

БІБЛІОТЕКА КЛАСИЧНОЇ
СВІТОВОЇ НАУКОВОЇ ДУМКИ

А Б Р А Г А М

Б Р И Л



ФУНДАМЕНТАЛЬНІ
КОНЦЕПЦІЇ
ПСИХОАНАЛІЗУ

Харків
«ФОЛІО»
2022

Цей том серії «Бібліотека класичної світової наукової думки» містить переклад твору «Фундаментальні концепції психоаналізу» відомого австро-американського психіатра та психоаналітика Абрагама Брила. Твір являє собою курс лекцій, який Брил прочитав на педагогічному відділенні Нью-Йоркського університету.

Абрагам Брил певний час працював під керівництвом Зигмунда Фрейда і першим познайомив англomовний світ із працями засновника психоаналізу. У лекціях Брил порушує питання меж застосування психоаналізу: «Чи можливо за допомогою психоаналізу вилікувати психоз?», «Чи можна використовувати психоаналіз як засіб особистісного зростання?» і, негативно відповідаючи на обидва питання, обґрунтовує неможливість, ба навіть шкідливість застосування так званого дилетантського психоаналізу. Саме Брил завдяки своїй політичній владі (засновник і голова Нью-Йоркського психоаналітичного товариства, двічі голова Американської психоаналітичної асоціації, голова Відділення психоаналізу при психіатричному товаристві в США) домігся заборони нефaxового психоаналізу.

Лекційний курс «Фундаментальні концепції психоаналізу» побудований на матеріалах Фрейдомого вчення, що з ним, перекладаючи, Брил мав змогу ознайомитися безпосередньо, з першоджерел. Прямих посилань на Фрейда Брил свідомо уникає,

про що він пише вже у передмові до власної книжки. Втім, знавці психоаналізу відразу помічають, що ми маємо до діла з інтерпретацією так званої «психоаналітичної тріади»: «Тлумачення сновидінь», «Психопатологія щоденності», «Дотепи та їхній стосунок до несвідомого». Доволі часто у своїх лекціях Брил відтворює Фройдіві приклади зі згаданих робіт, супроводжуючи їх власною, оригінальною інтерпретацією наявної психічної динаміки та економіки. Тож для розуміння історії розвитку північноамериканської психодинамічної психотерапії Ви маєте змогу познайомитися з однією з найперших і водночас найвпливовіших інтерпретацій психоаналізу на теренах США.

ЗМІСТ

Передмова.....	7
<i>Розділ 1</i>	
КАТАРСИЧНИЙ МЕТОД «...МИ ЖИВЕМО ВИСЛОВЛЮЮЧИТЬСЯ...» ..10	
Короткий огляд нервових та психічних хвороб.....	10
Розмовна терапія.....	15
Свідоме, передсвідоме та несвідоме.....	20
Створення катарсичного методу.....	24
<i>Розділ 2</i>	
СИМПТОМ: ЙОГО ПРИРОДА ТА ФУНКЦІЇ.....	32
Фройдова концепція сексуальності.....	32
Симптом як вихід.....	41
Симптом як компроміс.....	47
<i>Розділ 3</i>	
ПСИХОЛОГІЯ ЗАБУВАННЯ.....	53
Захисний механізм забування.....	53
Типові випадки забування.....	57
Символи та несвідоме.....	63
<i>Розділ 4</i>	
ПСИХОПАТОЛОГІЯ ЩОДЕННОСТІ.....	79
Забування імен.....	79
Помилки на письмі та під час читання.....	91
Інші символічні дії.....	99
Збирання.....	104
<i>Розділ 5</i>	
ТЕХНІКА УТВОРЕННЯ ТА ФОРМИ СПРЯМУВАННЯ ДОТЕПУ.....	114
Техніка утворення дотепу.....	114

