому, достаточно хорошо доказывают аналогию патогенеза обычной истерии с происхождением травматического невроза и оправдывают расширенное истолкование понятия «травматической истерии». Действительной причиной заболевания при травматическом неврозе, конечно, является не малозначащая физическая рана, а пережитый больным аффект испуга (ужаса), психическая травма. На основании проведенных нами исследований можно заключить, что для многих, если не для преобладающего большинства истеричных симптомов, можно выявить поводы, вызвавшие их к жизни. Эти поводы являются не чем иным как психическими травмами. В качестве таковых могут быть любые переживания, сопровождающиеся мучительными аффектами ужаса, страха, стыда, психического страдания, и только от впечатлительности соответствующего человека (как и от позднее упоминаемого еще одного условия) будет зависеть то, окажется ли это переживание травмой. Нередко среди провоцирующих развитие истерии факторов вместо одной большой травмы можно обнаружить наличие

нескольких частичных травм, несколько сгруппировавшихся вместе однородных поводов, которые только в своей общей совокупности могут осуществить травматическое воздействие и лишь постольку вынуждены составлять единое целое, поскольку сами по себе они образуют только фрагменты единой истории страдания. В других же случаях даже на первый взгляд безразличные обстоятельства, которые лишь в результате их совпадения с действительно патологически повлиявшим событием или со временем особой чувствительности организма, приобретают особую значимость в качестве травмирующего фактора, что вообще-то им не присуще, но отныне они будут прочно удерживать за собой травмирующее влияние.

Однако строго закономерную взаимосвязь психической травмы (давшей повод к болезни) с истеричными феноменами нельзя рассматривать только как одно из явлений в истории жизни невротика, скажем, считая, что травма в качестве провоцирующего агента создает симптом, который затем становится самостоятельным и далее уже существует независимо. Скорее, мы должны утверждать, что психическая травма или воспоминание о ней действует наподобие чужеродного тела, которое в течение достаточно длительного времени после своего проникновения продолжает действовать в качестве активного агента. Доказательство этого мы видим в одном необычайно обращающем на себя внимание феномене, который в то же время придает нашим взгля-

дам большое практическое значение.

А именно мы нашли, к нашему огромному удивлению, что отдельные истеричные симптомы мгновенно и безвозвратно исчезают, если у пациента удастся в полной мере пробудить воспоминание о вызвавшем их к жизни событии, да при этом еще вызвать сопровождавший мучительную сцену аффект; остается только добиться от больного желания изобразить самым подробным образом это событие, облечь свой аффект в слова. Воспоминание вне переживания прежних эмоций почти всегда ни к чему не приводит; психические переживания, которые протекали когда-то прежде, должны быть воспроизведены столь живо, насколько это только возможно, достигая интенсивности *statum nascendi*³, а затем больной должен до конца «выговориться». При этом если мы обратимся к патологическим феноменам, еще раз в своей прежней интенсивности проявятся судороги, невралгии, галлюцинации – чтобы затем уж исчезнуть навсегда. Отказы в работе определенных психических функций, параличи и отсутствие кожной чувствительности также полностью устраняются, конечно, это происходит не без того, чтобы на какой-то срок не было заметно временного усиления их активности.

Не вызывает сомнений, что о существовании подобного рода психотерапии догадывались Дельбеф и Бине⁴, в чем убеждают приводимые нами ниже цитаты: *On s'expliquerait deslors comment la magnetiseur aide a la guerison. O remet*

le sujet dans l'état où le mal s'est manifesté et combat par la parole le tete mal, mais renaissant» («Теперь мы можем объяснить, каким образом гипнотизер исцеляет больного. Он воскрешает в памяти больного ощущения, которые тот испытывал, пребывая в состоянии, в котором у него впервые появилась боль, и посредством слова старается унять эту давнюю боль, ныне возникающую снова), а также из Binet, *Les alterations de la personnalité*. 1892, p. 243: «... peut-être verrait-on qu'en reportant le malade par un artifice mental, au moment où le symptôme a apparu pour la première fois, on rend le malade plus docile à une suggestion curative» (... возможно, из-за уловки, позволяющей погрузить больного в то состояние, в котором он пребывал в прошлом в тот момент, когда симптом появился впервые, и повышается степень восприимчивости больного к лечебному внушению). В любопытной книге П. Жане «*L'automatisme psychologique*» (Paris, 1889), можно найти описание лечения истеричной девушки посредством применения метода, во многом аналогичного нашему.

У читателя может довольно легко сложиться впечатление, что речь здесь идет просто о каком-либо ненамеренном внушении; у больного существуют большие надежды на то, что посредством лечебной процедуры он наконец-то будет полностью освобожден от страдания, и это ожидание, а не само по себе появление способности выговориться, является якобы действительным фактором исцеления. Но все проис-

ходит совсем не так. Первый опыт подобного рода, когда таким способом был до конца проанализирован необычайно сложный и запутанный клинический случай истерии, посредством последовательного устранения всех симптомов, вызванных определенными, конкретными событиями, относится еще к 1881 году, то есть к досуггестивному периоду в психиатрии. Полное исцеление пациентки стало возможным только благодаря спонтанному аутогипнозу, вызываемому самой больной, что каждый раз приводило наблюдавшего за всем этим врача в необычайное изумление.

Обращая высказывание: *cessante causa cessat effectus* мы, вероятно, имеем право на следующее умозаключение. Вызвавшее патологическую реакцию событие каким-то образом продолжало воздействовать еще в течение многих лет, и не только косвенно воздействуя через целую цепочку промежуточных, чем-то связанных между собой звеньев-причин, а напрямую и активно пробуждая заново прежние переживания, наподобие того, как и в более поздние времена воспоминание о пережитом психическом потрясении вызывает у пострадавшего человека обильный поток слез. Мы можем сказать, что истерики чаще всего страдают от реминисценций (от пережитого в далеком прошлом).

В тексте этого предварительного сообщения нам не предоставляется возможность показать то, что нового привносят наши взгляды, а что можно найти у других авторов, таких как Мебиус и Штрюмфель⁵, которые представили схожие

идеи о сущности истерии. Но наибольшее приближение к нашим теоретическим и терапевтическим выводам мы нашли в некоторых разрозненных публикациях Бенедикта⁶.

2

Вначале поистине поражает то, что давно забытые переживания продолжают столь интенсивно воздействовать и ныне; что воспоминания о них вовсе не подлежат полному забвению, которому, как мы считали раньше (и даже были в этом убеждены) подвержены все наши воспоминания. Возможно, разобраться получше в действительном положении дел поможет последующее изложение наших идей.

То, что со временем наши воспоминания блекнут или теряют свой первоначально большой аффективный заряд, зависит от нескольких факторов. Прежде всего соответственно это то, насколько эмоционально или же, наоборот, «спокойно» реагировал человек на глубоко потрясшее его событие. Под реагированием здесь мы понимаем целый ряд произвольных и произвольных рефлексов, посредством которых разряжаются аффекты на основе накопившегося жизненного опыта; а такие реакции охватывают любые эмоциональные проявления: начиная от плача и доходя до бешеного неукротимого желания отомстить. Когда мы достаточно интенсивно отдаемся отреагированию, то большая часть аффекта в конечном итоге бесследно исчезает; наш язык легко убеж-

дает в существовании таких повседневных фактов посредством выражений типа «отбушевать, выплакаться» и т. п. А если такая реакция подавляется, то аффект продолжает быть связанным с мучительным воспоминанием. Оскорбление, которое не осталось без ответной реакции обидчику, даже если она ограничилась всего лишь несколькими грубыми словами, вспоминается совершенно иначе, чем то, которое сопровождалось тем, что человек был вынужден отмолчаться, подавляя малейшее проявление своих чувств. Язык наш обращает должное внимание на эту психическую и физическую реакцию, необычайно метким способом обозначая именно такое молчаливо переносимое (терпимое) страдание «огорчением». Реакция пострадавшего на травму будет иметь лишь тогда полный «катартический» целебный эффект, когда отреагирование является адекватной реакцией; например в форме мести. Но человек находит для таких ужасных действий более удобный суррогат в языке (речи), замещающий необходимость совершения каких-либо физических действий. Посредством речи аффект может быть «отреагирован» почти в той же самой степени. А в некоторых случаях речь является вполне адекватным рефлексом, например жалоба или признание в мучительной тайне (исповедь!). Но если за потрясшим человека событием не следует никакой реакции в форме действий или речи (а в самых простых случаях хотя бы слез), то воспоминание о событии практически всегда продолжает сохранять прежний заряд

мучительных аффектов.

Между тем «отреагирование» является далеко не единственным способом, находящимся в распоряжении здорового человека в качестве нормального психического механизма для того, чтобы справиться с психической травмой. Воспоминание о ней, даже если травма не была отреагирована, переплетается с огромным количеством ассоциаций, и тогда она уже начинает выявлять свое истинное положение среди других психических элементов, возможно даже не совместимых с ней переживаний, подвергаясь корректу-ре со стороны других психических представлений. Например, после несчастного случая к воспоминанию об опасной ситуации и к заметно ослабевшему переживанию пережитого ранее ужаса присоединяется более оптимистичная картина того, что происходило сразу же после беды – например, спасение, а кроме того, человек начинает осознавать сегодняшнюю безопасность. Воспоминание о нанесенном нам оскорблении легко корригируется незначительным искажением фактов, попыткой повысить собственную значимость в какой-либо иной области и т. п. Вот именно таким образом нормальному человеку и удастся посредством активного перебора существующих у него ассоциаций полностью устранить неприятную ситуацию и мучительный аффект.

К этому добавляется еще и то общее ослабление впечатлений, то постепенное исчезновение воспоминаний, какое мы называем «забыванием» и которому прежде всего подверже-

ны представления, переставшие носить на себе заряд сильных аффектов.

На основе наших наблюдений теперь можно сказать, что воспоминания о тех событиях, которые привели к формированию истеричных феноменов, продолжают сохраняться в течение длительного времени в удивительной свежести и яркости, достигающих интенсивности прежних аффектов. Но мы должны упомянуть и другие поразительные, лишь позднее получившие признание факты, заключающиеся в том, что больные не располагают властью над этими воспоминаниями в той же самой мере, как над воспоминаниями, связанными с другими сторонами их жизни. И даже наоборот, как раз мучительные переживания полностью отсутствуют в памяти больного, когда он находится в своем нормальном психическом состоянии или же они вообще представлены в ней чем-то неопределенно-смутным. Только при опросе больного в гипнозе, эти воспоминания появляются вновь, причем с такой яркостью чувств, которая ничем не уступает первым впечатлениям от любого привлекающего внимание события.

