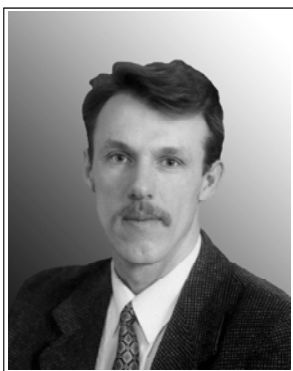


## ПО НАПРАВЛЕНИЮ К ФРЕЙДУ: ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ И КУЛЬТУРНАЯ ПРЕДЫСТОРИЯ ПСИХОАНАЛИЗА

© Д. В. Михель



Михель  
Дмитрий Викторович  
доктор философских  
наук, профессор  
Саратовский  
государственный университет

В статье обсуждается интеллектуальная и культурная предыстория Фрейдова психоанализа. Анализируются «родословные» центральных проблем психоаналитического знания — детской и женской сексуальности, которые выступают производными от более ранних объектов интереса церковных исповедников и экзорцистов — «греховной плоти» и «одержимости». Специальное внимание уделяется такому предшественнику психоанализа, как Пьеру Жане, известному в истории мысли как еще один открыватель бессознательного, а также создатель собственной психоаналитической доктрины человеку, с которым Фрейд так и не смог найти общего языка.

**Ключевые слова:** психоанализ, пастырская функция исповеди, греховная плоть, инфантильная сексуальность, сексопатология, одержимость, конвульсии, нервные болезни, истерия, женская сексуальность, бессознательное, психологический синтез, автоматизм, невроз, динамическая теория.

Возникновение психоанализа на рубеже XIX и XX веков — в данном случае имеется в виду не только психоанализ Зигмунда Фрейда, но и все современные ему разновидности психологического анализа — не было случайным событием. Оно было вызвано к жизни всей историей развития наук о человеке в предшествующие десятилетия. Кроме того, оно было следствием тех преобразований в рамках терапевтических и аналитических процедур, которые происходили в рамках психиатрии. Психоаналитическая теория восприняла очень многие теоретические проблемы, которые были в ходу прежде, а психоаналитическая практика опиралась на многие приемы, которые существовали за многие десятилетия до появления самого психоанализа. В частности, центральный элемент психоанализа — *сеанс в кабинете*

По направлению к Фрейду: интеллектуальная и культурная предыстория психоанализа

психоаналитика — оказался наследником более древних процедур признания, которые сложились в европейской культуре еще в Новое время. При этом сосредоточение внимания психоаналитической теории на проблематике *сексуальности* также было результатом длительного предшествующего любопытства к вопросам интимной жизни человека.

### 1. От греховной плоти к детской сексуальности

Приблизительно с 1845 г. в западных научно-медицинских изданиях по психиатрии начали активно публиковаться статьи врачей и ученых о проблемах, касающихся нарушений в сфере человеческой сексуальности. Стала набирать силу дискуссия о так называемых *сексуальных аномалиях*, которая привела к жизни целый ряд близких между собой дисциплин, таких как сексология, психиатрия, психоанализ и др. Могло бы показаться, что в западной культуре, наконец, было отброшено стыдливое и бессмысленное молчание о такой важной стороне жизни, как сексуальность. Однако следует признать, что это было не так. Напротив, никакого молчания о сексе и сексуальности не было. Уже очень давно шел постоянный разговор об этих вопросах. Принципиально новым была лишь сама категория «секс», которая пришла из области естествознания и вытеснила целый кластер других понятий, имеющих церковно-моральное происхождение. Задолго до того, как пациенты стали признаваться психоаналитикам в своих сексуальных проблемах, было принято признаваться в своих грехах и желаниях священнику. Таким образом, история разговоров о сексуальности является частью более длительной истории о признаниях.

В раннем христианстве признания в грехах были частью обрядов покаяния, которые добровольно осуществлялись верующими людьми. Тот, кто собирался покаяться, принимал новый статус, чаще всего при приближении смерти, поскольку каяться было принято лишь раз в жизни. Кающийся в грехах торжественно отлучался от церкви, одевал власяницу, не участвовал в таинствах, выполнял строгие обеты и т. д. После покаяния с грешника снимался его статус, и он вновь возвращался к своему прежнему состоянию. Характерно, что в эти первые века христианства при совершении покаяния не требовалось прибегать к *публичному признанию* своих грехов.

С VI века, когда укрепились позиции христианской церкви, сложилась процедура *тарифицированного покаяния*. Эта процедура была тесно связана с современными ей системами уголовного права варварских королевств, которые сложились на основе Римского права. Теперь кающийся в грехах обязан был покаяться в своих прегрешениях принудительно. Кроме того, для осуществления этого ритуала ему было необходимо получить согласие священника, которому он должен был изложить причины своего желания покаяться, т. е. признаться ему в грехах.

Такой теолог как Алкуин писал по этому поводу: «Как же духовная власть сможет освободить от прегрешения, если ей неведомы пути, сковывающие грешника? Врачи будут бессильны, если больные откажутся открыть им свои раны. Поэтому грешник должен пойти к священнику, подобно тому, как больной должен пойти к врачу, и объяснить священнику, от чего он страдает, какова его болезнь»<sup>1</sup>.

Появление этой формы покаяния привело к смягчению ответственности за прегрешения. Вместо ношения власяницы и тяжелых видов поста священники часто довольствовались тем, что констатировали у кающегося грешника румянец *стыда*.

<sup>1</sup> Albinus seu Alcuinus F. Opera omnia. I (Patrologiae cursus completus, series secunda, tomus 100). Lutetiae Parisoorum, 1851. Col.337. Цит. по: Фуко, М. Ненормальные: Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1974-1975 учебном году. СПб.: Наука, 2004. С. 236.

Новая практика раскаяния становится все более распространенной. Одновременно с этим механизм отпущения грехов становится все теснее связан с процедурой признания: грехи отпускаются тому, кто признался в них священнику.

В XIII веке у христиан-католиков появляется обязанность исповедоваться регулярно: по крайней мере, раз в год для мирян и ежемесячно или даже еженедельно для священников. Эта обязанность устанавливается в 1215 г. IV Латеранским собором.

Новые требования предписывают теперь грешникам исповедоваться перед священником не только в своих самых значительных грехах, но и в самых мелких прегрешениях. Появляется *обязанность полноты рассказа*. При этом священник получает право назначать наказания сам, в зависимости от грехов, обстоятельств и конкретных людей.

С XIII века стала складываться система вопросов, которые священник должен был задавать на исповеди, которая включала в себя обсуждение прегрешений в соответствии с перечнем семи смертных грехов или перечнем добродетелей.

В XVI веке началась новая волна христианизации западных обществ. В ходе XIV сессии Тридентского собора в 1551 г. была введена *пастырская функция исповеди*. На священников была возложена обязанность осуществлять *руководство душами* верующих. С этого времени начали активно разрабатываться теоретические концепции пастырства и осуществления исповеди. В 1586 г. в Антверпене вышла работа Карла Борромея, представляющая собой инструкцию для пастырей, принимающих исповедь<sup>2</sup>. От исповедников требовалось приобретение должной квалификации и развитие в себе омерзения к грехам. В инструкциях Борромея предписывалось, чтобы исповедник устраивал посетителю специальный экзамен, с целью выявить искренность его раскаяния.

Приблизительно в 1516 г. во Франции появляется первая *исповедальня* – специальное помещение на территории церкви, предназначенное для принятия исповеди<sup>3</sup>. Ее обязательным элементом стала занавес и решетка, отделяющая священника от посетителя.

Новые практики руководства душами первоначально нашли распространение в довольно узкой социальной среде, а именно в духовных семинариях и колледжах, которыми руководили монашеские ордена. Светские формы руководства были направлены не столько на души верующих, сколько на их тела. В городах появляется полиция, которая берет на себя функцию управления поведением населения, контролирует порядок на площадях, рынках и других публичных пространствах. Таким образом, практики пастырства были сосредоточены преимущественно в среде духовенства, среди интеллектуалов, и не касались народных масс.

Для развития наших знаний о культурно-исторических предпосылках психоанализа важно обратить внимание на проблему шестой заповеди, т.е. проблему *признания в грехе сладострастия*. В инструкциях для пастырей эта тема обсуждалась крайне подробно. При этом от пастырей требовалось, чтобы они обсуждали эту проблему с верующими весьма деликатно. Спрашивая о грехе сладострастия, исповедник должен был вести дознание так, чтобы не научить признающего индивида новым грехам.

В XVII веке инструкции для исповедников стали еще более подробными. В 1617 г. в Лионе вышла книга Пьера Милара «Истинный спутник священников», которая содержала подробнейшее описание того, в каком порядке следует задавать вопросы о грехе сладострастия. Согласно Милару, начинать следовало с расспросов о самых незначи-

<sup>2</sup> Borromeus, C. Pastorum instructions ad concionandum, confessionisque et sacramenta ministrandum utilissimae. Antverpiae, 1586. См.: Там же.

<sup>3</sup> Фуко, М. Ненормальные. С. 220.

тельных грехах, таких как простой блуд, а завершать наиболее тяжкими – содомией и сношением с животными. В конце XVII века наиболее важной стала считаться работа Абера<sup>4</sup>, который предлагал вести регистрацию прегрешений, следуя логике анализа чувственных восприятий. Согласно Аберу, грех сладострастия начинается с прикосновения к самому себе, т.е. с анализа чувства осязания. Далее предлагалось анализировать чувства зрения, слуха, речь, жесты и т. д. В целом же при обсуждении сладострастия все внимание исповедника сосредотачивалось на *греховой плоти*, т.е. теле и его удовольствиях. В XVIII веке разработка инструкций для исповедников продолжалась, что привело к появлению целой *технологии руководства совестью*.