Дотепи переміщення	119
Дотепи автоматизму	121
Дотепи нонсенсу	123
Еліптичний дотеп	123
Представлення через протиставлення	124
Сенс у нонсенсі	124
Дотеп перебільшення	125
Дотеп через схожість	126
Спрямування дотепу	127
<i>Розділ 6</i>	
ФУНКЦІЯ ТА МОТИВ СНОВИДІННЯ	140
Внутрішні й зовнішні стимули та сновидіння	141
Сновидіння — охоронець сну	147
<i>Розділ 7</i>	
ФУНКЦІЯ ТА МОТИВ СНОВИДІННЯ (продовження)	157
Аналогія між сновидіннями та симптомами	173
<i>Розділ 8</i>	
ТИПИ СНОВИДІНЬ	181
Тривожні сновидіння	181
Штучні сновидіння та брехня	191
Типові сні	203
<i>Розділ 9</i>	
ТИПИ СНОВИДІНЬ (продовження)	214
Багаторазово детерміновані сновидіння	233
<i>Розділ 10</i>	
ЗАГАЛЬНІ ФОРМИ БОЖЕВІЛЛЯ	245
Dementia Praecox	245
Маніакально-депресивне божевілля	253
Параноя	256
<i>Розділ 11</i>	
ЄДИНА В РОДИНІ ДИТИНА	271
<i>Розділ 12</i>	
КАЗКИ ТА ВИТВОРИ МИСТЕЦТВА	287
Витвори мистецтва	299
<i>Розділ 13</i>	
ВИБІР ПОКЛИКАННЯ	303
Висновки	325
Примітки	328
Предметний покажчик	346

ПЕРЕДМОВА

Існує чимало хибних уявлень про психоаналіз¹. Деякі з них я хотів би прояснити. В 1908 році, коли я вперше представив психоаналіз у цій країні, то передовсім звертався до професійних медиків, адже проф. Фройд розробив свій психоаналіз під час дослідження граничних випадків ментальних порушень, тож мій інтерес був простою зацікавленістю психіатра, що марно намагався допомогти таким пацієнтам і врешті знайшов у психоаналізі найбільш придатний інструмент для лікування та розвідування психіки. Утім, уже тоді мені було зрозуміло, що предмет, з яким має до діла психоаналіз, сягає далеко за межі чисто медичної царини, адже, беручись за людську психіку, маючи на меті дослідити походження її патологічних проявів, слід також розглянути всі її нормальні інтелектуальні та емоційні вираження. Саме тому впродовж багатьох років проф. Фройд розгадував таємниці сновидінь, дотепу, міфології, казок, а також кинув яскравий промінь світла на історію цивілізації, розвиток релігії та філософії. Хоча ці феномени, строго кажучи, й не належать до патологічних станів. Тож природно було очікувати, що зацікавлених згаданими речами осіб, також привабить і психоаналіз.

Огляд чималої за обсягом психоаналітичної літератури свідчить про те, що психоаналіз привернув до себе увагу не лише професійних лікарів, але також психологів, освітян та завзятих любителів, утім, незважаючи на певну кількість дилетантів, усе-

таки досягнути вдалося багато. Не менш важливо, що нова психотерапія привабила багатьох шарлатанів та знахарів, які знайшли в ній засіб експлуатації неосвічених верств населення, обіцяючи їм зцілення від усіх недуг, а це, як відомо, не нове для медицини — немає такої хвороби, яку б не лікували знахарі¹¹. Саме тому все це легко замовчувати, гадаючи, що кожен, хто настільки дурний, щоб довірити свою душу знахарям, не заслуговує на увагу, але, відчуваючи певну відповідальність за психоаналіз у цій країні, я просто хочу сказати: якщо психоаналіз — це дивовижне відкриття в науці про психічне (mental science), подібне, скажімо, до X-променів у хірургії, то він може бути використаний лише людиною, що добре знається на анатомії та патології. Як терапевтичний засіб психоаналіз, у кращому разі, має дуже обмежену сферу застосування, він може бути використаний лише під час лікування особливих хвороб. Психоаналізом не вилікувати рак, і він не перетворить ущербного «радикала» на порядного громадянина, також він не допоможе повернути зрадливого молодого чоловіка до його літньої істеричної дружини, він не в змозі зарадити розривові пари, що розбіглася, більше, ніж мікроскоп здатен удіяти, коли рветься тканина. Урешті психоаналіз не може зробити нормальну людину з ідіота чи стати філософією життя для того, кому бракує розуму, щоб сформулювати її самостійно. Проте вже зараз психоаналіз змусив переглянути підстави всіх наук про психічне і в руках досвідченого психіатра може стати засобом лікування найбільш хронічних психо-невротичних недуг. Ба більше, знання отримане за його допомоги, не лише сприяє розвитку профілактичних засобів, які уможливають зменшення кількості нервових та психічних хвороб, але й розбудові нових методів у нашій системі освіти. Коротко кажучи, психоаналіз поза терапевтичним застосуванням, що не є предметом цієї роботи, становить інтерес для кожного, хто хоче зрозуміти людську природу та пізнати себе в сократівському сенсі.