Так одна из наших больных полгода подряд по дням с галлюцинаторной четкостью воспроизводила в гипнозе все, что она переживала в такой же день ровно год назад (это происходило во время страшно затянувшегося припадка истерии); неизвестный для больной дневник ее матери убедил нас в безупречной точности ее воспоминаний. Другая же больная

частично на сеансах гипноза, частично в спонтанных ассоциациях с ясностью, характерной для галлюцинаторных видений, пережила все события, случившиеся с ней во время истеричного психоза 10-летней давности, события, воспоминания о которых до этого момента находились большей частью в состоянии амнезии. Оказалось, что и некоторые этиологически значимые воспоминания 15-25-летней давности сохранились у нее в поражающей целостности и с прежней эмоциональной яркостью, а при своем возвращении в сознание они воздействовали с силой аффектов, характерных для актуально переживаемых событий.

Причину этого мы можем найти только в том, что эти воспоминания (даже с учетом всех приведенных выше тенденций к забвению) занимают исключительное положение. А именно становится ясно, что эти воспоминания относятся к тем душевным травмам, которые не были «отреагированы» в достаточной степени. При более внимательном рассмотрении причин, которые могли бы создать препятствия для отреагирования, нам удалось выявить по меньшей мере два ряда условий, в которых непосредственная ответная реакция на травмирующий раздражитель не может проявиться.

К первой группе мы относим те случаи, когда больные никак не реагировали на психическую травму, так как сама природа травмы попросту исключала любую форму ответной реакции. Такое, например, относится к конечно же ничем невозполнимой потере любимого человека, или к уже

столь прочно отрегулированным взаимоотношениям с определенной группой людей, что это не позволяет проявиться каким-либо ответным реакциям; а возможно происходящее было связано с чем-то таким, что больной хотел как можно быстрее позабыть, что он вынужден был намеренно вытеснить и подавить в своем сознании. Как раз такие мучительные переживания легко можно отыскать в гипнозе в качестве наиболее благоприятной почвы для формирования истеричных феноменов (истеричные делирии у святых и монахинь, у воздерживающихся женщин, у строго воспитываемых детей).

Другой ряд условий связан не с конкретным материалом, содержащимся в воспоминании, а с психическими состояниями, в которых у больного появились мучительные переживания. Гипнотические сеансы позволяют обнаружить в качестве причин, вызывающих истеричные симптомы, психические представления, которые, являясь сами по себе незначимыми, приобретают важность лишь благодаря тому, что они возникли во время переживания тяжелого парализующего аффекта наподобие ужаса, или же их возникновение приходится приписать аномальному психическому состоянию, например нахождению больного в полугипнотическом сумеречном состоянии (сон наяву), в аутогипнозе и т. п. Здесь сама природа этих состояний делает невозможной какое-либо отреагирование переживаемых аффектов.

Естественно, что оба рода условий могут совпадать, да и

действительно, так часто и бывает. Таковым является случай, когда сама по себе тяжелая травмирующая ситуация возникла при переживании больным сильного, полностью парализующего его аффекта или когда больной пребывал в состоянии измененного сознания. Но чаще всего все происходит таким образом, что сама психическая травма вызывает у человека аномальное душевное состояние, которое уже потом со своей стороны делает невозможным отреагирование.

Обоим группам условий присуще то, что не устраненные посредством ответных реакций психические травмы лишаются возможности быть устраненными и посредством перебора ассоциаций и нахождения травмирующим впечатлениям в них соответствующего места. В первой группе невозможность этого обусловлена намерением больного, желающего забыть мучительные переживания и насколько это возможно исключить их из имеющихся у него ассоциаций, во второй группе это включение в ассоциации не удается потому, что между нормальным состоянием сознания и патологическим, в котором возникли новые психические представления, нет достаточной ассоциативной связи. У нас очень скоро будет хороший повод более подробно заняться таким положением дел.

Итак, можно сказать, что ставшие патогенными представления сохраняются столь долго свежими и заряженными аффектами потому, что им отказано в нормальном процессе

забвения посредством отреагирования или их устранения посредством полного припоминания мучительных событий при помощи ассоциаций.

3

Когда мы описывали условия, которые на основании нашего опыта являются решающими для того, чтобы под воздействием психической травмы сформировались истеричные феномены, уже тогда мы вынуждены были сказать об аномальных состояниях сознания, в которых возникают такие патогенные представления. Мы также должны были сделать особый акцент на том, что воспоминание о воздействовавшей психической травме происходило не посредством привычной для всех нас памяти, а на основе памяти, обнаруживавшейся у больного в гипнотическом состоянии. Чем больше мы занимались этим феноменом, тем прочнее становилось наше убеждение, что то расщепление сознания, которое столь сильно поражает нас в известных классических случаях как *double conscience* (двойное сознание), в рудиментарной форме можно обнаружить при любой форме «большой» истерии. Склонность к такой диссоциации, а затем и к появлению аномальных состояний сознания, которые мы хотели бы назвать «гипноидными», является основным феноменом, присущим истеричному неврозу. В этом взгляде мы полностью совпадаем с Бине и Жане, о чьих

необычайно интересных находках в работе с пациентами с анестезией (потерей кожной чувствительности) мы, впрочем, пока недостаточно хорошо осведомлены.

Итак, часто высказываемой фразе «гипноз является навязанной истерией» мы хотели бы противопоставить другую: фундаментом и условием появления истерии является существование особых гипноидных состояний. При всех имеющихся здесь различиях, в одном пункте гипноидные состояния имеют общее, причем не только между собой, но и с гипнозом. Появляющиеся и тут, и там психические представления отличаются очень большой интенсивностью, и, несмотря на это, их характеризует полное отсутствие каких-либо ассоциативных связей с остальным материалом, доступным для состояния сознания. А между самими собой гипноидные состояния образуют ассоциативные цепочки, фактическое содержание которых отличается различной степенью психической структурированности. В остальном же природа этих состояний и величина их отдаленности от остальных сознательных процессов варьирует подобно тому, как это обнаруживается в гипнозе, состояния которого простираются от легкой степени сонливости до сомнамбулизма, от безусловно точной работы памяти до полной амнезии.

Если такие гипноидные состояния существовали у больного еще до появления заболевания, то они становились почвой, на которой аффект поселяет патогенное воспоминание со всеми своими соматическими эквивалентами в виде

симптомов болезни. Такое легко обнаружить в случае истерии с наследственной предрасположенностью. Но наши наблюдения однозначно говорят о том, что тяжелая психическая травма (так же как при травматическом неврозе), сопряженная с большой борьбой больного, подавляющего эмоциональную разрядку (например, не реализующего появившееся у него сексуальное желание), может и у обычно здоровых людей вызвать расщепление определенных групп представлений; как раз это-то и является психическим механизмом истерии, вызванной травмирующими переживаниями. Между экстремальными полюсами обеих этих форм необходимо допустить существование целого ряда промежуточных звеньев, в рамках которого, дополняя друг друга, варьируют склонность к диссоциациям соответствующего индивида и величина аффекта, пережитого им при травме.

Ничего нового по поводу того, чем вызываются гипноидные состояния, предрасполагающие к психическому заболеванию, мы сказать не можем. Как мы и предполагали раньше, чаще всего они появляются, причем даже у здоровых людей, в столь частых «снах наяву», огромное количество поводов для которых дает, например, увлечение женщин рукоделием. Вопрос о том, почему «патологические ассоциации», которые появляются в таких состояниях, отличаются очень большой стойкостью и оказывают намного более сильное влияние на соматические процессы, чем те, которые мы привыкли ожидать от наших сознательных психических представ-

лений, вообще, совпадает с проблемой действительности гипнотической суггестии. Ничего нового сюда накопленный нами опыт не привнес; но он позволяет прояснить противоречия, обнаруживаемые между фразой «истерия есть одна из форм проявления психоза» и тем обстоятельством, что среди истеричных личностей можно довольно часто встретить людей духовно просветленных, с огромной силой воли, с самым твердым характером и необычайным, самокритичным рассудком. Проявление таких качеств характерно для бодрствующего сознания этих людей, в гипноидных же состояниях истеричные личности меняют их на противоположные, подобно тому, как это делаем все мы во сне. Но если наш личный сновидческий психоз не сказывается на нашем бодрствующем сознании, то продукты гипноидного состояния в форме истеричных феноменов умудряются проникать в бодрствующую жизнь больных.

4

Почти все сказанное нами о хронических истеричных симптомах, мы можем отнести и к случаям истеричных припадков. Существует всем хорошо известное схематическое описание «большого» истеричного припадка, данное французским невропатологом Шарко⁷, в соответствии с взглядами которого можно выделить четыре фазы развернутого припадка:

- 1) эпилептоидная;
- 2) фаза повышенной двигательной активности;
- 3) галлюцинаторная фаза (*attitudes passionelles*);
- 4) заключающая все фаза истеричного делирия.

Все другие формы и проявления истеричного припадка, которые в действительности встречаются гораздо чаще, чем описанная развернутая *grande attaque*⁸, Шарко систематизирует на основании укороченного или растянувшегося ее протекания, полного исчезновения какой-либо фазы или, наоборот, ее особого выделения.

Наши собственные теоретические изыскания относятся к третьей, галлюцинаторной фазе. Там где эта фаза легко обнаруживается, там прежде всего обращаешь внимание на воспроизведение в галлюцинаторной форме одного из значимого для истерика воспоминания, а именно, воспоминания о пережитой психической травме. Это характеризует так называемую травматическую истерию, а в обычной форме истерии в прошлом больного встречаешь целый ряд взаимосвязанных частичных травм. В конце концов, любой истеричный припадок воспроизводит пережитые в прошлом события, которые из-за их совпадения с другими маскирующими эпизодами со временем перестали вспоминаться.

Можно встретить и припадки, которые с виду полностью состоят из двигательного возбуждения, а галлюцинаторная фаза как бы полностью выпадает из цикла. Но если во время такого конвульсивного припадка, каталептического⁹ засты-

вания или *attaque de sommeil* («вторжение сна», в переводе с французского) каким-либо образом все же удастся наладить контакт с больным, а еще лучше, если в гипнозе удастся воспроизвести истеричный припадок, то тогда можно будет обнаружить, что и в этом случае в основе припадка лежит воспоминание, связанное с психической травмой или целой их серией, особенно хорошо заметное в галлюцинаторной фазе. Маленькая девочка годами страдает от припадков, проявляющихся судорогами всего ее тела, которые по ошибке можно довольно легко принять за эпилептические, что обычно и делали раньше врачи. С целью получения дифференциального диагноза девочка была загипнотизирована, и у нее мгновенно возник припадок. На вопрос заданный ей: «Что ты сейчас видишь?», девочка отвечала: «Собаку, ко мне подбегает собака». Действительно, позже обнаружилось, что первый припадок подобного рода появился у девочки после нападения на нее одичавшей собаки. А немного спустя полный успех терапии окончательно подтвердил вынесенное нами диагностическое заключение.