Хотя исповедники были готовы вести разговор обо всех проявлениях плотских грехов, на практике главной темой, с которой они столкнулись, было одинокое желающее тело. В условиях духовных семинарий и католических колледжей с их жесткой дисциплиной юные семинаристы были лишены возможности иметь с кем-либо сексуальные сношения. Таким образом, основной фигурой, с которой столкнулись духовные пастыри Нового времени, стал *мастурбирующий юноша*. Другой фигурой, которая также стала объектом церковно-пастырского беспокойства, оказалась фигура *одержимой монахини*, ставшая актуальным персонажем европейской культуры в XVII и XVIII веках, когда возникла проблема осуществления духовного руководства сетью новых женских монашеских орденов (урсулинки, визитантки, кармелитки и др.) Примечательно, что в рамках культурно-исторической предыстории (археологии) психоанализа обе эти фигуры сыграли выдающуюся роль.

\*\*\*

Вплоть до конца XVIII века техники пастырского руководства душами были распространены в католических странах. Именно там сформировалась морально-церковная обеспокоенность проблемой мастурбации, которая, однако, трактовалась в категориях церковно-семинарского дискурса как *грех плоти*. В XVIII веке в протестантских странах Европы возникла новая форма обеспокоенности той же проблемой, которая, однако, стала трактоваться уже в категориях педагогики и медицины. В 1718 г. в Англии появилась книга некоего Беккера «Онания», в 1758 г. в Лозане (Швейцария) вышла работа Симона-Андре Тиссо<sup>5</sup>, которая вскоре (1760) была опубликована во Франции под названием «Онанизм, или Физическое рассуждение о болезнях, вызываемых мастурбацией». С 1770-х гг. эта тематика стала обсуждаться в германской литературе. Таким образом, проблема мастурбации приобрела широкое теоретическое значение по всей Западной Европе.

Для всей этой литературы была характерна одна особенность. В ней нигде не говорилось о связи между мастурбацией и удовольствием. Повсюду мастурбация трактовалась как опасное расстройство, способное привести к множеству разных болезней и даже к смерти. В появляющихся публикациях авторы указывали на мастурбацию как источник менингита, энцефалита, воспаления мозга, поражения костных тканей, глаз-

<sup>4</sup> Habert, L. Pratique du sacrament de penitence ou methode pour l'administer utilement. Paris, 1748. См.: Там же.

<sup>5</sup> Tissot S.-A.-A.-D. Tentament de morbis ex manu stupratione // Dissertatio de febribus biliosis seu historia epidemiae biliosae lausannensis. Losannae, 1758. О влиянии работы Тиссо на культуру его эпохи см.: Jordanova, L. Nature Displayed: Gender, Science and Medicine, 1760-1820. New York: Longman, 1999. P. 103–117.

ных болезней, слепоты, болезней сердца, туберкулеза и т. д. Мастурбирующий подросток изображался в виде смертельно больного существа с потухшим взором. Это был скелет, обтянутый кожей.

Литература о мастурбации преимущественно не была научной. В большинстве своем это были брошюры для отцов, которые должны были их научить, как бороться с этим злом у их детей. Эта массовая литературная продукция стала лишь одним из элементов начавшейся широкой кампании по борьбе с мастурбацией. Кроме популярных книг имели место и другие средства. На рубеже XVIII и XIX веков в Париже было создано несколько музеев восковых фигур, в которых были выставлены экспонаты, показывающие, к каким болезням приводит мастурбация<sup>6</sup>. Вместе с тем медики стали разрабатывать и внедрять на практике разные технические приспособления, предназначенные бороться с мастурбацией у детей и подростков. Были созданы десятки разных бандажей, железных поясов, мальчикам в уретру вводились металлические иглы, половые органы девочек подвергались хирургическим операциям. Все для того, чтобы предупредить мастурбацию у детей. Родителям предписывалось осуществлять самый тщательный и регулярный контроль за своими детьми, за тем, что они делают в своих постелях. Медики и гигиенисты требовали вести наблюдения за детьми с самой колыбели.

Важный вопрос этого времени заключался в том, что является причиной мастурбации у детей. Подавляющее большинство специалистов на этот счет давали один и тот же ответ: причиной развития мастурбации является *невнимание родителей к детям*. Авторы работ о мастурбации писали, что дети растут в окружении многочисленных посторонних людей – старших братьев и сестер, дядя и тетя, кормилиц, слуг и служанок. Именно эти люди и являются источником мастурбации у детей. Они совращают детей и толкают их на путь порока. Единственное спасение состоит в том, чтобы родители сами занимались своими детьми, а посторонние люди были удалены из дома. Идеальной ситуацией для ребенка, как утверждалось в этих работах, является одиночество: девочки должны играть с куклами, а мальчики с барабаном. Дети не должны оставаться отдельно от родителей ни на минуту. В интересах здоровья ребенка родители должны брать их в собственную постель.

Эта кампания против мастурбации приняла форму настоящего крестового похода. Медики, гигиенисты, философы, педагоги включились в работу по созданию новой модели семьи, а именно семьи, состоящей только из родителей и детей. Нечего и говорить, что эта кампания первоначально охватила только аристократические и буржуазные семьи. С точки зрения идеологов этой кампании, необходимо было тесно связать тело ребенка с телом их родителей, сплотить маленькую семью вокруг теплой и подзрительной постели подростка. Эта идея стала одним из краеугольных камней *теории естественного воспитания*, возникшей во второй половине XVIII века.

В то время как медицина формировала у родителей новое чувство ответственности за своих детей, в рамках самой медицины происходили радикальные перемены. Теоретики борьбы с мастурбацией настаивали на том, чтобы семьи в своей работе с детьми могли опираться на помощь квалифицированных врачей. При этом считалось, что деятельность общих врачей для этой цели не годится и необходимо прибегать к услугам специалистов. В качестве таковых и выступили врачи-психиатры, сыгравшие роль семейных консультантов в деле контроля за детским развитием. Психиатрам вменялось вести работу с родителями, особенно с матерями, а также выступать в роли своеобраз-

<sup>6</sup> Фуко, М. Ненормальные. С. 284.

ных поверенных, которым ребенок мог бы признаться в своих проблемах. Повторялась история с духовными пастырями.

Таким образом, проблема мастурбации до известной степени была раздута искусственно. Дискуссии на эту тему, однако, способствовали росту авторитета медицины, в частности гигиены, которая в этих условиях выступила в роли инстанции, заявляющей о готовности вести борьбу за здоровье детей. В ходе этой борьбы возникло две новые структуры, важные для всей истории Запада. Во-первых, появилась малая, нуклеарная семья, ориентированная на интересы ребенка. Во-вторых, появилось детство как особый социокультурный феномен и как особая область общественного беспокойства. Следовательно, появился новый объект для изучения и контроля.

\*\*\*

Формирование проблематики детской сексуальности, которая была обозначена во второй половине XVIII века в рамках кампании против подростковой мастурбации, к середине XIX века получило новое развитие. Новой проблемой, привлекавшей к себе внимание широкой аудитории, стала проблема инцеста – кровосмесительного полового общения между близкими родственниками, и в частности — секса между детьми и родителями.

С 20-х годов XIX века в Европе начались кампании по борьбе с инцестуозными формами сексуальности в среде городского пролетариата. Основным лозунгом, под которым выступили врачи-гигиенисты, полиция и буржуазная филантропия, был призыв *защитить детей от семейного насилия*, от неупорядоченных проявлений сексуальности со стороны отцов и старших родственников. С этого времени начинают организовываться инспекторские рейды по рабочим кварталам, ведется пропагандистская работа, начинают проводиться судебные процессы против растления детей и т. д. К концу XIX века на базе этой практики возникает такой тип профессиональной деятельности как *социальная работа*.

Одним из важнейших элементов этой деятельности становится изъятие детей из так называемых неблагополучных семей и помещение их в приюты, интернаты, передача на воспитание в более благополучные семьи.

Принимавшие участие в этих инспекциях специалисты разработали особый курс, обращенный к проблемам пролетарской сексуальной жизни. В их выступлениях в печати особое внимание уделялось сюжетам, касающимся *жилищных условий рабочего класса*, скученности, в которых живут семьи рабочих, неизбежность ситуации, когда взрослые делят постели с детьми, ютятся все вместе и т. д.

Характерно, что относительно сексуальной жизни крестьянского населения в этот период времени никаких дискуссий не велось. С точки зрения гигиенистов, философов и других представителей буржуазной общественности, крестьянский секс считался вполне здоровым и не требующим вмешательства. Эта точка зрения была популярна и в начале XX века<sup>7</sup>. Напротив, пролетарская сексуальность подверглась коррекции. Причиной этого явилась социальная мобильность, которая стала характерна для городских пролетарских слоев, вынужденных искать работу по найму и поэтому мало связанных с каким-то определенным местом жительства. Полукачественный образ жизни городских пролетариев стал вызывать серьезную обеспокоенность буржуазной общественности, ко-

<sup>7</sup> Энгельштейн, Л. Ключи счастья: секс и поиски путей обновления России на рубеже XIX–XX веков. М.: Терра, 1996.

торая начала предпринимать шаги по оздоровлению условий жизни городских рабочих, а через это – и собственной жизни. Причина этой обеспокоенности имела также и объективный характер: ввиду очередного витка промышленной революции, связанного с созданием тяжелой индустрии, промышленникам требовалась теперь более качественная рабочая сила, и они перестали нуждаться в неквалифицированном труде<sup>8</sup>.

Нередко борьба с инцестуозными практиками сопровождалась требованиями улучшения жилищных условий рабочих, указывалось, что их дома и квартиры являются настоящими источниками заразы и поэтому угрожают санитарному благополучию городов. В течение всего XIX века преследование инцестуозных практик в среде рабочего класса выразилось не только в морализаторстве по этому поводу, но и вело к реальному улучшению жизни городского пролетариата. Однако реальные результаты этой работы стали заметны лишь в XX веке, в том числе и вследствие ожесточенной борьбы самих рабочих за улучшение условий их жизни. Работа, которую вели врачи-гигиенисты, способствовала также изменению точки зрения буржуазии на проблемы рабочего класса. В России эта деятельность была начата в 70-е годы XIX века с приездом в Петербург швейцарского офтальмолога Ф. Ф. Эрисмана.