Матеріали, які ви знайдете в цій книжці, взято з лекцій до мого вступного курсу на кафедрі педагогіки Нью-Йоркського

університету. Передусім цей курс було спрямовано до тих, хто переймається проблемами освіти та психології. Однак через те, що неможливо говорити про нормального індивіда, не показавши, що може статися з дитиною, якщо, скажімо, помістити її до особливого середовища, я навів приклади показових випадків, які належать до царини патологічного так коротко, як це лише можливо, окрім цього, в жодному разі не лише технічно, навів дескрипції деяких форм психічних розладів. Я також намагався, як міг, уникати технічних виразів і не завдав собі клопоту захарастити цей том великою кількістю посилань, як того обов'язково вимагають від книжок, звернених до професіоналів, але кожен, хто знає, чим я займаюся, розуміє, що всі мої книжки спираються на засади, які заклав проф. Фройд, і відсилають до його праць за докладнішою й більш технічною інформацією.

Містер Сидні М. Франкел, один із мої студентів, допоміг мені цінними порадами, а також звільнив мене від укладання предметного покажчика в цій книжці. Я йому за це дуже вдячний.

Листопад, 1921

Розділ 1

**КАТАРСИЧНИЙ МЕТОД
«...МИ ЖИВЕМО ВИСЛОВЛЯЮЧИСЬ...»**

Психоаналіз — це термін, що його ретельно розробили професор Зигмунд Фройд та його учні. Етимологічно він означає аналіз душі^{III} (*mental analysis*). Нам відомі різні типи психоаналізу, але тут ми розглянемо особливу аналітику душі, що працює з особливими інструментами. Ідеться про розбір (*analysis*) нормальної та патологічної (*abnormal*)^{IV} активності за допомогою чітко визначеного методу на підставі аналізу сновидінь, психопатологічних дій, галюцинацій, марень та психічних нападів усіх видів, які ми бачимо у сфері патологічного. Від початку її опрацювання завдячує роботі з так званими граничними випадками психічних хвороб. Інакше кажучи, проф. Фройд мав до діла з неврозамми, що їх звичайний лікар знає під назвами неврастенії, істерії, нав'язливих станів (*obsessions*) та фобій. Аби цілком зрозуміти, як розвивався предмет психоаналізу, також бажано сказати кілька слів про ранню історію психічних хвороб.

Короткий огляд нервових та психічних хвороб

Перші наукові описи божевілля датовані 460 роком до Р. Х. У цей час Гіпократ розглядав психічні порушення як патології (*abnormalities*), спричинені пошкодженням головного мозку. Потому запала тривала пауза. Хоча ми й можемо звернутися до

клінічних описів Аретея^V (60 р.), Галена^{VI} (160 р.) та багатьох інших, упродовж Середньовіччя нашим предметом не лише легковажили, але й украй його занедбали. Із божевільними людьми поводитися найжорстокіше, вважаючи одержимими, їх заарештовували й страчували, наче злочинців. Проте з розвитком цивілізації божевілля починає привертати до себе дедалі більше уваги, й 1792 року паризький професор Філіп Пінель^{VII} домігся скасування практик ув'язнювання. Він був першим, хто визнав, що божевільний — це хвора людина, а не демон чи злочинець, і від цього часу поволі виникає тенденція поліпшувати становище божевільних людей та намагатися зрозуміти природу безуму як такого.

Вік модерної, чи сучасної психіатрії налічує приблизно двадцять п'ять років, навіть менше. Однак треба зазначити, що й набагато раніше роблено окремі спроби розсудливо та науково досліджувати наш предмет, відповідно ми маємо чимало наукових досягнень у вивченні кататонії^{VIII} та інших психічних хвороб. Проте дотепер у більшості сучасних книжок манію й меланхолію трактують так, ніби вони самодостатні хвороби. Сьогодні нам, звичайно, відомо, що меланхолія чи манія — це не хвороби. Так само хибно було б назвати хворобою кашель. Усі ми знаємо, що кахикання — це лише симптом хвороби, а не її сутність (*entity*). Інакше кажучи, хтось може кахикати, бо хворіє на туберкульоз, однак це може бути й звичайна застуда. Те саме з манією. Жодна форма божевілля не оминає періоду так званої манії. Утім, це лише симптом. Отже, як ви бачите, симптом сприймають як хворобу, й це спричиняє купу непорозумінь. Якимось мені трапилося побачити на диво різні діагнози в історії хвороби одного пацієнта, що його лікували в різних психіатричних лікарнях: 1880 року пацієнту діагностували манію, за два роки — меланхолію, за три — знов манію, а за п'ять років чоловік помер від розм'якшення мозку^{IX}. Це сталося лише тому, що лікарі й гадки не мали, що з ним робити, й це досі стосується звичайних практиків, особливо лікарів, які отримали освіту за старого режиму.