Служащий одного из учреждений заболел истерией из-за жестокого обращения с ним шефа. Истерические припадки его проявлялись тем, что он резко падал на землю, бушевал, доходя до неистового состояния, причем больного никак не удавалось заставить что-либо вспомнить о спровоцировавшей ситуации, а по его движениям в припадке мы тоже не могли догадаться, какой эпизод прошлого он воспроизводит

перед нами. В гипнотическом сеансе удалось воспроизвести припадок, и больной ответил, что он заново переживает ту отвратительную сцену, когда шеф оскорблял его прямо на улице, а под конец даже ударил тростью. Несколько дней спустя после проведенного гипнотического сеанса пациент появился снова, он жаловался на то, что припадок повторился снова. На этот раз в гипнозе удалось выявить более позднюю сцену, пережитую больным, которая собственно и послужила последним толчком для возникновения истерии. Это была сцена в зале суда, когда ему так и не удалось получить сатисфакцию за нанесенное ему оскорбление, и т. д.

Да и во всех иных случаях именно воспоминания, которые как бы запускают истеричные припадки, являются теми причинами, которые изначально привели к формированию истеричных симптомов. Эти воспоминания всегда связаны с психическими травмирующими переживаниями, которым не удалось разрядиться до конца путем отреагирования или посредством интеллектуальной ассимиляции в работе ассоциаций. В обоих случаях мы видим почти полное или, во всяком случае, значительное отсутствие возможности для припоминания травмировавшего события в обычном состоянии сознания. Воспоминания эти становятся принадлежностью особого гипноидного состояния сознания, которое начинает ограничивать ассоциативную активность сознания. И лишь в процессе психотерапии их удастся обнаружить заново. Наш опыт лечения невротиков позволяет прийти к выводу,

что воспоминания о травматических событиях, которым во время болезни так легко удавалось провоцировать припадки, лишаются своей силы и патологического значения как только в гипнозе болезненное переживание доводится до отреагирования и последующей ассоциативной корректуры сознанием больного.

Истеричные нарушения моторики в определенной мере можно истолковывать как генеральную форму отреагирования «запредельного» аффекта, сопровождающего любое мучительное воспоминание (такая форма активности присуща уже младенцу, когда он бурными неупорядоченными движениями пытается выразить свое недовольство), а частично в них можно заметить и особые выразительные движения, присущие только этому конкретному воспоминанию. И все равно определенные грани в феномене истеричного припадка лишаются возможности нашего понимания. Особенную значимость истеричный припадок приобретает еще и потому, что, учитывая упоминавшуюся нами прежде теорию, в гипноидных состояниях у больных возникают целые группы представлений, в которых отсутствуют какие-либо ассоциативные связи с остальными психическими представлениями, и только между элементами самой недавно возникшей группы связи сохраняются; в гипноидном состоянии как бы образуется более или менее хорошо организованная рудиментарная структура второго (альтернативного) сознания, *condition seconde* («вторичное состояние» в переводе с французско-

го). Хронический истеричный симптом можно представить в виде вторжения этого вторичного состояния в процессы соматической иннервации¹⁰, обычно находящиеся под контролем сознания. Появление истеричных припадков свидетельствует о более высоком уровне, которое начинает занимать альтернативное сознание. Если они стали возникать совсем недавно, так называемая острая истерия, то тогда в такие моменты все психические процессы находятся под властью гипноидного сознания. А если это ставшие уже привычными повторяющиеся припадки, в которых еще содержится воспоминание, то это возвращение воспоминания. В свое время уже Шарко высказывал идею, что истеричный припадок можно рассматривать в виде рудиментарного образования альтернативного сознания. Во время припадка господство над всеми телесными проявлениями (иннервацией) переходит во власть гипноидного сознания. Как всем хорошо известно, нормальное сознание при этом не всегда отсутствует полностью. Оно даже может ощущать движения, появляющиеся во время припадка, хотя власть над психическими процессами ускользает от него. Для типичного проявления тяжелой формы истерии характерно то, что вначале в гипноидных состояниях формируется определенное количество представлений, которые, разросшись в достаточной степени, некоторое время спустя в период так называемой «острой истерии» захватывают власть над телесными проявлениями и даже над самой жизнью больного, вызывают при-

падки и хронические симптомы, а некоторое время спустя так же внезапно на какое-то время устраняют все патологические проявления. Если нормальная личность больного человека опять принимает господство над собой в свои руки, то опять же через какое-то время все, что продолжает сохраняться в виде гипноидных представлений, будет вновь возвращаться в форме истеричных припадков, погружая больного в прежние патологические состояния, которые легко поддаются различным влияниям, в том числе и новым травмам. Тогда часто образуется определенного рода равновесие между психическими группами представлений, имеющимися у одной и той же личности; припадок и нормальная жизнь идут нога в ногу, не оказывая никакого влияния друг на друга. Обычно припадок у истерика появляется спонтанно, наподобие того, как у нас всплывают воспоминания, но его можно и спровоцировать, подобно тому, как любое наше воспоминание можно заново пробудить, используя законы, управляющие ходом ассоциаций. Провокация припадка вызывается или раздражением истерогенных¹¹ зон или новым переживанием, находящим отклик у прежнего патогенного переживания из-за схожести с ним. Мы надеемся, что нам удастся показать, что между обоими на вид такими разными условиями нет существенной разницы, что в обоих случаях мы соприкасаемся со сверхчувствительными («гиперэстетическими») воспоминаниями. В других случаях это равновесие отличается очень большой лабильностью, при-

падок оказывается проявлением остатка гипноидного сознания, появляющегося тотчас, как только нормальный человек переутомляется и становится неработоспособным. Здесь недостаточно ограничиваться знанием того, что в подобных случаях припадок, выдавая свое первоначальное значение, может возвращаться в качестве бурной двигательной реакции.

Остается еще задачей дальнейшего исследования изучение того, какие же условия отвечают за то, что истеричная индивидуальность будет проявляться по-разному: то ли в припадках, то ли в хронических симптомах, а возможно, и в том, и в другом вместе.

5

Теперь становится ясно, почему удастся исцелять больных предлагаемым нами методом психотерапии. Ему удастся устранить неотреагированное в свое время психическое представление посредством того, что он позволяет связанному с этим представлением ущемленному аффекту полностью исчерпаться в беседе, в которой совершается ассоциативная корректура. Такая работа заключается в прокладывании путей к обычному сознанию (в состоянии легкого гипноза) или избавление от мучительного аффекта происходит под воздействием внушений врача, подобно тому, как это случается при сомнамбулизме, сопровождающимся амнези-

ей.

Мы считаем, что польза от применения нашего терапевтического метода огромна. Естественно, что мы не лечим истерию во время острых истеричных кризисов, мы ничего не можем поделать и с больным, находящимся в гипноидном состоянии. Да и в продуктивной (обремененной порождением новых симптомов) стадии истерии наш метод не может предотвратить того, что с таким большим трудом устраненные патологические феномены не будут внезапно замещены новыми. Но когда прошла острая стадия болезни, оставив о себе напоминание в виде устойчивых истеричных симптомов и припадков, тогда посредством применения нашего метода их удастся часто и навсегда устранять, так как он является здесь радикальным средством. Этим, на наш взгляд, данный психотерапевтический метод намного превосходит результативность прямого устранения симптомов посредством внушения, что обычно принято сегодня делать психотерапевтами.

Хотя открытием психического механизма истеричных феноменов мы сделали еще один шаг по пути, на который столь успешно впервые вступил Шарко, сумевший объяснить и экспериментально воспроизвести истерично-травматические параличи, не стоит скрывать, что посредством этого наше понимание лишь приблизилось к полной разгадке механизма истеричных симптомов, но вовсе не к их глубинной психической обусловленности. Мы всего-навсего сопри-

коснулись с вопросом этиологии истерии, ограничившись изучением причин появления ненаследственных (приобретенных) форм истерии, которые могут пролить свет на значение разных факторов, влияющих на формирование для образования этого невроза.

Вена, декабрь 1892 г.

Часть II

Истории больных

Глава 1

История фройляйн Анна О...

(Й. Бройер)

Анна О.¹², которой к началу заболевания (1880) был 21 год, была, по-видимому, отягощена наследственно невропатологическими заболеваниями, теми психозами, которые иногда появляются в больших семьях; но родители ее в этом отношении здоровы. Сама же больная раньше всегда была здоровой, без каких-либо признаков нервности за весь период развития; с очень высоким интеллектом, поразительным даром на разного рода выдумки и глубокой интуицией; ее удивительные логические способности могли перерабатывать солидную духовную пищу, они, попросту говоря, нуждались в таковой, но после окончания школы она перестала ее получать. Богатая поэтическая одаренность и склонность фантазировать находились под контролем очень острого и критичного рассудка. Именно он-то и делал Анну О. совершенно недоступной к внушениям; только логические аргу-

менты могли оказывать на нее влияние, а любые убеждения были бесполезны. Воля ее была крепкой, Анна О. отличалась большой выдержкой и выносливостью, по временам даже доходящей до упрямства. От своей цели она отказывалась только из желания получить одобрение других.

В характере ее обращали на себя внимание доброта и милосердие. Постоянно проявляемая ею забота и уход за бедными и больными послужили на пользу и ей самой во время ее болезни. Состраданием к бедам других Анна О. удовлетворяла одну из своих самых больших потребностей. Ее настроениям всегда была присуща некоторая склонность к чрезмерности, веселье и грусть соединялись вместе. А отсюда и присущая ей небольшая капризность. Поражало полное отсутствие каких-либо сексуальных интересов; больная, о жизни которой я был настолько хорошо осведомлен, как вряд ли это было доступно кому другому, никогда не испытывала любви; в громадном количестве ее галлюцинаций так ни разу и не всплыл сексуальный элемент душевной жизни.

Фройляйн Анна О., несмотря на переполнявшую ее духовную жажду, вела в пуританской семье родителей необычайно монотонную жизнь, которую она умудрялась скрасить особым образом, по-видимому, вообще характерным для ее болезни. Девушка систематически отдавалась сновидениям наяву, которые она называла личным «частным театром». В то время как окружающие люди считали, что она участвует в разговоре, она на самом деле жила духом своей сказочной

мечты, но всегда когда бы ее только не окликали, Анна О. легко отзывалась, так что никто не подозревал о том, что с ней происходило. Наряду с занятием домашним бытом, что она делала всегда безупречно, незаметно и почти непрерывно протекала ее духовная деятельность в виде неустанного фантазирования. Немного позже я сообщу о том, каким образом ее привычные здоровые грезы перешли в патологические.