К концу XIX века, когда шла борьба с инцестуозным сексом в пролетарской среде, началось обсуждение темы инцеста и в более благополучной социальной среде. Однако в этом случае сама теория инцеста приобрела совершенно другой вид. В частности, психиатры заговорили о существовании детских сексуальных влечений, направленных на их родителей. В наиболее законченном виде эта концепция была сформулирована у Фрейда в его работах о детской сексуальности. Так, в книге «Очерки по психологии сексуальности», которая стала одной из рубежных работ Фрейда, автор активно обсуждает тему так называемой *инфантильной сексуальности*. В самом начале очерка об инфантильной сексуальности Фрейд пишет:

«К общепринятому мнению о половом влечении относится и взгляд, что в детстве оно отсутствует и пробуждается только в период жизни, когда наступает юношеский возраст. Но это совсем не простая, но даже жестокая ошибка, имеющая тяжелые последствия, так как она, главным образом, виновата в нашем теперешнем незнании основных положений сексуальной жизни. Основательное изучение сексуальных проявлений в детстве, вероятно, открыло бы нам существенные черты полового влечения, показало его развитие и образование его из различных источников»<sup>9</sup>.

Примечательно, что в тексте Фрейда очерку о детской сексуальности посвящен второй раздел книги, тогда как первый раздел занят очерком о сексуальных отклонениях. Это расположение материала отражает и историческую логику развития проблемы сексуальности. Одновременно следует обратить внимание и на то, что исходным положением теории детской сексуальности у Фрейда является тезис о *детском автоэротизме*, т. е. направленности сексуального влечения на собственное тело, который перетекает в тезис о мастурбации. Тем самым работа Фрейда является замечательной иллюстрацией истории развития знания о человеческой сексуальности в том виде, как оно развивалось в XIX веке.

<sup>8</sup> Фуко, М. Воля к знанию // Воля к истине: по ту сторону власти, знания и сексуальности. М.: Касталь, 1996. С. 235–236.

<sup>9</sup> Фрейд, З. Очерки по психологии сексуальности // «Я» и «Оно». Труды разных лет. Кн. 2. Тбилиси: Мерани, 1991. С. 40.

Таким образом, Фрейдовой теории сексуального влечения ребенка к родителям («эдипов комплекс») исторически предшествовала концепция *сексуальных отклонений*. Она начала развиваться в 40-е годы XIX века. Первой работой здесь была книга Генриха Каана «*Psychopathia sexualis*», которая была опубликована в 1844 г. на латинском языке. Работы Рихарда Крафта-Эбинга и Хавлока Эллиса на эту же тему стали появляться в 80-е годы.

Книга Каана появилась тогда, когда в рамках формирующейся психиатрии шла разработка темы *инстинкта*. Согласно Каану, человеческая сексуальность вписывается в общую *естественную историю сексуальности*. Исток сексуальности обнаруживается уже у растений. Следовательно, человеческая сексуальность роднит человека со всем природным миром. Естественное назначение сексуального инстинкта состоит в продолжении рода, в биологическом размножении. Однако сексуальный инстинкт настолько силен, что превосходит границы своего естественного предназначения, отклоняется от *сексуальной нормы*.

Области отклонений от нормы относятся многочисленные феномены – от мастурбации до соития с мертвецами и статуями. Все эти проявления сексуального инстинкта являются предметом изучения *Psychopathia sexualis* или *сексуальной психопатологии*.

Согласно Каану, отклонение от нормы является естественным для сексуального инстинкта, но оно неестественно для нормального человеческого поведения. Причиной отклонения от нормальной сексуальности Каан называет *фантазии*, которые он отождествляет с болезненным воображением и преждевременными желаниями. Таким образом, для сексуального инстинкта естественно отклонение от нормы или ориентации на репродукцию. Во-вторых, сексуальный инстинкт связан с фантазиями.

Примечательно также, что отклонение от нормы чаще всего происходит именно в детстве. Иначе говоря, разрыв между естественностью и нормальностью касается именно ребенка. Отсюда вытекает необходимость обеспечения нормального детского сексуального развития. На этой идее Каана базируется вся последующая *сексопатология*. Отсюда же берет начало целый комплекс теорий, которые объединяются под рубрикой педагогики и психологии.

Таким образом, к тому времени, когда появилась психоаналитическая теория детской сексуальности, разработанная Фрейдом, в западной культуре уже полвека шла разработка проблемы детского сексуального развития и в течение не менее трех веков функционировали практики признания ребенка взрослому наставнику в интимных желаниях и прегрешениях.

## 2. От одержимости к женской сексуальности

Подобно тому, как в XIX веке врачи и ученые сформулировали представления о детской сексуальности, в ту же самую эпоху они начали разрабатывать представления о женской сексуальности. Решающий вклад в эти дискуссии внесло психоаналитическое учение Фрейда, в частности, его представления об *истерии* и *переносе* (влечении пациентки к психоаналитику). Однако Фрейдовы представления, в известной мере, не были оригинальными. Они были тесно связаны с предшествующими психотерапевтическими концепциями и, кроме того, проистекали из более ранних попыток решения проблемы женской сексуальности, которые существовали в западной культуре. Новизна учения Фрейда состояла не столько в том, что он занял новую теоретическую позицию по отношению к своим пациенткам, сколько в том, что он начал *более внимательно* слушать их самих, занимая по отношению к ним *партнерскую пози-*

цию<sup>10</sup>. Их речь стала иметь для него смысл. Он попытался расслышать то, что скрывается в их словах. Для него важны были не только ответы пациенток на его вопросы, но и вообще любые рассуждения, к которым они прибегали, т.е. так называемые *свободные ассоциации*. Иначе говоря, новизна состояла в той степени свободы, которую Фрейд предоставил своим пациенткам и пациентам в их общении с психоаналитиком. Фрейд оказался наиболее либеральным из всех психотерапевтов своего времени. Но его внимание к слову своих пациентов опять-таки не было оригинальным. Такая ситуация существовала еще в пастырских технологиях руководства душами, разрабатываемых в Новое время.

\*\*\*

Как уже говорилось выше, в XVI веке на Западе активизировался процесс формирования контроля над душами верующих, что выразилось в разработке пастырских технологий исповедания. Тем самым началась новая волна христианизации западного мира, которой подверглись все слои общества. Следствием этих процессов было возникновение таких феноменов, как *колдовство* и *одержимость*.

Возникновение одержимости, в известной мере, напоминало возникновение колдовства, случаи которого стали регистрироваться уже с XV века, когда введение новых форм церковного контроля натолкнулось на сопротивление со стороны тех культовых форм, которые существовали еще со времен античности. Однако между колдовством и одержимостью было много принципиальных различий.

Колдовство было периферийным феноменом. Оно регистрировалось в деревнях, в приморских и горных районах, там, куда не простиралось влияние крупных городов - традиционных очагов христианизации. К тому же оно было низовым феноменом, присущим необразованным кругам общества, народу. Напротив, одержимость стала возникать не на периферии, а в самом центре христианского мира, в городах.

Типичный образ колдуньи отличается от типичного образа одержимой<sup>11</sup>. Ведьма - это дурная христианка, женщина с окраины деревни, из леса. Ее колдовскую природу разоблачают более бдительные соседи, ее разыскивает инквизиция. В глазах тех и других она выступает в роли тайного врага, коварной отравительницы, насылающей порчу на людей и животных<sup>12</sup>. Напротив, одержимая - это та женщина, которая никак не связана с колдовством. Ее одержимость обнаруживается тогда, когда она начинает *исповедоваться священнику*. При этом исповедуется она добровольно, даже спонтанно. Одержимая - это не просто горожанка, но монахиня, и очень часто даже не простая монахиня, а настоятельница монастыря.

Таким образом, одержимость - это не следствие введения церковного контроля в новых регионах, а результат установления новой степени контроля над индивидами, их телами и душами.

Существуют и другие важные различия между колдовством и одержимостью. С точки зрения современников, колдунья считается служительницей Дьявола, с которой она заключает договор. Тем самым она выступает как особого рода юридический

субъект, за что и несет наказание, когда ее схватят инквизиторы. Дьявол полностью обладает ее телом и душой, а взамен предоставляет ей свое могущество: способность летать по воздуху, подчинять себе силы природы, обращаться в животных и пр. Следы его проникновения в тело колдуньи обнаруживаются по особым отметинам - родимым пятнам и пр.

Напротив, одержимая никакого договора с Дьяволом не заключает, хотя он и пытается соблазнить ее. Она считается его жертвой. Дьяволу не удается завладеть всей душой одержимой, и он контролирует только часть ее воли. Поэтому в своих действиях одержимая являет собой воплощенное противоречие. Ее желания противоречат друг другу. Дьяволу не удается полностью завладеть ее телом, и он захватывает лишь отдельные его части. Таким образом, тело одержимой распадается на части, которые противоборствуют друг другу. Ее тело охватывает дрожь и постоянное возбуждение. На нем нет каких-либо пятен, как на теле колдуньи, но оно помечено иначе - *конвульсиями*. Конвульсии трактуются как выражение борьбы в теле одержимой, борьбы, которую она сама ведет с Дьяволом. Отсюда все эти конвульсивные проявления: твердость, выгибы, нечувствительность к ударам, а также рывки, сотрясения и т. д.