Течение болезни распадается на несколько легко выделяемых фаз; таковыми будут следующие:

А) латентный инкубационный период, время зарождения болезни; он занял примерно полгода, с середины 1880 до, приблизительно, 10 декабря. Своеобразие излагаемого клинического случая предоставило возможность такого глубокого рассмотрения этой фазы, обычно лишенной нашего понимания, что уже только из-за одного этого случай Анны О. заслуживает нашего пристального внимания. Чуть позже я подробно изложу эту часть истории болезни;

В) проявившееся (манифестное) заболевание выдало себя особого рода психозом, парафазией¹³ (паралалией), конвергентным страбизмом (косоглазием), тяжелыми расстройствами зрения, контрактурами-параличами, полностью захватившими правую верхнюю и обе нижние конечности, а частично еще и левую верхнюю, парезом (ослаблением двигательных функций) затылочных мышц. Постепенное уменьшение контрактуры¹⁴ правосторонних конечно-

стей. Некоторое улучшение, прерванное пережитой в апреле тяжелой психической травмой в результате смерти отца. За этой фазой следует;

С) период продолжительного сомнамбулизма, позднее начавшего чередоваться с нормальным состоянием сознания. Сохранение симптомов до декабря 1881 года;

Д) постепенное исчезновение указанных патологических состояний и феноменов (период, длившийся до июня 1882 года).

В июне 1880 года заболевает отец пациентки, которого она страстно любила. Его не смогли вылечить от периплевритного абсцесса и в апреле 1881 года он умер. В течение первых месяцев болезни отца Анна О., со всей энергией своего молодого организма, отдалась уходу за больным. Никого не удивляло, что с каждым днем девушка все больше и больше измучивала себя. Никто, да возможно и сама больная, не догадывался о том, что происходило в ней. Но постепенно ее состояния слабости, анемии, отвращения к пище стали настолько болезненными и заметными, что пациентку были вынуждены удалить от ухода за отцом. Непосредственным поводом обращения ко мне был очень сильный кашель, в результате жалоб на который я и исследовал ее впервые. Это был типичный нервный *tussis*¹⁵. Вскоре у больной появилась выраженная потребность отдыхать в послеобеденное время, а по вечерам ее стало одолевать схожее со сном состояние, к которому чуть позже присоединилось сильное беспокойство.

В начале декабря возник конвергентный страбизм. Врач-окулист объяснил это (по ошибке) парезом отводящей мышцы. 11 декабря пациентка слегла в постель и оставалась там до 1 апреля.

Быстро сменяя друг друга, появлялись и исчезали, причем, по-видимому, впервые в жизни больной, множество тяжелых расстройств.

Левосторонняя боль в затылке; из-за беспокойства стал гораздо более выраженным конвергентный страбизм (диплопия – двоение изображения); жалобы на то, что на нее могут обрушиться стены (страх наклоненных пространств). Трудно диагностируемые расстройства зрения; парез передних шейных мышц, так что под конец голову можно было двигать лишь посредством того, что пациентка вдавливала ее назад между приподнятыми плечами и уже тогда передвигала голову вместе со всем туловищем. Контрактура (ограничение подвижности) и анестезия верхней правой конечности, а спустя некоторое время и правой нижней; эта конечность тоже вытягивается, становясь прямой и словно бы приковывается к телу, несколько выворачиваясь вовнутрь; позднее подобное происходит с левой нижней конечностью, а затем с левой рукой, но пальцы ее все еще до некоторой степени продолжают сохранять свою подвижность. Да и плечевые суставы с обеих сторон были не полностью обездвижены. Максимально выраженная контрактура была в мышцах предплечья, а когда позднее мы смогли поточнее выявить

зоны нечувствительности, наиболее нечувствительным оказался у пациентки район локтя. Вначале болезни нам не удалось достаточно точно выявить участки, лишенные кожной чувствительности. Это было связано с сопротивлением больной, вызванным имевшимися у нее страхами.

Вот в таком состоянии больной я принялся за лечение. Вскоре мне пришлось убедиться в наличии у нее явно выраженных изменений психического состояния. У пациентки существовало два совершенно разных состояния сознания, довольно часто и совершенно непредсказуемо сменявших друг друга; в ходе болезни эти состояния все дальше расходились друг от друга. В одном из них пациентка довольно хорошо ориентировалась в своем окружении, была печальна и боязлива, но относительно нормальна; в другом она испытывала галлюцинации, была «невоспитанна», т. е. ругалась, бросалась подушками в людей, поскольку и когда бы ни позволяли ей это сделать контрактуры, отрывала еще способными двигаться пальцами кнопки с белья и покрывала и много чего подобного. Если во время этой фазы в комнате происходили какие-либо изменения, кто-нибудь входил или выходил, то она жаловалась на то, что у нее нет времени, и тогда обнаруживались провалы в ее сознательных представлениях. Так как на все ее жалобы окружающие пытались отвечать успокаивающим обманом, говоря, что у нее все в полном порядке, то за каждым метанием подушек и прочими подобными действиями следовали новые жалобы, что ей

умышленно наносят вред, оставляя ее в таком смятенном состоянии и т. д.

Эти абсансы (периоды кратковременного отсутствия сознания) наблюдались еще до того, как она слегла в постель; в такие моменты речь ее останавливалась на середине фразы, она повторяла последнее сказанное ею слово, чтобы спустя короткое время опять продолжать свою речь дальше. Постепенно состояние больной больше и больше стало походить на описанную нами картину ее состояния. Во времена обострения болезни, когда контрактура захватывала и левую сторону, в течение всего дня она лишь на короткое время в какой-то мере становилась нормальной. Но и в эти моменты относительно ясного сознания она не была полностью избавлена от расстройств; молниеносные смены настроения от одной крайности в другую, мимолетная веселость, обычно нелегко переносимые состояния сильной тревоги, упорное сопротивление по отношению к любым терапевтическим мероприятиям, видение страшных галлюцинаций, в которых царили черные змеи, их она видела в своих волосах, на шнурках и т. п. И при этом она еще умудрялась успокаивать себя, что нельзя же быть до такой степени глупой, что это всего-навсего ее волосы и т. д. В периоды совершенно ясного сознания она жаловалась на полный мрак в голове, на то, что она не способна думать, что вскоре станет слепой и глухой, что в ее душе присутствуют два Я, Я – истинное и Я – другое, плохое, принуждающее ее совершать что-то злое и т. д.

После обеда она находилась в сомноленции (патологическом состоянии сонливости), заканчивавшейся обычно только спустя примерно час после захода солнца, тогда пациентка просыпалась, жаловалась на то, что ее что-то мучает, но чаще всего она просто монотонно повторяла один и тот же глагол: мучать, мучать...

Одновременно с появлением контрактур наступила глубокая, функциональная дезорганизация речи. Вначале было заметно, что больной явно не хватает запаса слов, постепенно это становилось все более очевидным. Ее речь начала терять грамматическую стройность, стали искажаться синтаксические конструкции, появились ошибки, связанные со спряжением глаголов, а под конец она вообще перешла к использованию единственной формы – неопределенной формы глагола (инфинитива), причем, естественно, делала она это с ошибками, а уж об артиклях так и говорить не стоит. В ходе дальнейшего развития заболевания пациентка стала почти целиком забывать слова. Она пыталась с огромными усилиями сконструировать предложение, привлекая на помощь четыре-пять разных языков, теперь ее вряд ли было можно понять. И даже когда она пыталась передать свои мысли письменно (когда этому еще не мешала контрактура), она использовала тот же самый неперевариваемый жаргон. Две недели подряд у нее сохранялся мутизм¹⁶, и как ни пыталась она произнести хотя бы одно слово, из уст ее не раздавалось ни единого звука. Именно тогда и стал мне впервые

понятен психический механизм ее расстройства. Насколько я смог выяснить, она была чем-то обижена и в отместку решила молчать. Когда я это разгадал, и мне удалось разговаривать пациентку, то этим была устранена и помеха, которая прежде делала невозможной для нее речь.

По времени это совпало с возвратившейся подвижностью в левосторонних конечностях (март 1881 года). Парафазия отступила, но теперь она говорила только по-английски, по-видимому, и сама не догадываясь о том, что говорит на иностранном языке; она бранилась с сиделкой, которая, конечно же, не понимала ни слова в том, что произносила больная; лишь спустя несколько месяцев мне удалось убедить ее в том, что она говорит по-английски. Сама она каким-то образом умудрялась понимать свое окружение, говорящее на родном языке. И только в моменты испытываемого ею сильного страха, ее речь полностью пропадала или же становилась совершенно непонятной из-за смешения совершенно разных идиом. В наиболее приятные для себя часы Анна О. говорила по-французски или по-итальянски. Но находясь в одном из этих состояний (когда она говорила на этих языках или на английском), она ничего не могла вспомнить о другом, о котором у нее была полная амнезия. Постепенно уменьшился страбизм, ставший появляться лишь в минуты особенно большого волнения, мышцы вновь стали послушны пациентке. 1 апреля Анна О. впервые за долгое время оставила постель.

И тут 5 апреля умирает обожаемый ею отец, которого во время своей болезни она могла видеть лишь изредка, да и то только на короткие мгновенья. Из всех существующих на свете потрясений, это было для Анны О. самым ужасным. Первоначальное неистовое возбуждение сменилось глубоким ступором (состояние психической и двигательной заторможенности), который длился около двух дней; из него она вышла совершенно другим существом. Она выглядела намного более спокойной, чем обычно, ее тревожность заметно ослабла. Контрактура правой руки и ноги не исчезла, так же как и не пропала незначительно выраженная потеря чувствительности в этих членах. Поле зрения было значительно сужено. Из всего спектра цветов, которые приводили ее в удивительно радостное настроение, она способна была воспринимать одновременно только по одному цвету. Пациентка жаловалась, что не узнает людей. Обычно же она легко запоминала лица, для чего ей не требовалось никаких усилий. Сейчас ей приходилось прибегать к очень хлопотливой «recognising work» (в переводе с английского «работа по узнаванию»), говоря самой себе примерно следующее, да, нос у него такой, волосы такие, следовательно, это должен быть господин такой-то. Все люди превратились для нее в какое-то подобие восковых фигур, не имеющих к ней никакого отношения. Присутствие некоторых близких родственников стало для нее необычайно мучительным, а этот «негативный инстинкт» к тому же разрастался все больше и боль-

ше. Если в комнате появлялся кто-то из тех людей, кого Анна О. раньше встречала с огромной радостью, то теперь она разделяла с ним общество лишь на короткое время, чтобы затем опять погрузиться в свои раздумья, человек для нее исчезал. И только меня она никогда не теряла из своего поля зрения. Когда бы я ни появился, она неизменно проявляла ко мне участие, сразу становясь оживленной при моем обращении. И только при совершенно неожиданно появлявшихся галлюцинаторных абсансах этот контакт прерывался.

Теперь она говорила только по-английски и уже ничего не понимала из того, что ей говорили на родном (немецком) языке. Все ее окружение должно было изъясняться на английском и даже сиделки в какой-то мере научились с этим справляться. Но читала пациентка только французские и итальянские книги, а когда какое-либо место ей нужно было прочесть вслух, то делала она это с вызывающей восхищение легкостью и свободой, это был удивительно точный перевод прочитанного с листа на английский язык.

Она опять начала писать, но делала это на особый манер. Она писала сохранявшей подвижность левой рукой, выискивая в имеющемся у нее издании Шекспира антикварные типографские буквы.