В схемах интерпретации феномена колдовства, порожденных в эпоху охоты на ведьм, действовали два элемента - ведьма и Дьявол. Относительно феномена одержимости схема интерпретации изменилась, и здесь стали действовать уже три элемента: одержимая, Дьявол и священник, который был призван занять промежуточную позицию между двумя первыми. Тем самым фигура священника стала играть решающую роль. Характерно, что церковь будет еще очень долго воспринимать одержимость, как колдовство. Отсюда происходят все те случаи, когда за неимением другой возможности колдуна все равно находили, и в этой роли, как правило, оказывался священник. Таковы многие случаи одержимости, имевшие место в XVII веке, в том числе три дела об одержимости во Франции, которые рассматривались местными парламентами: дело в Эксан-Провансе 1610 г., Луденское дело 1632 г. и дело в Лувье 1633-1647 гг. Наиболее известным из них было Луденское дело, имевшее место в области Пуату, где было сильно влияние гугенотов.

Это дело касалось случая одержимости в монастыре урсулинок г. Лудена. Все началось с прибытия туда католического священника Урбана (Юрбена) Грандье из Бордо. Это был блестящий оратор, поносивший в своих проповедях черное духовенство. При этом он оказался дамским угодником и пользовался бешеной популярностью среди всего женского общества города, в том числе и среди монахинь-урсулинок. В конце концов, среди монашенок началась настоящая эпидемия конвульсий на почве безумной любви. Скандал, разразившийся в монастыре, заставил недоброжелателей Грандье из числа обманутых мужей и монахов-капуцинов свести с ним счеты. В Лудене состоялся церковный суд, который приговорил Грандье к покаянию и изгнанию из города. Но светский суд, пересмотрев дело священника, нашел его невиновным. Архиепископ Бордо посоветовал Грандье покинуть город. Но тот не вял его добрым советам и остался в Лудене, высмеивая своих врагов. Тогда Грандье был обвинен в колдовстве.

Все началось с приступов одержимости, которые охватили настоятельницу монастыря и нескольких ее монахинь. Мишель Серто приводит по этому поводу один из протоколов Луденского дела.

«В тот же день, когда сестра Агнесса, послушница-урсулинка, совершила исповедь, ею овладел дьявол... Проводником чар послужил букет мускатных роз, обнаруженный на ступеньках, ведущих в дортуар. Матушка настоятельница подобрала его и

<sup>10</sup> Лоренцер, А. Археология психоанализа. М.: Прогресс-Академия, 1996. С. 142 сл.

<sup>11</sup> Первым эти образы представил Жюль Мишле, хотя во многом необоснованно смешал их между собой. См.: Мишле, Ж. Ведьма. Женщина. М.: Республика, 1992.

<sup>12</sup> См.: Гинзбург, К. Колдовство и народная набожность. Заметки об одном инквизиционном процессе 1519 года // Мифы - эмблемы - приметы: Морфология и история: сб ст. / К. Гинзбург М.: Новое издательство, 2004. С. 19-50.

понухала, и ее примеру последовали несколько других монахинь, после чего ими недвоя овладел дьявол. Они принялись кричать и звать Грандые, к которому их так влекло, что ни другие сестры, ни кто-либо еще не был способен их удержать. Они хотели разыскать его и для этого взбежали на крышу монастыря, забрались на деревья и уселись в своих монашеских одеяниях на ветвях. Сначала они издавали ужасные крики, а затем их постиг град, мороз и дождь, и пять дней и четыре ночи они оставались там без еды»<sup>13</sup>.

На телах монахинь были найдены стигматы, указывающие на присутствие в теле бесов. Несколько подкупленных крестьян обвинили Грандые перед судом в пособничестве дьяволу. В городе начался скандал. Народ, приходя в церковь, открыто обсуждал происходящее. Повсюду распространялись сплетни и слухи. Дело дошло до королевского двора, где кардинал Ришелье придал ему полезную для себя интерпретацию.

Между тем, как и в прежние десятилетия, ряд прогрессивных медиков отказывался признать факт проникновения дьявола в тела монахинь в Лудене. Врачи считали их простыми мошенницами. Однако эта медицинская точка зрения не сумела возобладать. Суд в Лудене, который возглавил королевский советник Лобардемон, между прочим, родственник настоятельницы монастыря, признал Грандые сообщником дьявола.

Грандые пытали. В его тело вгоняли иголки, с тем чтобы выискать места, через которые в него вошел дьявол. В конечном итоге, 18 августа 1634 г. он был сожжен. Обрывки этой истории были зафиксированы отцом Иосифом в его книге «Записки о государстве».

История в Лудене показала, что церковь была неспособна отказаться от интерпретации феномена одержимости с помощью схемы, используемой для случаев колдовства. Вместе с тем во второй половине XVII века начали происходить перемены, и уже колдовство начинает интерпретироваться с помощью схем, применявшихся для одержимости. Деятельность священников, исповедующих одержимых монахинь, уже не связывается с проблематикой колдовства. Этому способствовали внешние причины. В частности, в 1670 г. во Франции министр Кольбер издает «Уголовный ордонанс» о единообразии судопроизводства по всей стране. По этому закону все приговоры судов к смертной казни должны были теперь обжаловаться в столице. В июле 1682 г. выходит эдикт «О наказании предсказателей, магов, колдунов и отравителей», который трактует ведовство как суеверие и занятие обманщиков. С этого момента преследования в колдовстве стремительно идут на убыль. Преследования колдунов на западе Европы совершенно прекращаются, отдельные случаи имеют место лишь в отсталых районах Германии<sup>14</sup>.

Таким образом, к началу XVIII века под давлением светского централизованного государства церковь постепенно лишается возможности затевать дела о колдовстве. На этом фоне и проблематика одержимости изымается из компетенции церковных властей и передается в руки светской администрации. Светские власти, в том числе судебные ведомства, все чаще обращаются к медикам для проведения экспертизы случаев одержимости. Начинается *медикализация одержимости*.

<sup>13</sup> De Certeau M. La Possession de Loudin. Paris, 1980. Цит. по: Фуко, М. Ненормальные: Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1974-1975 учебном году. СПб.: Наука, 2004. С. 252–253. См. также: Серто М. де Искаженный голос: речь бесноватой // Новое литературное обозрение. 1997. № 28. С. 10–28.

<sup>14</sup> См.: Шведхоф, Г. От повседневных подозрений к массовым гонениям. Новейшие германские исследования по истории ведовства в начале Нового времени // Одиссей. Человек в истории. 1996. М., 1996. С. 306–330.

Когда медики в XVIII веке унаследовали проблематику греховной плоти от церкви, они вынуждены были интерпретировать ее по-своему. Основным понятием здесь стало понятие *нервной системы*. С его помощью были перекодированы такие церковные категории, как «движение», «прельщение», «щекотание», – словом, весь тот набор терминов, которые были призваны описывать конвульсивные содрогания конвульсивного тела. Отныне вместо них медицина стала говорить о *нервных болезнях*. Характерно, что первой и самой значительной формой невропатологии стали конвульсии, понимаемые как патологическое проявление деятельности нервной системы.

\*\*\*

На рубеже XVIII и XIX веков в западной медицине происходили серьезные изменения, связанные с изменением представлений о природе болезни. Опираясь на данные патологической анатомии, медики стремились видеть в основе всякого заболевания конкретный тип органического расстройства. По этой причине развитие представлений о нервных болезнях было поставлено в тесную связь с развитием патолого-анатомических исследований мозга. Популярность такого рода исследований возрастала в течение всего XIX века, что превратило патологическую анатомию в научный фундамент и исходную точку развития многих медицинских воззрений. Тем не менее, в области *медицины нервных болезней* существовал целый ряд проблемных областей, изучение которых мало зависело от данных, предоставляемых патологической анатомией. Это были так называемые *неврозы*, особая область пограничных психических состояний, характеризующихся расстройствами функций нервной системы. Зримыми воплощениями неврозов были конвульсивные содрогания тела.

В середине XIX века *частная медицинская практика* как специфическая область медицинского опыта вследствие бурного развития госпитальной медицины и клинических институтов переживала период преобразований. Теснимые врачами, состоящими на службе в клиниках, частные врачи стали усиливать свое влияние на семью, и прежде всего — буржуазную. Главным объектом этого влияния стала женщина — благополучная мать буржуазного семейства. В таких крупных городах, как Париж и Лондон, этот социальный тип представлял повышенный интерес для новоявленных медицинских специальностей — *гинекологии* и *психиатрии*. Есть сведения, что в 1845 г. в Париже эти две специальности были самыми распространенными<sup>15</sup>. Неудивительно, что уже в 70-е годы между ними разгорелось соперничество за сферы влияния. Примером такого спорного предмета выступила *истерия*, которую теперь принято относить к области неврозов.

Истерия виделась чем-то промежуточным между известными тогда типами психических заболеваний и обычными соматическими расстройствами. Французские гинекологи были склонны видеть в истерии рецидив органического поражения. Психиатры же некоторое время не обращали внимания на это расстройство. Однако события франко-прусской войны подтолкнули французских психиатров оставить свое пренебрежение истерией. Французское правительство по причине бюджетных трудностей перестало субсидировать создание крупных психических лечебниц, а общество начало сомневаться в терапевтической эффективности этих учреждений<sup>16</sup>. Таким образом, случившийся переход к поиску новых форм психиатрической практики был вполне

<sup>15</sup> Ackerknecht, E. H. Medicine at the Paris Hospital. Baltimore: John Hopkins, 1967. P. 163.

<sup>16</sup> Hakosalo, H. Bio-power and Pathology: Science and Power in the Foucauldian Histories of Medicine, psychiatry and Sexuality. Oulu, 1991. P. 151.

оправданным. Выход из сложившегося кризиса заключался в том, чтобы перенести активность психиатрического знания из сферы закрытой психлечебницы в семью, сделал психиатрию эффективной профилактической практикой для всего общества.

Здесь мы и находим пересечение интересов гинекологии и обновляющейся психиатрии. Но это столкновение не вызвало победы ни той, ни другой стороны и установления безраздельной монополии над женским телом какой-то одной дисциплины. В сущности, произошел банальный раздел сфер влияния: гинекология оставила за собой женское чрево, психиатрия попыталась завоевать «все остальное».

Это завоевание произошло, например, через методику «лечения покоем». Эта методика широко распространилась в США, Англии и Франции и активно пропагандировалась западными психиатрами и невропатологами в отношении молодых лиц обоего пола, но прежде всего — незамужних девушек. «Лечение покоем» означало, в основном, что пациент изолировался от семьи и обычной семейной жизни, ему запрещалась всякая активная деятельность, но при этом он мог оставаться и в стенах дома, соблюдая режим и участвуя в ежедневном общении с приходящим врачом<sup>17</sup>. Нередко изоляция и «лечение покоем» считались достаточными для лечения наиболее сложных истерических симптомов<sup>18</sup>.

Во Франции психиатризация истерии была связана с деятельностью Жана-Мартена Шарко (1825–1893), работавшего в парижском госпитале Сальпетриер, который к середине века представлял собой целый город в городе: в нем были улицы и парки, насчитывалось 45 зданий и содержалось не менее трех тысяч старух, доживавших здесь свои дни<sup>19</sup>.

Это о них в 1861 г. писал Шарль Бодлер:

«В дебрях старых столиц, на панелях, бульварах,  
Где во всем, даже в мерзком, есть некий магнит,  
Мир прелестных существ, одиноких и старых,  
Любопытство мое роковое манит.

Эти женщины в прошлом, уродины эти —  
Эпонины, Лаисы! Возлюбим же их!  
Под холодным пальтишком, в дырявом жакете  
Есть живая душа у хромых, у кривых.

\*\*\*\*\*

Тени прошлого! О, как мне родственны все вы!  
Каждый вечер я шлю вам прощальный мой вздох.  
Что вас ждет, о восьмидесятилетние Евы,  
На которых свой коготь испробовал Бог!»<sup>20</sup>

<sup>17</sup> Showalter, E. *The Female Malady: Women, Madness and English Culture 1830–1980*. New York: Pantheon, 1985. P. 137–139.

<sup>18</sup> Forrester, J. *Language and the Origins of Psychoanalysis*. London and Basingstoke: Macmillan, 1980. P. 10.

<sup>19</sup> Эленбергер, Г. *Открытие бессознательного: история и эволюция динамической психиатрии. Ч.1. От первобытных времен до психологического анализа*. СПб.: Академический проект, 2001. С. 127–142.

<sup>20</sup> Бодлер, Ш. *Старушки // Цветы зла*. М.: Высшая школа, 1993. С. 112–114.

Шарко начинал свою карьеру как патологоанатом, а затем увлекся невропатологией. В 1862 г. в возрасте 36 лет он был назначен главным врачом в одно из отделений Сальпетриера и провел там серию крупных преобразований. Он собрал вокруг себя команду учеников и единомышленников, создал в госпитале несколько лабораторий и организовал проведение вскрытий тел умерших больных. В 1870 г. он открыл дополнительную палату для женщин, страдающих конвульсией. Как ученого его заинтересовало различие между эпилептическими и истерическими конвульсиями. Предстояло выделить истерию как особое психическое расстройство и сформулировать его клиническую картину.

Создание клинической картины истерии было достигнуто впечатляющими средствами. Шарко попытался сделать истерию оптически прозрачным феноменом и обратился для этого к самым совершенным технологиям своего времени. Он демонстрировал истерию с помощью пациенток, которых приводил в лекционную аудиторию, расположенную в больничном комплексе Сальпетриера, и показывал их студентам. Очень часто этими пациентками были представительницы пролетарского происхождения.

Шарко иллюстрировал свои лекции многочисленными графиками и таблицами. Обладавший замечательным актерским талантом, он и сам прибегал к имитациям истерических симптомов и разыгрывал подлинно драматические диалоги со своими больными. Среди его пациенток были и такие, которые могли неоднократно разыграть весь репертуар истерического припадка — от первой дрожи и сотрясения тела до финального паралича и конвульсий. Самой известной из них была некая Бланш Виттманн, которую за ее способности демонстрировать «*большой истерический припадок*» прозвали «королевой истерии».

После создания в 1875 г. в Сальпетриере специальной фотостудии истерия стала репрезентироваться и с помощью фотографии. С этого момента «истеризация женского тела»<sup>21</sup>, видимо, достигла своего апогея. Теперь истеричка стала не только объектом внимания узкой аудитории студентов-медиков, но была представлена более широкому обществу. Фотографические материалы неоднократно публиковались, создав целую иконографию истерического тела. Но здесь следует обратить внимание на «объективность» фотографической репрезентации истерических симптомов. Лабораторная фототехника последней четверти XIX века была еще очень ненадежной. И хотя время экспозиции было относительно кратким (около 10 секунд), используемые в фотолаборатории мокрые коллодиевые пластины требовали очень длительной подготовки, прежде чем их можно было привести в светочувствительное состояние. В этом смысле, фоторепрезентация истерических приступов, особенно знаменитого «большого истерического припадка», была делом крайне сомнительным. И здесь скорее требовалась тщательная режиссура, нежели удача медицинского опыта. На практике это означало, что истерические конвульсии были хорошо отрепетированной драмой. Известно, что многие пациентки Сальпетриера могли прекрасно исполнить свою роль перед объективом фотокамеры, также как и перед большой аудиторией<sup>22</sup>.

Наряду с фотографией в Сальпетриере были использованы и другие современные средства конструирования истерического припадка: гипноз, суггестия, магнетизм, химиотерапия, местная фарадизация, то есть использование электрического тока. С помощью всех этих приемов тело пациентки приобретало четко выраженные истерические черты и становилось своеобразным подобием машины.

<sup>21</sup> Термин Фуко. См.: Фуко, М. *Воля к знанию: Воля к истине: по ту сторону власти, знания и сексуальности*. М.: Касталь, 1996. С. 205–206.

<sup>22</sup> Эленбергер, Г. *Открытие бессознательного*. С. 138–139.

Шарко и его современники стремились дать соматическое, в частности, *неврологическое*, объяснение истерии. Руководствуясь моделью общего паралича, Шарко локализовал источник органического поражения в мозге, но при этом не оставлял без внимания и другие внутренние органы. Из всех «истерогенных точек» на женском теле особое внимание вызывали яичники. Как и другие элементы женской репродуктивной системы тела, они считались зоной повышенной патологической опасности. Вообще в XIX веке медицина то и дело репрезентировала женские репродуктивные органы как источник постоянной угрозы для всей жизни женщины и ее организма<sup>23</sup>.

Известно, что Шарко обращал внимание не только на женскую истерию, но и на мужскую. Однако, как и многие его современники, он разделял тезис о том, что истерия гораздо чаще встречается у женщин и количество случаев болезни, зарегистрированных у мужчин, в среднем в двадцать раз меньше, чем у женщин<sup>24</sup>. Но дело не сводилось к чисто количественному различию. Существовали и чисто качественные различия между мужской и женской истерией. Если говорить о взглядах Шарко, то он вывел женскую истерию из естественной расположенности женской нервной системы к расстройствам, а мужскую связывал со случайными, чисто внешними факторами. Известный исследователь творчества Шарко Марк Микэйл указывает и на такой довод: «Кое-что упрощая, мы можем сказать, что различие между мужской и женской истерией в работах Шарко оказывается различием между невропатологической и психопатологической интерпретацией расстройства»<sup>25</sup>. Но против популяризации мужской истерии существовали и другие доводы. Уже с XVIII века схожие по симптоматике мужские психические расстройства диагностировались понятием «ипохондриа», отсылающим к состоянию серьезного умственного переутомления (вспомним Канта с его оценкой себя как ипохондрика!). А во второй половине XIX века на роль ведущей диагностической категории мужских психических аномалий вышло понятие *неврастении*. Шарко был большим энтузиастом в области неврастении, а в амбулатории Сальпетриера диагноз мужской неврастении по частоте его применения был сравним по масштабу с женской истерией. За первые девять месяцев 1891 г. в Сальпетриере было зарегистрировано 244 случая истерии и 214 проявлений неврастении<sup>26</sup>.

В медицинских дискуссиях конца XIX столетия вопрос об истерии неизменно связывался с *проблематикой женской сексуальности*. Эта тема уже достаточно давно муссировалась в научных кругах и вращалась вокруг вопросов о норме и патологии. По общему мнению, нормальная женская сексуальность определяется *инстинктом материнства*. В то же время, стремление к половому удовлетворению, которое считалось нормальной чертой мужского начала, по отношению к женщине квалифицировалось как аномалия. Лишь у плохих матерей, страдающих «нервными расстройствами», это стремление проявляло себя в полной мере. Чезаре Ломброзо шел еще дальше, и говорил о том, что желание половых удовольствий является свойством криминальной женской натуры.

<sup>23</sup> Poovey, M. Scenes of an Indelicate Character: The Medical Treatment of Victorian Women // The Making of the Modern Body / Ed. C. Gallagher, T. Laquer. Berkeley: University of California Press, 1987. P. 145.

<sup>24</sup> Zeldin, Th. France 1848–1945. Volume II: Intellect, Taste and Anxiety. Oxford: Clarendon Press, 1977. P. 862–863.

<sup>25</sup> Micale, M. S. Charcot and the Idea of Hysteria in the Male: Gender, Mental Science and Medical Diagnosis in Late Nineteenth-Century France // Medical History. 1990. Vol. 34. P. 408.

<sup>26</sup> Gelfand, T. Tuesdays at the Salpetriere // Bulletin of the History of Medicine. 1989. Vol. 63. P. 134.

«В то время как у нормальной женщины, – писал он, – половой инстинкт всецело подчинен материнскому и она, будучи матерью, отказывается от ласк любовника или мужа из боязни повредить своему ребенку, у преступниц, напротив, мы наблюдаем совершенно обратное явление, здесь мать, чтобы удержать при себе любовника, не задумывается принести ему в жертву честь родной дочери»<sup>27</sup>.