Если ранее она еще принимала хотя бы минимальное количество пищи, то теперь она полностью отвергала любую пищу, позволяя мне кормить себя, так что, несмотря ни на что, она быстро набирала вес. И лишь хлеб она категориче-

ски отказывалась есть. После кормления Анна О. никогда не забывала умыться рот, причем делала она это даже тогда, когда по какой-либо причине она ничего не ела; это было знаком того, насколько безразличен для нее был сам процесс еды.

Сомнолентия после обеда и глубокий ступор после заката солнца продолжали сохраняться и далее. А когда пациентка была способна высказываться (я еще буду говорить подробнее об этом), то ее сознание становилось ясным, а сама она спокойной и веселой.

Но это относительно сносное состояние продолжалось не особенно долго. Спустя примерно 10 дней после смерти отца к пациентке был приглашен врач-консультант. Во время моего рассказа об особенностях ее состояния она полностью игнорировала присутствие консультанта, поступая с ним так, как это делала со всеми незнакомыми ей людьми. «That's like an examination» (это словно экзамен), сказала она смеясь, после того как я попросил ее прочесть нам французский текст на английском языке. Попытался вмешаться и приглашенный врач, желая обратить на себя ее внимание, чтобы она наконец-то его заметила, но все наши усилия были напрасны. Это (незамечание присутствия другого человека) была поистине «негативная галлюцинация», которую можно было легко воспроизводить в любое время. Наконец, врачу удалось сломить ход событий, пустив пациентке в лицо целый столб дыма от сигары. Внезапно Анна О. увидела перед собой чужого человека, она ринулась к двери, чтобы вытащить ключ

и без чувств упала на пол; а далее последовал небольшой гневный взрыв, который сменил приступ страха, и лишь с большим трудом мне удалось устранить у пациентки ее тревогу. К несчастью, я должен был уезжать в тот же самый вечер, а когда вернулся через несколько дней, то состояние больной стало намного хуже. Все это время она соблюдала пост, испытывая постоянную тревогу. У нее было множество галлюцинаторных абсансов с ужасающими образами в виде голов мертвецов и пугающими скелетами. Так как, переживая это, пациентка чаще всего драматически воссоздавала виденное ею и даже вступала с виденными ею образами в прямой разговор, то окружающие люди были хорошо осведомлены о содержании ее галлюцинаций. После обеда сомноления, на закате солнца она погружалась в особое состояние, напоминающее глубокий гипноз. Для этого состояния Анна О. даже придумала особый технический термин «clouds» (витание в облаках). Если ей удавалось рассказать о виденных ею в течение дня галлюцинациях, то после этого она становилась удивительно спокойной и веселой, принималась за работу, рисовала и писала в течение всей ночи, причем делала она все это совершенно разумно; а около 4 часов утра шла в постель, чтобы утром опять старая сцена начиналась заново. Обращала на себя внимание удивительная противоположность между двумя ее состояниями: невменяемой больной, охваченной днем устрашающими галлюцинациями, и девушкой, пребывающей по ночам в ясном созна-

нии.

Однако, несмотря на всю эйфорию Анны О., испытываемую ею по ночам, психическое состояние ухудшалось с каждым днем. Появилась большая готовность к самоубийству, что сделало нецелесообразным нахождение больной на четвертом этаже. Поэтому больная, несмотря на ее нежелание, была переведена в загородный дом в пригороде Вены (7 июня 1881 года). Я никогда не угрожал пациентке удалением из домашней обстановки, удалением, которому она отчаянно сопротивлялась, тихо этого ожидая и боясь. В этой ситуации удаления из привычной ситуации стало хорошо заметно, насколько же сильно была выражена тревога у Анны О. Точно так же, как спустя какое-то время после смерти отца у больной наступило успокоение, после того как произошло то, чего больная опасалась, – ее удаление из родительского дома, Анна О. успокоилась. Конечно, это не обошлось без того, чтобы переезд на новое место не отнял у нее три дня и три ночи, в течение которых она пыталась прийти в себя, обходясь совершенно без сна и без пищи, бесконечно пытаясь покончить с собой (конечно, в условиях дачи это было совершенно безопасно), разбивая стекла на окнах и т. п., испытывая галлюцинации без абсанса, эти галлюцинации нисколько не были похожи на прежние. Спустя 3 дня она успокоилась, позволила сиделке накормить себя, а вечером даже приняла хлорал (снотворное).

До того, как я начну описывать дальнейшее течение бо-

лезни, я должен возвратиться назад и показать своеобразие этого клинического случая, о чем я до сих пор поведал только мимоходом.

Я уже говорил, что за весь описанный период болезни каждый раз после обеда Анна О. впадала в сомнолению, переходившую на закате солнца в глубокий сон (clouds). (Эта периодичность, по-видимому, лучше всего объясняется обстоятельствами ухода за больным отцом, чему она месяцами отдавалась с огромным усердием. Тогда ночами пациентка бодрствовала, внимательно прислушиваясь к каждому движению отца, и, полная тревоги за его здоровье, лежала без сна в своей постели; после обеда больная ложилась на некоторое время отдохнуть, как это обычно и принято среди сиделок; этот ритм ночного бодрствования и дневного сна, вероятно, незаметным образом проскользнул и в период ее собственной болезни, продолжая существовать даже тогда, когда сон давным-давно сменился гипнотическим состоянием). Если сопор¹⁷ (глубокое помрачение сознания) продолжался почти час, то пациентка становилась беспокойной, переворачивалась с боку на бок, постоянно выкрикивала: «Мучить, мучить», всегда делая это с закрытыми глазами. С другой стороны, было хорошо заметно, что в своих дневных абсансах Анна О. всегда пыталась изобразить какую-либо ситуацию или историю, о содержании которых можно было догадываться по отдельным словам, которые бормотала пациентка. Происходило и такое. Кто-то из близких людей наме-

ренно (в первый раз это произошло совершенно случайно) бросал одно из таких ключевых словечек в те периоды, когда пациентка начинала заговаривать о «мучениях», – и Анна О. тотчас включала подброшенное слово в существовавшую в ее воображении ситуацию, вначале запинаясь на своем паразном жаргоне, но чем дальше, тем все ровнее и свободнее лилась речь больной, пока наконец пациентка не начинала говорить на абсолютно корректном немецком языке (в первое время болезни, еще до того, как она оказалась полностью в плену английского языка). Истории, создаваемые находящейся в глубоком трансе пациенткой, всегда были прекрасны, иногда даже поражая слышавших их людей, чем-то напоминая «Детскую иллюстрированную книгу без картинок» Андерсена, а вероятно, и создавались они по образу и подобию книги знаменитого сказочника; чаще всего исходным и центральным пунктом всей истории была девушка, в тревоге находящаяся у постели больного; но появлялись и совершенно противоположные мотивы, которые искусно вуалировались. Вскоре после рассказанной ею истории Анна О. просыпалась, по-видимому, успокоенная ходом выдуманной истории – сама пациентка называла такое свое состояние «приятием» (приятностью). Позже, ночью, пациентка опять становилась беспокойной, а утром, после двухчасового сна, было ясно как божий день, что она находится в совершенно другом круге представлений. Если Анне О. не удавалось в вечернем гипнозе рассказать до конца всю создаваемую ею

историю, то вечернее умиротворенное настроение не появлялось, и на следующий день, чтобы улучшить свое состояние, ей приходилось рассказывать две истории.

В течение всего полуторалетнего периода наблюдения за пациенткой основные проявления ее болезни оставались теми же самыми: частые и тяжелые абсансы в вечерних аутогипнотических состояниях, действенные продукты фантазии в качестве психических стимулов для активности, смягчение, а то и временное устранение симптомов после использования возможности выговориться в гипнозе.

Естественно, что после смерти отца, рассказываемые Анной О. истории стали еще более трагичными, резко бросалось в глаза ухудшение психического состояния пациентки, последовавшее за мощным вторжением в ее жизнь сомнамбулизма, о котором я только что рассказывал, отчеты пациентки перестали иметь более (или) менее свободный поэтический характер, превратившись в ряд ужасных, пугающих галлюцинаций, о содержании которых можно было догадываться еще днем по поведению больной. Я уже успел рассказать о том, насколько искусно освобождалась ее душа от потрясений, вызванных галлюцинациями, страхом и ужасом, после того как Анне О. удавалось воспроизвести все виденные ею ужасные образы и выговориться до конца.

На даче, на которую у меня не было возможности ездить каждый день, чтобы посещать больную, события развивались следующим образом: я приезжал по вечерам в те пери-

оды, когда, как я знал, она находилась в аутогипнотическом состоянии, и выслушивал новый ряд химер (фантазмов), накопившихся у нее со дня моего последнего посещения. Для достижения хорошего эффекта, пациентка должна была выговориться до конца: тогда она успокаивалась, на следующий день была любезной, послушной, прилежной – ну, просто само веселье. Но на второй день все изменялось: Анна О. становилась более капризной, упрямой и неуправляемой, что еще больше усиливалось в третий день. Когда она находилась в таком состоянии, то ее, даже в гипнозе, не всегда удавалось побудить выговориться до конца. Для последней процедуры пациентка придумала хорошо подходящее, толковое название «talking cure» (лечение посредством разрешением выговориться), шутливо называя это «chimney-sweeping» (прочистка труб). Анна О. хорошо знала, что после того, как сможет выговориться, она потеряет всю свою строптивость и «энергию». Когда пациентка после долгого отсутствия таких спонтанных «процедур» исцеления пребывала в дурном настроении и отказывалась от речи, тогда мне приходилось добиваться откровений Анны О. при помощи принуждений и просьб, а также некоторых искусственных приемов, наподобие проговаривания в ее присутствии каких-либо стандартных начальных фраз из уже рассказанных ею историй. Но никогда пациентка не начинала говорить, хорошенько не убедившись в моем присутствии путем тщательного ощупывания моих рук. В ночи, в которые успокое-

ния у пациентки так и не наступало, после предоставления ей возможности выговориться приходилось еще прибегать к назначению хлоралгидрата (снотворного средства, оказывающего свое влияние в течение 6–8 часов; разовая доза 0,5–1 грамм, а максимальный суточный прием – 6 грамм); но постепенно необходимость в этом стала меньше.

Исчез сомнамбулизм, продолжавшийся в течение долгого времени, хотя чередование двух состояний сознания сохранялось. В середине разговора у Анны О. могли возникнуть галлюцинации, тогда она начинала убегать, пыталась вскарабкаться на дерево и т. п. Если ее удавалось задержать, то спустя короткое время она продолжала оборванное на полуслове предложение, как бы не замечая того, что произошло в промежутке. Ко всем этим галлюцинациям она возвращалась позже, в гипнозе.