Для того чтобы женская сексуальность подверглась патологизации, потребовалось, чтобы в то же самое время и сам женский организм был объявлен областью, открытой для патологического. Но если гинекология сделала это через акцентирование внимания на проблемах репродуктивности и отчасти репродуктивной сексуальности, то психиатрия сосредоточила внимание на нерепродуктивных формах. В том и другом случае центром беспокойности выступили генитальные аспекты телесности. На повестку дня были поставлены многочисленные феномены половой психопатии, при стальному вниманию были подвергнуты мастурбация, садизм, мазохизм, женский гомосексуализм и другие формы сексуального опыта. В многочисленных сочинениях на эту тему той эпохи истерия неизменно фигурировала как типичный пример женской сексуальной патологии. Так, Рихард Крафт-Эбинг в своей «Половой психопатии» писал:

«При этом неврозе ненормальности половой жизни встречаются в высшей степени часто, а в случаях с наследственным отягощением – всегда»<sup>28</sup>.

Истерическая женщина Крафт-Эбинга, в сущности, была копией преступницы Ломброзо. Ученые сходились во мнении, что в своем неуправляемом умопомешательстве она несет угрозу своим детям, супругу, незнакомым людям, она порочит звание порядочной матери. Если остановиться на мнении, что истерия передается по наследству, то само заболевание приобретает неистребимо природный характер, которому можно противопоставить разве что постоянный контроль со стороны знающего врача, наделенного властными полномочиями.

Таким образом, специфика медицинского понимания женской сексуальности в конце XIX века заключалась в выделении двух ее форм – нормальной, присущей добропорядочным матерям, и патологической, характерной для тех женщин, которые не способны подобающим образом реализовать свой сексуальный инстинкт и вследствие этого подвержены нервным болезням. Эти представления, разрабатываемые психиатрами и невропатологами, прежде всего Шарко в Сальпетриере, были своего рода ответом на социальный заказ той эпохи.

В самом деле, интерес, проявленный психиатрией Шарко к феномену истерии, становится тем понятнее, если вспомнить, что он имел место на фоне социальных движений за сохранение института традиционной семьи. Одним из таких движений во Франции, например, была Лига воспроизводства (Ligue de la regeneration), основанная в 1896 г. Разделявшие евгенические идеи участники Лиги всячески критиковали новомодные средства контрацепции, рьяно выступали против внебрачных связей, мастурбации, алкоголизма – всего, что мешало, по их мнению, исполнению детородной обязанности<sup>29</sup>. В ряду конкретных предложений, которые выработала евгеника рубежа XIX-XX веков,

<sup>27</sup> Ломброзо, Ч. Гениальность и помешательство. М.: Республика, 1995. С. 305.

<sup>28</sup> Крафт-Эбинг, Р. Половая психопатия, с обращением особого внимания на извращение полового чувства. М.: Республика, 1996. С. 472.

<sup>29</sup> Nye, R. A. Crime, Madness, and Politics in Modern France. The Medical Concept of National Decline. Princeton: Princeton University Press, 1984. P. 166.

были и рекомендации, относящиеся к женщине-матери. Среди них был призыв к женщинам вернуться в традиционные рамки любви ради деторождения и не уклоняться от своего биоморального долга. Истеричка в качестве «образа нервной матери» была воспринята как ужасное отражение социально приемлемого идеала.

Фрейд познакомился с работой Шарко во время своего пятимесячного пребывания в Париже в 1885 г. Здесь он впервые заинтересовался проблемой истерии и параллельно с исследованиями в области неврологии стал искать ее причины и механизмы. Общей практикой при работе с истериками в эту эпоху было использование *гипнотического внушения*. Этот способ воздействия на пациентов применялся в качестве терапевтического средства и в Сальпетриере. Фрейд тоже использовал его. Однако в 90-е годы он отказался от внушения, как отказался до этого и от других методов – физиотерапии и лечения электричеством. В поисках новых подходов к лечению неврозов он обратился к методу «катарсиса» Иосифа Брейера.

Суть катаргического метода для лечения истерии заключалась в том, что пациентку погружали в гипнотическое состояние, а затем просили вспомнить свои эмоциональные переживания<sup>30</sup>. Как полагал Брейер, эти переживания были связаны с подавленными желаниями, которые и были причиной болезненных симптомов. Этот метод Брейер впервые опробовал на своей пациентке Берте Паппенхейм, когда лечил ее с декабря 1880 по июнь 1882 г. Этот опыт позднее лег в основу его знаменитой работы о случае «Анны О.»

В 1895 г. Фрейд и Брейер совместно опубликовали работу, посвященную истерии – «*Studien uber Hysterie*». В этой книге впервые была предпринята попытка объяснить истерию неудовлетворенными влечениями и эмоциями, вытесненными из сознания. Однако с самого начала между Брейером и Фрейдом возникли разногласия по вопросу об объяснении природы этих влечений и, следовательно, по вопросу об этиологии неврозов. Фрейд высказался за их сексуальное происхождение, Брейер был категорически против. Эти и другие разногласия вскоре привели к разрыву между ними. С 1896 г. Фрейд фактически оказался в интеллектуальной изоляции и посвятил это время разработке своего собственного метода, который затем был назван *психоанализом*.

Таким образом, в 1896 г. Фрейд, в сущности, заложил главный камень в основу собственной психоаналитической доктрины. Он признал значение сексуальных влечений в жизни всякого человека и высказался за существование женской сексуальности. Позднее он вспоминал, что пришел к этой мысли едва ли не случайно, благодаря тому, что припомнил случайные обмолвки Шарко, Брейера и венского гинеколога Хробака на эту тему<sup>31</sup>. Однако, по замечанию самого Фрейда, никто из них всерьез не относился к этому феномену. Иначе говоря, вплоть до самого конца XIX века в психотерапевтическом знании тезис о существовании женского полового чувства, не связанного с деторождением, не допускался. Истерию, как и одержимость, требовалось подавлять, воздействовать на нее гипнозом, электричеством, хирургическим скальпелем или другими средствами. Уцепившись за мысль о значении сексуальности в качестве причины происхождения истерии и прочих неврозов, Фрейд почувствовал себя первооткрывателем новой огромной проблемной области и с энтузиазмом взялся за ее разработку.

<sup>30</sup> См.: Фрейд, З. Очерк истории психоанализа // «Я» и «Оно». Труды разных лет. Кн. 1. Тбилиси: Мерани, 1991. С. 16.

<sup>31</sup> Фрейд, З. Очерк истории психоанализа. С. 20.

### 3. Психоанализ Пьера Жане

Долгая предварительная работа, которая велась в области наук о человеке в XIX веке, к началу XX столетия увенчалась появлением первых всеобъемлющих теоретических систем в области психотерапии, которые базировались на данных опытной науки. Первой по времени была система динамической психиатрии француза Пьера Жане, второй – психоаналитическая система австрийского еврея Зигмунда Фрейда. Оба автора были в центре внимания научной общественности начала XX века. Оба были противниками друг другу. Судьба распорядилась так, что творчество Пьера Жане вскоре после первой мировой войны перестало пользоваться вниманием современников. Между тем его вклад в развитие знаний о душе человека огромен. Ему принадлежит целый ряд основополагающих понятий в области психологии, прежде всего понятие «*бессознательное*», из-за которого между Жане и Фрейдом возник непримиримый спор<sup>32</sup>.

\*\*\*

Пьер Жане<sup>33</sup> родился в Париже 30 мая 1858 г. и умер там же 24 февраля 1947 г. Он был типичным парижанином и происходил из высших слоев общества. Его предки по отцовской линии, как и все его родственники, были людьми, связанными с наукой и техникой. Его дядя, известный философ Поль Жане, оказал большое влияние на его образование. Семейное окружение Жане и его богатые личные связи позволили ему сделать хорошую карьеру.

Жане учился в Коллеж Сент-Барб в Париже, в котором до него училось много других выдающихся личностей. Его юность пришлась на 70-е годы XIX века, когда вся Франция переживала сильный подъем, вызванный поражением в недавней войне с Пруссией. Это было время больших перемен во всем – от науки до политики. Свое высшее образование он получил в знаменитой Эколь Нормаль, где вместе с ним учился будущий социолог Эмиль Дюркгейм. Среди его товарищей по учебе был и знаменитый философ Анри Бергсон, с которым Жане в дальнейшем связывала дружба и который нередко обращался в своем творчестве к тем же вопросам, что и Жане.

В качестве выпускника Эколь Нормаль Жане должен был отработать не менее десяти лет преподавателем философии в одном из провинциальных лицеев страны. Он приступил к этой работе осенью 1882 г. – сначала в маленьком городке Шатору, а затем в Гавре, куда он перебрался в феврале 1883 г. В Гавре Жане жил до июля 1889 г. В лицее этого города Жане преподавал философию и в соответствии с традициями этого времени опубликовал несколько своих работ, в том числе учебник по философии.

Младший брат Жане, Жюль Жане, был врачом, и Жане часто навещал его, помогая ему в осмотре пациентов. Так началось увлечение Пьера Жане психотерапией. Находясь в Гавре, он обратился к местному врачу-терапевту Жильберу с просьбой подыскать пациентку для проведения исследований. Жане хотел писать диссертацию о *галлюцинациях*. Жильбер оказал ему помощь, и осенью 1885 г. Жане начал работать с пациенткой по имени Леони. Эта работа оказалась очень важной для становления Жане как исследователя.

<sup>32</sup> Лоренцер, А. Археология психоанализа: интимность и социальное страдание. М.: Прогресс-Академия, 1996. С. 121.

<sup>33</sup> О Пьере Жане см.: Элленбергер, Г. Открытие бессознательного: история и эволюция динамической психиатрии. Ч. 1. От первобытных времен до психологического анализа. СПб.: Академический проект, 2001. С. 392–489.

Он вскоре выяснил, что Леони легко поддается гипнозу, в том числе гипнозу на расстоянии. Он написал об этих экспериментах доклад, который был прочитан его дядей Полем Жане 30 ноября 1885 г. в Париже на заседании Общества Физиологической Психологии, в котором председательствовал Шарко. Так к Жане пришла первая известность. Летом 1886 г. опыты Жане по гипнозу с Леони привлекли в Гавр целую группу экспертов. Открытие феномена гипноза на расстоянии подтвердилось.

Работа с Леони, Жане со временем открыл для себя, что его пациентка подвергалась гипнозу и раньше. Этот факт поразил его, и вскоре он понял, что практики гипнотизирования существовали и в прошлые времена. Это привело его к изучению истории гипнотизма, о которой его современники ничего не знали. Постепенно Жане стал знатком методов, существовавших в период, когда еще не существовало психотерапии. В его доме собралась огромная коллекция редких книг о гипнотизерах прошлого.

В июне 1889 г. Жане защитил свою диссертацию по философии в Сорбонне. Главный тезис диссертации был посвящен проблеме *психического автоматизма*, которую он стал разрабатывать еще в Гавре<sup>34</sup>. В том же году в Париже проходила Международная выставка, в дни которой проходили и многочисленные научные конгрессы. В августе 1889 г. он принял участие в Международном Конгрессе по экспериментальному и терапевтическому гипнотизму, войдя в оргкомитет конгресса. Это дало ему возможность познакомиться со многими психотерапевтами того времени – Уильямом Джеймсом, Чезаре Ломброзо и молодым Зигмундом Фрейдом. Проведение такого конгресса свидетельствовало о том, что тема гипноза была крайне популярна в то время. В самом деле, вся Европа и Америка была увлечена интересом к гипнозу и разного рода экспериментам с психикой.

Желание заниматься психотерапией привело его к изучению медицины. Осенью 1889 г. он приступил к учебе на медицинском факультете. Тот факт, что он уже был обладателем диссертации, позволил ему не посещать некоторые занятия и больше времени уделять практике. В период своего обучения он практиковался в палатах Сальпетриера, где всем руководил Шарко. Эти исследования в Сальпетриере стали основой для его последующих научных выводов. Итоги своей работы он представил в мае 1893 г. Шарко, который был председателем дипломной комиссии, оценил его работу с отличием. Жане получил звание врача и продолжил работу у Шарко в качестве руководителя одной из лабораторий его клиники. Но в августе 1893 г. Шарко умер, и Жане вынужден был остаться в Сальпетриере без его поддержки.

Жане работал в Сальпетриере еще несколько лет. В то же самое время он попытался найти себя на поприще преподавателя в одном из учебных заведений Парижа. В феврале 1902 г. он был избран на должность профессора экспериментальной психологии Коллеж де Франс. Его кандидатуру представил Анри Бергсон, работавший там же. Соперником Жане на эту вакансию был Альфред Бине, вошедший в историю наук о человеке как автор теста Бине, применяемого для измерения умственных способностей ребенка.

Работа в Коллеже де Франс отличается от преподавания во всех остальных университетах. У профессоров Коллежа нет постоянных студентов, они читают лекции для иностранцев, неспециалистов и других ученых. Поэтому у Жане так и не появилось своей школы, своих учеников. Однако его лекции были популярны, и имя Жане стало известно

<sup>34</sup> См.: Жане, П. Психический автоматизм. М., 1913. См. также: Жане, П. Неврозы и фиксированные идеи, [ч.] 1. СПб., 1903.

в разных странах. Каждый год Жане читал новый лекционный курс, в котором знакомил свою аудиторию с результатами своих исследований в психотерапии.

С начала работы в Коллеж де Франс Жане приходилось ездить в другие страны, в том числе в Англию и США. В августе 1913 г. он выступал на Международном медицинском конгрессе в Лондоне, где сделал доклад против психоанализа Фрейда. Основной упрек, который Жане сделал Фрейду, касался приоритета в открытии методов лечения неврозов. Эта борьба за приоритет свидетельствовала о том, что Фрейд и Жане относились к своим исследованиям именно как ученые-естествоиспытатели, поскольку для гуманитариев проблема приоритета не имеет значения<sup>35</sup>.

Характерно, что в июне 1914 г. на заседании Терапевтического общества в Париже Жане защищал Фрейда, а его статья на эту тему вышла в 1915 г., когда Франция находилась в состоянии войны с Германией и Австрией.

Начиная с 1910 г. Жане развивал свою теорию, посвященную структуре сознания, которая также шла вразрез с теорией Фрейда. Характерно, что такие ученики Фрейда как Юнг и Адлер использовали многие положения Жане из этой теории.

К 1919 г. Жане завершил свой большой труд «Психологические методы лечения». Эта работа стала итогом его всеобъемлющей концепции. Однако ее выход в свет уже не мог удовлетворять пристрастия образованной публики. Интеллектуальная атмосфера послевоенной Европы изменилась. В воздухе носились новые теории. В моду вошло опровержение прежних авторитетов. Эта книга Жане была последней, которую перевели на английский язык.

В 20-е и первой половине 30-х годов Жане все еще преподавал в Коллеже де Франс, а после ухода с кафедры занимался частной практикой. До самых последних дней жизни он продолжал ездить по разным странам, читать лекции. Кроме того, он и сам любил сидеть за партией вместе со студентами. В 1942 г. в возрасте восьмидесяти трех лет он посещал лекции своего ученика доктора Жана Деле в психиатрической клинике Святой Анны при университете Парижа. В августе 1946 г. он сделал свои последние доклады по психотерапии, находясь в Швейцарии. Последние дни своей жизни он работал над книгой по психологии веры, во время работы над которой он и скончался в собственном доме в Париже.

Жане был очень сдержанным, но при этом деятельным человеком. Не зря термин «*деятельность*» стал важнейшим понятием в его теории. Как врач, он всегда уделял большое внимание своим пациентам и лично записывал истории их болезни, которых у него накопилось более пяти тысяч. Это был ценнейший клинический материал, но Жане распорядился уничтожить их после своей смерти, поскольку считал, что не вправе их обнародовать и отступать от норм врачебной этики.

Как психотерапевт, он был очень изобретателен, и его приемы работы позволяли ему добиваться положительных результатов. При этом он часто не доверял тому, что говорят его пациенты, сознавая, что они могут просто играть перед врачом. Это была позиция ученого, желающего понять, что происходит на самом деле в душе пациента.

\*\*\*

Философские представления Жане были во многом оригинальны. Они сформировались в период его работы в Гавре. Как философ Жане решил для себя вопрос о том, что такое *научный метод*. По его мнению, это соединение анализа и синтеза. Анализ

<sup>35</sup> Лоренцер, А. Археология психоанализа. С. 124.

предполагает разложение целого на составляющие его элементы при условии, что эти элементы реально существуют. Например, анатом не делит человеческое тело на четыре или сто частей, а различает в нем мышцы, нервы, сосуды и пр. Такой же подход Жане применял и к научной психологии. Она должна начинаться с *психологического анализа*, т. е. с выявления элементарных психологических функций, а затем переходить к *психологическому синтезу*. Примечательно, что Жане не считал, что термин «психоанализ» является столь уж важным понятием, поскольку, по его мнению, представители каждой науки пользуются анализом при проведении своих исследований.

Многие философы прошлого пытались воссоздать структуру человеческой души посредством анализа и синтеза. В XVIII веке Кондильяк в «Трактате об ощущениях» (1754) представил путь психического развития человека в своем философском мифе о статуе, которой постепенно, одно за другим даются ощущения<sup>36</sup>. У Кондильяка статуя имела такое же строение тела, как человек, но первоначально была лишена ощущений. В рассуждениях Кондильяка первым ощущением было обоняние, и философ проследил, как будет меняться психическое развитие статуи, когда у нее появится это ощущение. Подобной же логикой он руководствовался при рассуждении и об остальных ощущениях.

Недостатком этой философской теории была ее умозрительность. Жане пошел другим путем. Он стал опираться на эксперимент и начал поиск *низших форм человеческой психической деятельности*. В качестве этих форм он выделил *психические автоматизмы*, образующие сферу *бессознательного*. Жане полагал, что автоматизмы связаны с сознанием и выделял две группы автоматизмов. Первая – полный автоматизм, процесс, охватывающий мышление человека в целом. Вторая – частичный автоматизм, который подразумевает, что часть личности как бы вышла из-под ее контроля и следует своему автономному развитию. Он выявил целое семейство таких состояний, свидетельствующих о расщеплении целостной личности на части, – от *каталепсии* до *обсессии*, или одержимости.

К своим выводам он пришел в ходе клинических наблюдений за пациентами, среди которых наиболее известными были Леони, Мари, Жюстина, Ахилл и другие.