В общем, можно было сказать, что в состоянии Анны О. наметились улучшения. Она могла хорошо есть, без всякого сопротивления позволяя сиделке вводить пищу в рот, и только хлеб, несмотря на желание есть, пациентка отталкивала всякий раз, как только он соприкасался с ее губами; существенно уменьшились контрактуры-парезы ноги; пациентка наконец-то смогла по достоинству оценить и крепко привязаться к еще одному врачу, посещавшему ее – моему другу доктору Б. Немалую помощь в выздоровлении оказывал и ньюфаундленд, которого Анна О. получила в подарок и страстно полюбила. Действительно, надо было видеть, как

эта слабая девушка храбро брала в левую руку кнут и отстегивала им огромного зверя – своего любимца ради того, чтобы спасти его жертву, кошку, на которую он набросился. Несколько позже пациентка стала уделять много внимания бедным и больным людям, что было несомненно полезно для нее.

Наиболее явное доказательство патогенного, возбуждающего влияния на абсансы с их особым миром представлений, созданным альтернативным сознанием, а также устраняемости патологического состояния после предоставления пациентке возможности выговориться в гипнозе, я получил после моего возвращения из отпуска, когда я не видел Анну О. в течение нескольких недель. Никакого «talking cure» за это время не было, так как больную невозможно было побудить рассказывать ее истории кому-либо, кроме меня, не удалось это и доктору Б., которому во всем другом девушка охотно подчинялась. Я нашел Анну О. в печальном и подавленном настроении, она стала ленивой, строптивой, капризной и даже озлобленной. В ее вечернем рассказе было заметно, что фантазийно-поэтическая жилка, столь сильно присущая ей, по-видимому, начала иссыхать. То, что поведала пациентка, больше напоминало отчет об имеющихся у нее галлюцинациях и о том, что злило ее в течение прошедших дней; элементы фантазии, которые встречались в ее рассказе, больше напоминали прочно занявшие свое место клише, чем что-то, имеющее какое-либо отношение к поэзии. Более сносное со-

стояние наступило у пациентки лишь после того, как я позволил ей съездить на неделю в город и в течение нескольких вечеров принуждал ее рассказывать мне истории (их набралось 3–5). Когда это было уже позади, то оказалось, что мы обсудили с Анной О. все, что накопилось за недели моего отсутствия. Появился прежний ритм в настроении пациентки. На следующий день после использованной возможности выговориться Анна О. была любезной и веселой, на второй – более раздраженной и неприступной, а уж на третий день ну просто «отвратительной». Ее эмоциональное состояние находилось во власти времени, которое вело свой отсчет с момента предоставленной возможности выговориться. Любое патологическое образование, созданное фантазией пациентки, и любой факт, выхваченный болезненной частью ее души, продолжали оказывать свое действие до тех пор, пока Анна О. не рассказывала о них в гипнозе, после чего она полностью избавлялась от их болезненного влияния.

Когда осенью пациентка снова вернулась в город (но уже в другую квартиру, не в ту, в которой она заболела), то состояние ее было вполне сносным, причем как физически, так и душевно; и лишь только некоторые, с особой силой захватывающие ее переживания, могли превратиться в патологические психические раздражители. У меня были большие надежды на постепенное улучшение состояния Анны О. в результате предоставляемой ей возможности выговориться, что должно было защитить ее психику от тяжелых пе-

регрузок новыми раздражителями. Но в самом начале меня постигло разочарование. В декабре психическое состояние Анны О. резко ухудшилось, она была сильно возбуждена, ею завладел пессимизм, она вряд ли бы смогла отыскать хоть один сносный день, хотя внешне пыталась ничем не выдать свое состояние. В конце декабря, в рождественские праздники, она испытывала особенно сильное беспокойство, во всю неделю ничего нового от нее я не услышал, разве что только рассказ о химерах, которые она тщательно создавала в праздничные дни 1880 года под воздействием испытываемых ею сильных аффектов страха. После того, как пациентка смогла рассказать о целой серии подобных образов, у нее наступило огромное облегчение.

Прошел год с тех пор, как ее удалили от ухода за отцом, и она вынуждена была сама слечь в постель. Вот в это время и прояснилось, упорядочилось состояние Анны О. Оба чередующихся друг с другом состояния сознания существовали так, что утром, с началом дня, учащались абсансы, т. е. доминировало альтернативное сознание, а по вечерам так вообще только оно одно и существовало. Теперь же все было иначе, если раньше в одном из состояний сознания она была нормальной, а в другом имела психопатологические синдромы, то теперь различия имели совершенно иной характер. В первом из состояний она жила, как и все мы в зиму 1881–1882 года, а во втором – как бы заново проживала зиму 1880–1881 года, причем тогда складывалось впечатление,

что она полностью позабыла все, что произошло потом в течение целого года, чаще всего здесь присутствовало сознание того, что отец умер. Это перемещение по времени в прошедший год происходило настолько интенсивно, что находясь в новой квартире, она посредством галлюцинаций воссоздавала свою прежнюю комнату; когда она хотела подойти к двери, то натыкалась на печь, которая точно также располагалась по отношению к окну, как в прежней квартире дверь. Переход из одного психического состояния в другое происходил спонтанно и с необычайной легкостью, достаточно было одного мимолетного впечатления, напоминающего в памяти живые события прошедшего года. Можно было просто подержать перед ней апельсин (основная ее пища в течение начального периода заболевания) и она полностью переносилась из года 1882-го в год 1881-й. Это перемещение в прошедший год происходило вовсе не случайным образом, день за днем пациентка последовательно проживала прошлую зиму. Я мог бы считать это всего-навсего гипотезой, если бы Анна О. сама на ежевечерних гипнозах не перебирала всего того, что взволновало ее именно в этот день ровно год назад, и если бы не было личного дневника матери за 1881 год, из которого легко убедиться в точности упоминаемых пациенткой событий и дней. Возобновление переживаний прошедшего года продолжалось вплоть до полного исцеления от болезни (июнь 1882 год).

Интересно было замечать, как заново переживаемые в

альтернативном сознании психические события не упускали возможности оказать влияние на ее нормальное сознание.

Однажды утром больная, смеясь, сказала мне, что не знает почему, но злится на меня; зная содержание дневника матери, я хорошо понимал, что она имеет ввиду. Позже в вечернем гипнозе это действительно подтвердилось. В такой же точно календарный день вечером в 1881 году я чем-то очень сильно рассердил пациентку. В другой же раз она сказала, что с ее глазами происходит что-то необычное, что она неправильно воспринимает цвета. Но оказалось, что в тесте на различение цветов она все видит четко и правильно, расстройство зрения относилось только к материалу ее одежды. Причиной же было то, что в те дни в 1881 году (год назад) пациентка много времени отдавала работе с шлафроком (домашним халатом) отца, который был из такого же материала, только другого, синего цвета. Было также хорошо заметно, что эти всплывшие воспоминания прежде всего начали мешать работе нормального сознания, и лишь постепенно их влияние стало сказываться и на альтернативном сознании.

Вечерние гипнозы довольно сильно обременяли пациентку уже тем, что ей приходилось вести рассказ не только о новоиспеченных химерах, но и о переживаниях и «мистике», относящихся к 1881 году (к счастью, в то время уже были устранены химеры 1881 года). Эта проводимая пациенткой и врачом работа была необычайно большой из-за наличия особого рода расстройств, которые также приходилось

устранять, я имею тут в виду психопатологические проявления самого начального периода болезни с июля по декабрь 1880 года, те явления, которые привели к появлению истеричных феноменов. После того как пациентке была дана возможность выговориться симптомы эти исчезали.

Я был просто поражен, когда после ненамеренного рассказа пациентки, находившейся в вечернем гипнозе, о мучащем ее симптоме, он внезапно исчез, несмотря на то, что существовал довольно длительное время. Она рассказывала о лете, стояла необычайная жара, пациентка ужасно страдала от жажды, и все из-за того, что безо всякого видимого повода вдруг возникли проблемы с утолением жажды. Как только ее губы соприкасались со столь желанным для нее стаканом воды, она резко отталкивала его от себя, словно бы страдала гидрофобией. Очевидно, в эти секунды она находилась в абсансе. Утолить мучившую ее жажду в какой-то степени удавалось только фруктами, арбузами и т. п. Такое продолжалось около 6 недель. Как-то в гипнозе она стала говорить о своей англичанке-компаньонке, которую явно недолюбливала. С явным выражением отвращения пациентка рассказывала, что вошла к ней в комнату и увидела как маленькая собачка компаньонки, отвратительнейшая собачка, пила из стакана. Тогда она ничего не сказала, так как не хотела показаться невежливой. Какое-то время после рассказанной ею истории пациентка еще предавалась проявлению бушевавшей в ней злобе, затем попросила попить, без вся-

ких препятствий выпила несколько стаканов воды и вышла из гипноза, держа стакан возле губ. Вот так навсегда исчез ее симптом. Таким же образом исчезали и другие ее закоренелые причуды, было достаточно всего-навсего рассказать о том событии, которое действительно послужило для них поводом. Но самым большим достижением было исчезновение под воздействием такой процедуры первого устойчивого симптома – контрактуры правой ноги, хотя она уже до того значительно уменьшилась. Истеричные симптомы пациентки сразу же исчезали, стоило только в гипнозе воспроизвести событие, спровоцировавшее появление симптома в первый раз. Вот из таких-то наблюдений и была создана терапевтическая техника, безупречная в отношении логичности, последовательности и систематичности. Внимание уделялось каждому отдельному симптому этой порядочно запутанной болезни, всем поводам, которые могли спровоцировать их появление. Рассказ о них начинался в обратном по времени порядке, начиная с тех дней, когда пациентка слегла в постель и обратно до тех событий, которые послужили поводом для их первого возникновения. Если удавалось об этом рассказать, то симптом исчезал бесследно и навсегда.

Так были «отговорены» контрактуры-парезы и исчезновение кожной чувствительности, различного рода расстройства зрения и слуха, невралгии, нервные кашель и дрожь и т. п., а под конец расстройства речи. Например, по отдельности исчезали следующие расстройства зрения: конвергент-

ный страбизм с двоением предметов; кошение обоих глаз вправо, так что хватающая рука всегда оказывалась левее предмета; сужение поля зрения; центральная амблиопия¹⁸; макропсия¹⁹; видение вместо отца головы мертвеца; невозможность читать. И только к некоторым феноменам, появившимся уже в постельный период, не удалось применить такой подход, например к распространению контрактуры-пареза на левую сторону; по-видимому, он не имел под собой никаких прямых психических поводов.

Совершенно безуспешными оказались все попытки ускорить дело посредством того, что пытались напрямую пробудить в воспоминаниях пациентки первый повод для появления симптома. Она не могла его отыскать, впадала в замешательство, и лечение шло даже медленнее, чем в том случае, когда больной позволяли спокойно и безопасно разматывать до конца подхваченную ею нить воспоминаний. Лечение посредством вечерних гипнозов происходило слишком уж медленно из-за того, что пациентка во время процесса «выговаривания» была вынуждена отвлекаться на две другие серии тревожащих ее психических феноменов. Да и сами воспоминания, по-видимому, нуждались в определенном количестве времени, чтобы успевать появляться в первоначальной яркости. Поэтому сформировалась следующая процедура лечения. Я заходил к пациентке утром, гипнотизировал ее (опытным путем были найдены очень простые гипнотические техники), а когда она успевала достаточно скон-

центрироваться на мыслях об очередном симптоме, то спрашивал ее о жизненных обстоятельствах, в которых он появился впервые. В быстрой последовательности посредством небольших ключевых фраз пациентка перечисляла внешние поводы, которые я тут же записывал. А на вечернем гипнозе при поддержке сделанных мной записей, больная довольно подробно описывала конкретные обстоятельства появления симптома. О том насколько исчерпывающей была эта информация, можно судить хотя бы по следующему примеру. Частенько бывало так, что пациентка не слышала, когда к ней обращались. Эту временную «глухоту» можно разделить на такие группы:

А) незамечание того, что кто-то вошел в комнату; здесь мной подробно зарегистрировано 108 случаев; приведены обстоятельства, лица, а часто и даты; первым в списке упоминается отец;

В) неумение разобрать слова, когда несколько человек говорят одновременно; 27 случаев; первым в списке опять стоит отец и один человек из знакомых пациентки;

С) настолько сильный уход в себя, что незамечание того, что обращаются непосредственно к ней; 50 раз; самое первое воспоминание, относящееся сюда – отец просит ее принести вина;

Д) наступающая из-за тряски (в вагоне и т. п.) глухота; 15 раз; первый случай в списке – выследив пациентку, когда та ночью подслушивала у двери в комнату больного, младший

брат трясет ее негодуя;

Е) временная глухота, наступающая в качестве реакции после сильного испуга из-за внезапного шороха; 37 раз; первый случай – приступ удушья у отца, когда он подавился;

Ф) глухота, наступающая в состоянии глубокого абсанса, 12 раз;

Г) глухота из-за столь упорного и усиленного прислушивания к тому, что говорят, что под конец, когда к ней кто-то обращался, она уже ничего не слышала; 54 раза.

Конечно, все эти феномены большей частью схожи между собой. Их, например, можно свести к проявлению рассеянности в состоянии абсанса или аффектам испуга (ужаса). Но в воспоминаниях больной эти явления были столь четко разделены на отдельные категории, что стоило ей здесь где-нибудь сбиться, как у нее возникала потребность заново восстановить нарушенный порядок, иначе дело так и застревало. Многочисленные подробности ввиду их незначительности, а также удивительная точность при их рассказывании наводили на подозрение о надуманности. Многое из рассказанного невозможно было проверить, так как оно относилось к субъективным, внутренним переживаниям. А некоторые обстоятельства, с которыми было связано появление симптомов, удалось вспомнить окружающим пациентку людям.

Здесь не происходило ничего нового по сравнению с «отговариванием» симптомов. Упоминаемое пациенткой психопатологическое явление само начинало ярко выступать на

передний план. Например, во время анализа эпизодов глухоты пациентка в столь большой степени переставала меня слышать, что по временам для продолжения общения с ней мне приходилось прибегать к запискам. И всегда поводом для появления таких эпизодов был какой-либо сильный ужас, пережитый ею во время ухода за отцом, или непростительное упущение, проявленное с ее стороны и т. п.

Припоминание прежних событий не всегда шло гладко, иногда больной приходилось делать для этого огромные усилия. А однажды так вообще дело застопорилось на большой период. Никак не желало появляться одно из воспоминаний; оно относилось к пугающей пациентку галлюцинации: вместо привычного образа отца, за которым ухаживала пациентка, она видела голову трупа. Анна О. и окружающие ее люди вспомнили как однажды, когда она еще была совершенно здоровой, пациентка пошла навестить одну из родственниц, открыла двери ее квартиры и тотчас упала в обморок. Чтобы справиться с этим, Анна О. поехала теперь еще раз туда, но, как и прежде, рухнула без сознания на пол, только и успев переступить порог комнаты. В вечернем гипнозе было обнаружено и устранено препятствие: входя в комнату родственницы, в стоящем напротив зеркале пациентка увидела свое бледное лицо, и даже не свое, а отца – голову трупа. В работе с Анной О. часто оказывалось так, что страх перед тем, что воспоминания могут выдать что-то очень тайное, сдерживал их появление, так что пациентке или врачу приходи-

лось прибегать к дополнительным усилиям.

Насколько сильна была логика ее внутренней психической жизни, может убеждать среди всего прочего следующее событие. Как уже было замечено, по ночам пациентка неизменно пребывала в «альтернативном сознании» – то есть переносилась в 1881 год. Как-то ночью она проснулась, утверждая, что ее сейчас увезут из дому, пришла в неопишное возбуждение, переполошившее весь дом. А причина ее состояния была весьма проста. В предыдущий вечер посредством «talking cure» у пациентки удалось устранить зрительные расстройства (это относилось и к альтернативному сознанию). Проснувшись в середине ночи, пациентка обнаружила себя в незнакомой для нее комнате, так как весной 1881 года семья сменила квартиру. Подобные неприятные переживания устранялись посредством того, что по вечерам (по ее просьбе) я закрывал ей глаза, внушая, что она не сможет их открыть, пока я сам не сделаю этого утром. Подобный переполох в доме повторился еще только один раз, когда пациентка сильно разрыдалась во сне и, проснувшись, открыла глаза.

Так как хлопотливый анализ симптомов приводил к событиям, относящимся к лету 1880 года, когда только-только зарождалось заболевание пациентки, я смог получить довольно полное представление об инкубационном периоде и патогенезе описываемого случая истерии, что и хочу здесь вкратце изложить.

В июне 1880 года, находясь на даче, отец тяжело заболел первичным гнойным плевритом; ухаживали за ним мать и Анна. Однажды ночью пациентка проснулась в большой тревоге и нетерпении из-за ожидавшегося прибытия из Вены хирурга, который должен был оперировать отца. Мать вышла на некоторое время и Анна О. осталась одна у постели больного. Пациентка сидела, опираясь правой рукой о подлокотник стула. Анна О. находилась в состоянии грез наяву, она видела, как черная змея со стены приблизилась к больному, чтобы его укусить (вполне возможно, что на лугу за домом действительно обитало несколько змей, которые еще раньше пугали девушку, а теперь стали материалом для переживаемых ею галлюцинаций). Она хотела защититься от опасности, но была словно парализована; правая рука, свисавшая через подлокотник, «застыла» и онемела, присмотревшись же попристальней, девушка с ужасом увидела, как ее пальцы превращаются в маленьких змей с головами мертвецов (на месте ее ногтей). Скорее всего, девушка попыталась прогнать змей парализованной правой рукой, потому и совпадает в ассоциациях онемение и паралич этой руки с галлюцинациями о змеях. Когда змеи исчезли, пациентка, продолжая находиться в состоянии испытываемого ею ужаса, захотела помолиться, но язык не слушал ее, она не могла вымолвить ни одного слова ни на каком языке, пока наконец ей не удалось продекламировать английский детский стишок. С тех пор она могла думать и молиться только на этом языке.

Гудок локомотива, привезшего долгожданного врача, прервал суматоху в доме. Когда на следующий день пациентка потянулась, чтобы достать из кустов обруч, случайно попавший туда во время игры, то наклонившаяся ветка опять спровоцировала у пациентки галлюцинацию змей, и тотчас правая рука вытянулась и одеревенела. Такое стало теперь повторяться постоянно, как только находился более или менее подходящий объект для провоцирования появления галлюцинаций – достаточно было лишь отдаленного сходства со змеей. Но, подобно контрактуре, возникали они лишь в короткие периоды абсансов, которые становились все более частыми после той злополучной ночи. (Постоянной эта контрактура стала только в декабре, когда полностью обессиленная пациентка не могла больше покидать постель). По какой-то причине к контрактуре руки присоединилась контрактура правой ноги. Упоминания о причине я не нахожу в своих записях, а все события, относящиеся к новому симптому, я запомнил.

Теперь у пациентки появилась склонность аутогипнотически впадать в абсансы. В следующий (за ночью ожидания хирурга) день пациентка настолько погрузилась в себя, что уже не слышала того, как в комнате появился врач. Неослабевающее тревожное состояние пациентки создавало помехи для приема пищи, а дополнительно у Анны О. постепенно начало формироваться чувство отвращения. Все конкретные истеричные симптомы обычно возникали у нее на фоне

переживания сильных эмоций. Так и осталось не совсем ясно, появлялись ли они только в состоянии коротких абсансов. Скорее всего, так оно и было, так как в своем нормальном состоянии пациентка ничего не знала о существовании у себя столь сильных аффектов.

И лишь небольшое количество симптомов, по-видимому, возникло не в момент абсанса, а в бодрствующем состоянии, на пике переживаемого ею аффекта, чтобы затем позже появляться в схожих ситуациях. Так большинство зрительных расстройств объяснялось отдельными более (или) менее ясно понятными причинами, например, когда пациентка сидела у постели больного с глазами полными слез, тот попросил ее сказать который час; из-за слез девушка видела все расплывчато, она предпринимала отчаянные попытки получше рассмотреть циферблат, подносила часы вплотную к своим глазам, вот именно тогда и показался ей циферблат ужасно огромным (макропсия и конвергентный страбизм); девушка делала просто невероятные усилия, чтобы скрыть от больного слезы.

Одна из ссор, когда пациентке удалось сдержаться, чтобы не ответить обидным словом, вызвала у нее голосовые судороги, которые стали повторяться в любой схожей ситуации.

Речь у нее могла пропадать:

- a) из-за страха (такое стало появляться после пережитой ночной галлюцинации);
- b) после той ссоры, когда она удержалась, чтобы не отве-

тить на оскорбление (активное подавление);

c) после того, как она была однажды несправедливо обругана;

d) во всех аналогичных ситуациях (обида).

Нервный кашель появился в первый раз тогда, когда во время дежурства у постели больного отца из соседнего дома доносилась танцевальная музыка и естественное желание оказаться там, вызвало у пациентки сильные самообвинения. С тех пор во все время своей болезни пациентка реагировала на любую по-настоящему ритмичную музыку нервным туссисом.

Я не слишком расстроен тем, что некоторые из моих записей из-за недостаточной полноты сведений не позволяют прийти к выводу о том, что весь этот случай заболевания истерией можно полностью свести к реакциям на обстоятельства, в которых впервые возникал каждый из симптомов. Почти везде пациентке удавалось обнаружить первичный повод, приводивший к появлению симптома, за исключением того эпизода, о котором уже упомянуто выше. И каждый симптом после рассказа об обстоятельствах его возникновения бесследно исчезал.