Наблюдение за девятнадцатилетней Мари проводилось в Гавре в 1889 г. Болезнь девушки не могли излечить другие врачи. Она страдала множественными психическими расстройствами. Одно из них было связано с тем, что Мари не видела левым глазом. Жане использовал при ее лечении гипноз. Благодаря этому Мари была приведена в состояние, которое Жане называет *«сомнамбулизмом»*. В этом состоянии Мари вернулась к своему пятилетнему возрасту, когда она еще видела обоими глазами. Жане было важно узнать, при каких обстоятельствах наступила слепота. Он пишет об этом следующее:

«Я заставил ее вновь проиграть в состоянии сомнамбулизма основные события ее жизни того периода и обнаружил, что слепота наступила в определенный момент в результате одного малозначительного случая. Однажды Мари, несмотря на ее протесты, уложили в постель вместе с девочкой ее возраста, у которой всю левую половину лица закрывало пятно импетиги (лишай. – Д. М.) Через некоторое время подобное поражение кожи появилось на том же месте и у Мари. Это пятно появлялось у нее на протяжении нескольких лет примерно в одно и то же время, но наконец она излечилась от этого. Однако никто не заметил, что с этого момента у нее наступило онемение левой

части лица и она ослепла на левый глаз. Это онемение оставалось у нее постоянно или, если выходить за рамки того, что я сам наблюдал, оно оставалось у нее постоянно, в какие бы периоды жизни я ее не погружал с помощью внушения; причем, когда онемение наступало в других частях тела, оно потом полностью исчезало. Я сделал попытку излечить ее тем же способом, что я использовал раньше. Я заставил Мари снова оказаться рядом с ребенком, который вызывал у нее такой ужас. Мне удалось убедить ее в том, что ребенок выглядит нормально и у него отсутствует то страшное заболевание (заставить ее поверить в это было нелегко, и мне удалось этого добиться только со второй попытки). Поверив в то, что ребенок нормален, Мари смогла дотрагиваться до него и гладить без всякого опасения, после чего чувствительность левого глаза легко восстановилась, и когда Мари проснулась, она видела обоими глазами. [...] Я не хотел бы преувеличивать значение этого случая и не знаю, каково будет состояние пациентки в будущем, но считаю, что эта история интересна тем, что она доказывает, какое большое значение имеют подсознательные идеи и какую большую роль они играют в возникновении некоторых физических, равно как и психических заболеваний»<sup>37</sup>.

Прибегая к гипнозу, Жане действовал, как и гипнотизеры прошлого. Но из своей практики он сделал далеко идущие выводы. В частности, случай Мари, который был лишь вторым случаем удачного исцеления путем катартического метода, о котором он написал, убедил его в том, что человеческая психика представляет собой хрупкое образование. Если человек получает *психическую травму*, это может привести его к тому или иному неврозу и даже вызвать физические расстройства. Со временем следы этой травмы стираются, но болезнь остается. Сама болезнь представляет собой нарушение высших психических функций, а именно неспособность сознания осуществлять *психический синтез*. Так, в человеческой психике образуются особого рода фрагменты, которые остаются неподконтрольными для сознания. Они представляют собой навязчивые подсознательные идеи, которые и служат причиной неврозов.

В своей психотерапевтической практике Жане исходил из тезиса о том, что такие подсознательные идеи следует уничтожать. Он полагал, что для этого можно использовать разные методы, в том числе электрошок и массаж. Однако наиболее обычным средством в таких случаях выступала собственно психотерапия, а именно попытка избавиться от навязчивых идей посредством возвращения пациента к той ситуации, когда они образовались впервые. В этот момент пациента надо было убедить в том, что содержание идеи совершенно другое, чем представлялось прежде, т. е. Жане пытался преобразовать эту идею, дать ей новую, приемлемую для пациента трактовку или просто диссоциировать ее. Это был типичный прием, которым он пользовался.

Однако, как полагал Жане, не всякую болезнь можно лечить внушением. Для некоторых пациентов более подходящим средством было развитие у них способностей к психическому синтезу, т. е. развитие их интеллектуальных навыков. Во время работы с Жюстиной Жане добивался того, чтобы она выполняла самые элементарные упражнения – от арифметического счета до написания нескольких строчек письма. Лечение Жюстины заняло у него три года, но и после этого срока Жане не был уверен, что достиг надежного результата. По его мысли, было важно продолжать встречи с пациенткой и впредь, но не так часто, как прежде.

<sup>37</sup> Janet, P. L'Automatisme psychologique. Paris: Alcan, 1889. P. 439–440. Цит. по: Элленбергер, Г. Открытие бессознательного. С. 432–433.

<sup>36</sup> См.: Кондильяк, Э. Трактат об ощущениях // Сочинения : в 3 т. / Э. Кондильяк. Т. 2. М. : Мысль, 1982. С. 189–399.

Открытие им феномена бессознательного привело его к выводу, что человек является хозяином своих действий, слов и идей, т. е. не является хозяином самого себя. Поэтому для Жана задача психотерапии состояла в том, чтобы помогать человеку, имеющему проблемы с психикой, возвращаться к более сбалансированному состоянию. Основные соображения на этот счет он развил в своей *динамической теории*. Первые идеи были им сформулированы еще в 1903 г., но основные взгляды он изложил в работе «Психологические методы лечения» (1919).

Как и многие его современники, Жане полагал, что человек является обладателем особой *нервной энергии*. Эта идея, как показал позже Жак Лакан относительно Фрейда, была следствием популярности образа машины, вошедшего в культуру благодаря развитию промышленности<sup>38</sup>. Отсюда понятно, что энергия – это одна из характеристик машины, выполняющей ту или иную работу. Отметим также, что термин энергия получил широкое хождение далеко за пределами термодинамики.

Нервная, или психологическая, энергия, по Жане, характеризуется двумя параметрами: *силой и напряжением*. Между силой и напряжением должно существовать равновесие. Когда происходят его колебания, возникают разные ментальные патологии. Например, *психические беспокойства* начинаются там, где количество силы поддерживается на прошлом уровне, а психологическое напряжение падает. Если такое напряжение падает крайне быстро, то происходят психолептические кризы и другие проявления психологической разрядки.

Используя понятия психологической силы и напряжения, Жане разработал новую *теорию неврозов*, ориентируя ее на нужды психотерапевтической практики. Он писал: «Возможно, когда-нибудь мы сможем создать балансовую ведомость запаса энергии, точно так же, как сейчас такие ведомости существуют в бизнесе. В этом случае психиатр сможет эффективно использовать слабые ресурсы пациента, избегая ненужных расходов и направляя его усилия только туда, где они необходимы, а еще лучше, если он сможет научить пациентов, как увеличить имеющееся у них количество энергии, как сделать свою психику мощнее»<sup>39</sup>.

В частности, он полагал, что астенический синдром представляет собой простую нехватку психологической силы, что и проявляется в соответствующей вялости человека, возникающей после совершения усилий. При лечении астенического синдрома, согласно Жане, надо решать три задачи: увеличивать доход психологической силы, уменьшать ее расходы и ликвидировать долги. Схожие стратегии касаются и случаев других заболеваний, например, астенического слабоумия (разновидность шизофрении). В этом случае тоже необходимы психологические *инвестиции*.

Таким образом, разработанная Жане система динамической психотерапии была в то же самое время системой *психотерапевтической экономии*. Психотерапевт для Жана – это специалист по управлению нервной энергией, тот, кто способен заставить ее течь и сосредотачиваться в нужном месте.

<sup>38</sup> См.: Лакан, Ж. Семинары. Кн. 2. Работы Фрейда по технике психоанализа. М.: Логос: Гнозис, 1999. С. 112–114. О связи проблематики «энергии» с феноменом промышленной революции также см.: Bowler P. J., Morus I. R. Making Modern Science: A Historical Survey. London, Chicago: The University of Chicago Press, 2005. P. 79–102.

<sup>39</sup> Janet, P. Les Medications psychologiques. Paris: Alcan, 1919. III. P. 469–470. Цит. по: Эленбергер, Г. Открытие бессознательного. С. 451.

Соответственно психика человека представляет собой некий резервуар ментальной энергии. Возникающие в нем пробоины, дренаж – все это становится источником душевных проблем. Большое значение поэтому имеет окружение человека, его социальные связи, его семья и коллеги. Для предотвращения психических расстройств, вызываемых контактами с нежелательными людьми, по мысли Жана, с ними следует расставаться – хотя бы временно или навсегда. Отсюда польза помещения пациента в госпиталь, где социальные связи меняются, или временная изоляция в семье.

Психотерапевт, таким образом, становится у Жана специалистом по поведению человека. От него требуется знать о социальных связях и действиях человека. Длительный и регулярный контроль, особый род руководства душами – эти идеи Жана сближали его психотерапевтическую теорию и с моделями пастырства Нового времени.

С 1920-х годов Жане обратился к решению проблемы *религии*, опираясь на данные собственной психологической теории. Он решил трактовать религиозное поведение человека как функцию контроля над бюджетом ментальных сил.

Религия и мораль, по его мысли, сосредоточены на том, чтобы экономить психические силы. Когда человек практикует религиозно-моральное поведение по отношению к себе, ему легче удастся экономить свои нервные ресурсы.

Ситуация изменяется, когда человек вступает в отношение с другими людьми. На этом новом, социо-личностном уровне приходится вести взаимный учет ментальной энергии индивида и общества. Сберегать энергию позволяет так называемое *имитаторство*. Быть лидером значит тратить энергию, но эта трата обычно окупается удовлетворением.

Обряды и мифы представляют собой сложные модели поведения, в которых все элементы человеческих действий фиксированы. Этим также достигается экономия.

Возникновение веры в богов и духов, согласно Жане, было следствием возникновения мышления. Мысль, или внутренний язык человека, привела к появлению веры в невидимого двойника, который существует вне осязаемых действий человека. Человек ищет идеального наставника, друга, руководителя, и этим руководителем для него становится Бог.

Но идея Бога исчезла бы, если Бог не смог заговорить с человеком, считает Жане. Бог заговорил лишь благодаря молитве, т. е. внутренней беседе человека. Верующий обращается к Богу, и Бог, который внутри его мысли, дает ему ответ. Это еще одно проявление автоматизма. Однако если Бог не дает ответ, наступает невроз, истощение ментальной энергии.

Роль религии огромна. Она породила мораль. Благодаря религиозной морали человек научился подчинять и организовывать свои желания. В современном мире философия и наука бросают религии вызов. Жане спрашивает, что будет с человеком, когда религия исчезнет. По его мысли, у религии могут быть только две замены – научная психотерапия и поклонение прогрессу. Последнее означает всего лишь спокойную уверенность в себе и уверенный взгляд на окружающий мир.

Эти рассуждения о религии привели Жана к следующему выводу: эволюция человека не закончилась и в будущем примет такие формы, о которых мы не можем даже мечтать.