Вот таким образом и было покончено с заболеванием пациентки. Больная сама решила, что в годовщину вынужденного переезда на дачу она должна справиться со своим недугом. Поэтому начиная с самого начала июня, Анна О. предавалась «talking cure» с огромной, всепоглощающей энер-

гией. В последний день лечения с моей помощью пациентка вспомнила о том, что свою комнату она обустроила так, как выглядела комната, где лежал больной отец. Пациентка заново со всей яркостью пережила описанную выше галлюцинацию, столь сильно ужасавшую ее и бывшую корнем всего заболевания, под ее воздействием Анна О. могла думать и молиться только по-английски. И сразу же после этого заговорила на немецком языке, став полностью свободной от бесчисленных конкретных симптомов, в таком обилии демонстрируемых ею ранее. На какое-то время Анна О. оставила Вену ради путешествий, но прошло довольно много времени пока ей удалось полностью восстановить психическое равновесие. И с тех пор она наслаждается абсолютным здоровьем.

Несмотря на то что я опустил многие не лишённые интереса подробности, история болезни Анны О. оказалась намного обширнее, чем, казалось бы, этого заслуживает столь необычный случай истерии. Не было иного способа ясно изложить этот клинический случай, как войти в детали истории болезни, без которых теряется все своеобразие описываемого заболевания, именно это и может извинить меня в глазах читателей за то, что я так долго злоупотреблял их вниманием. Ведь и яйца иглокожих не потому имеют столь большое значение для эмбриологических исследований, что морской еж является на редкость интересным животным, а потому, что его протоплазма достаточно прозрачна для того, чтобы обнаружить в ней многие физиологические процессы

и перенести потом соответствующие выводы на яйца, имеющие мутную плазму.

Интерес представленного здесь случая истерии лежит прежде всего в его понятности и в объяснимости патогенеза заболевания.

В качестве предрасполагающих к истерии факторов мы можем отметить у еще полностью здоровой девушки два психических качества:

– монотонную жизнь в семье родителей, когда у пациентки отсутствовала возможность заняться активной духовной деятельностью, оставался нерастраченным огромный избыток психической энергии, которой только что и оставалось, как уйти в непрерывное фантазирование;

– и склонность к снам наяву («частный театр»), приводящая к необходимым предпосылкам для формирования диссоциированных (множественных) личностей. Однако и это еще может оставаться в границах нормы; спонтанно проявляющиеся мечтания или медитация сами по себе никоим образом не приводят к патологическому расколу сознания, так как подобные расстройства можно легко устранить, например призывом собраться, восстанавливая этим единство сознания, да и амнезии здесь практически никогда не бывает.

Но в описываемом клиническом случае у Анны О. была подготовлена почва, на которой получил прописку аффект страха и боязливое ожидание, после того как однажды обычные мечтания приняли форму галлюцинаторного

абсанса. Обращает на себя внимание то, насколько совершенными в этом первом проявлении зарождающегося заблуждения выступают его главные черты, остающиеся затем в течение почти двух лет константными: существование альтернативного состояния сознания, вначале проявлявшегося в виде преходящего абсанса, а позднее формирующегося в *double conscience*, исчезновение речи под влиянием переживаемой тревоги, с некоторым послаблением ограничений после того, как на помощь ей пришел английской детский стишок; последующее появление парафазии и потеря способности владеть немецкой речью, полностью замещенной английским языком; наконец, случайно возникший паралич правой руки, приводящий впоследствии к правосторонней контрактуре – парезу и потере чувствительности. Механизм возникновения последнего расстройства полностью соответствует теории Шарко о травматической истерии, а именно: травматическая истерия является не чем иным, как гипнотическим состоянием, в котором будущий невротик заново воссоздает в облегченной форме пережитую им психическую травму.

Но если при экспериментальном вызывании у больных истерического паралича, профессор Шарко тотчас восстанавливал у них прежнее состояние, да и у до глубины души потрясенных ужасной травмой носителей травматического невроза последний спустя небольшое время спонтанно исчезал, то нервная система нашей юной пациентки еще целых четыре месяца оказывала успешное сопротивление исцелению.

Контрактура, как и другие постепенно добавляющиеся расстройства, появлялись только в короткие промежутки абсансов альтернативного сознания, в нормальном же состоянии пациентка обладала полной властью над своим телом и чувствами, так что ни она сама, ни окружающие ее люди не замечали и не догадывались о происходящих в ней изменениях. Всеобщее внимание полностью сконцентрировалось на заболевшем мужчине (отце), а потому ничего другого заметить и не могло.

Но абсансы, сопровождающиеся полной амнезией и истеричными феноменами, стали становиться все более частыми после того первого галлюцинаторного аутогипноза, увеличивалась их длительность и возможность формирования новых симптомов, а те, что уже были сформированы, приобретали большую прочность в результате учащающихся повторений. А еще оказалось, что со временем каждый из мучащих пациентку аффектов начал оказывать действие подобное абсансу (если последний не возникал одновременно вместе с мучительной эмоцией), случайные совпадения могли приводить к новым патологическим связям, расстройству органов чувств или движений, которые появлялись теперь синхронно с аффектом. Но до того как пациентка полностью слегла в постель все это продолжалось только какие-то мгновения, исчезая затем бесследно; несмотря на то, что в то время у Анны О. существовал целый букет истеричных феноменов, никто об их существовании не догадывался. Только

когда больная оказалась полностью сломленной физическим истощением, бессонницей и непрекращающейся ни на миг тревогой, большую часть времени пребывая в состоянии альтернативного сознания, тогда только и удалось истеричным феноменам вторгнуться в нормальное психическое состояние пациентки, превращаясь из временных, проявляющихся в форме припадков, расстройств в хронические симптомы.

Нам нужно еще прояснить, насколько можно доверять тому, что рассказывала пациентка, действительно ли существовавшие у нее патологические феномены возникали именно в результате тех событий, о которых говорила Анна О. Надежность сообщаемого ею относительно наиболее значительных и фундаментальных феноменов не вызывала у меня никаких сомнений. И здесь я опираюсь не только на то, что после того, как пациентке удавалось выговориться до конца, симптомы исчезали; такое очень легко можно было объяснить действием внушения со стороны врача. Больной девушке всегда была присуща искренность, рассказываемые ею вещи были напроочь связаны с тем, что было для нее самым святым; полностью подтверждались все факты, доступные проверке в разговоре с окружающими пациентку лицами. Да и вообще, даже самой одаренной девушке наверняка не удалось бы выстроить систему данных, которой была бы присуща столь мощная логика, как это проявлялось в изложенной здесь истории болезни Анны О. Несмотря на это, и даже как раз именно в результате существования такой силь-

ной логики, были искажены поводы, приводящие к возникновению некоторых симптомов (причем с самыми лучшими намерениями) – это явно не соответствовало действительности. Но и такой ход вещей я считаю вполне закономерным. Как раз незначительность подобных поводов, их иррациональность оправдывает их существование. Больной было непонятно, почему в ответ на доносящиеся звуки танцевальной музыки она вынуждена была кашлять. Какая-либо вымышленная произвольно конструкция была бы здесь просто бессмысленной. Конечно же мне было легко представить, что укоры совести вызывали у пациентки судороги голосовых связок, а импульсы совершить движения превращали судороги в нервный *tussis*; так могла реагировать почти всякая девушка, страстно любящая танцы. Так что, как видит читатель, я считаю рассказы больной совершенно надежными и правдоподобными.

Насколько справедливо предполагать, что и у других больных развитие истерии пойдет аналогичным образом, что подобное будет происходить и там, где нет столь явно выраженной организации «*condition seconde*»? Я хотел бы обратить внимание читателей на то, что вся эта история развития событий в заболевании могла бы остаться неизвестной как самой пациентке, так и врачу, если бы не присущая Анне О. описанная нами ранее способность вспоминать в гипнозе и рассказывать об этом. Причем в обычном нормальном состоянии она ничего подобного припомнить не могла. Так что и

у других больных ничего существенного не удастся обнаружить в результате расспроса, устраиваемого для личностей, находящихся в бодрствующем сознании, даже при наличии у них на то доброй воли, они не смогут предоставить нам каких-либо ценных сведений. А насколько слепы в этом отношении окружающие невротиков люди, я уже упоминал выше. Что на самом деле происходит с больными людьми можно, следовательно, узнать, только применив метод, схожий с приемами, имеющими свои истоки в аутогипнозе Анны О. Конечно, справедливо было бы предположить, что подобное спонтанное самораскрытие происходит чаще, чем пока это допускает наше слабое знание патогенных механизмов.

Когда больная слегла в постель, а ее сознание попеременно выбирало между нормальным и альтернативным состоянием, к орде постоянно по отдельности возникавших истеричных симптомов добавилась еще одна группа патологических феноменов, имеющих на первый взгляд другое происхождение: контрактуры – параличи левосторонних конечностей и парезы мышц шеи, управляющих движениями головы. Я выделяю их из всей массы истеричных симптомов, так как если от них удавалось избавиться хотя бы один раз, то они уже больше ни разу не появлялись, даже в форме кратковременного припадка или в какой-либо завуалированной форме. Это относится и к заключительной фазе лечения, когда многие другие симптомы вновь ожили после долгой дремоты. Потому-то и рассказы о них ни разу не появились в

гипнотических анализах, им трудно приписать появление в результате воздействия аффектов или фантазийной активности пациентки. Я склонен считать, что упомянутая группа двигательных расстройств обязана своим появлением не психическому процессу, вызвавшему остальные психопатологические симптомы, а является расширением неизвестного еще нам состояния, служащего соматическим фундаментом истеричных феноменов.

Глава 2

История фрау Эмми фон Н²⁰..., 40 лет, из Ливонии (Лифляндии)

(З. Фрейд)

1 мая 1889 года я начал лечить даму приблизительно 40 лет, страдания которой, как и ее личность, вызывали у меня столь сильный интерес, что я уделял пациентке большую часть своего времени, положив своей задачей полностью исцелить ее. Это была истеричка, с необычайной легкостью впадающая в состояние сомнамбулизма. Заметив это, я решил применить к ней бройеровский метод собирания анамнеза в гипнозе, тот метод, который я хорошо знал по рассказу Бройера об истории болезни его пациентки. Для меня это было первое применение бройеровского метода лече-

ния. Я был еще очень далек от того, чтобы владеть им в совершенстве, так что и анализ симптомов шел ни достаточно широко, ни достаточно планомерно. Наверное, лучше всего мне удастся описывать состояния больной и мою лечебную тактику, если я буду опираться на записи, делаемые мной каждый вечер в течение первых трех недель лечения. Более поздний период лечения, который позволил мне лучше понять процесс исцеления, я приведу во фрагментах:

1 мая 1889 года. Я вижу перед собой еще довольно молодо выглядящую женщину с тонкими чертами лица; она лежит на диване, под головой у нее свернутый кожаный ролик. Лицо ее напряжено и искривлено от испытываемой ею сильной боли, глаза крепко зажмурены, а когда она пытается смотреть, то взор ее направлен вниз, лоб довольно сильно наморщен, углубленные носовые складки. Говорит она словно в изнеможении, очень тихим голосом, иногда в ее речи наступает спастическая (судорожная) заминка, по временам напоминающая заикание²¹

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.