Сучасну науку про психічне започаткував професор Крепелін^X у свій гайдельберзький період. Він був учнем видатного психолога Вундта^{XI}, який відкрив, що божевільним людям притаманні характерні особливості не лише під час проявів їхнього патологічного сприймання, але й упродовж усього перебігу хвороби. Крепелін зробив для психічних хвороб те, що Вірхов^{XII} зробив для патології. Останній наполягав на тому, що для правильного діагностування хвороби треба знати напевно, який вигляд має вражений орган. Наприклад, досліджуючи хворі легені, Вірхов з'ясував, що ті мають певні характерні особливості. Утім, звичайно, визначити справжню причину легеневої хвороби до того, як почали використовувати мікроскоп, було неможливо. Адже хвора легеня може на неозброєне око видаватися туберкульозною, але після вивчення та порівняння під мікроскопом може виявитися, що це не так. Психоаналіз — це мікроскоп для психічних хвороб. Роками не було жодної спроби з'ясувати, про що говорить пацієнт, а якщо він геть нічого не говорить, то що це означає. Адже раніше, коли пацієнт лягав до шпиталю, достатньо було зафіксувати, що він тупий, дурний і недоумкуватий. Хоча між усім цим немає великої відмінності. Працюючи у державній лікарні, я мав змогу переглянути відомості про стан пацієнта за двадцять років. У записах за 1882 рік я побачив таке: «пацієнт тупий, дурний та недоумкуватий», потому, за кілька років: «пацієнт недоумкуватий, тупий і дурний» тощо, аж поки вони не вичерпали усі можливі перестановки та комбінації, а останній запис підсумував: «пацієнт раптово помер».

Робота Крепеліна, яка так чи так була здебільшого представлена тут завдяки зусиллям Адольфа Маєра, помітно поліпшила ситуацію. Регулярно почали фіксувати первинні психологічні дані; усебічно описувати кожную історію й звертати особливу увагу на загальну поведінку пацієнта. Ми занотовували все, що пацієнт сказав та зробив, чи виявляв певні нахили до галюцинацій, а чи до марення, наприклад, як буває тоді, коли себе вважають скинутим із трону Імператором Японії, або й просто байдужість до свого оточення. Також ретельно випробовували

інтелект пацієнта, орієнтацію та пам'ять і, що найважливіше, піддавали прискіпливому фізіологічному та неврологічному оглядові. Лише після цього дослідження наважувалися на діагноз. І усе-таки, якщо переглянути кілька історій щодо однієї нозологічної одиниці (*disease entity*), скажімо, *dementia praecox*, одразу помітно, що немає двох цілком однакових випадків. Утім, Крепеліна та його школу ніколи не цікавило, чому буває так, що пацієнт А має слухові галюцинації — чує, ніби жінка кличе його на пестливе ім'я, пацієнт Б чує, як дитина кричить «мамо», а пацієнтці В ввижається, що до неї говорить чоловік. З'ясувати це не було жодної спроби, аж поки проф. Фройд не оприлюднив результати своїх перших досліджень так званих граничних випадків психічних хвороб.

Наприклад, тепер, розглядаючи природу галюцинації та марення, ми бачимо, що існує конкретна причина, чому та чи та жінка, сидючи в кутку лікарняної палати, пестить і говорить до ляльки, змотаної з ганчірок та газет, так, наче це її дитина. Дослідивши її життя, зазвичай ми дізнаємося, що бідолашна збожеволіла, втративши своє єдине дитя. Водночас, розглянувши випадок жінки, що, так би мовити, говорить сама до себе, ми, радше за все, з'ясуємо, що вона звертається до особи, за якою сумує. Наприклад, я пригадую, як одна пацієнтка тривалий час розмовляла зі своїм уявним нареченим. Завдяки аналізу нам вдалося з'ясувати, що у весільний день, коли зібралися всі родичі та гості, він не прийшов, залишивши їй короткого листа. Звісно, що повернувшись додому, всі його гірко лаяли й лише вона намагалася захистити. Спантичена дівчина просто не могла уявити, що він не прийде, тому благала людей зачекати, й ті чекали годинами, але наречений так і не з'явився, аж раптом вона кинулася до дверей запевняючи, що чує як він до неї говорить. Відтоді вона в божевільні.

До того, як Фройд створив психоаналіз, вважали: якщо людина нервова (*nervous*), то, мабуть, щось негарзд із її фізичною будовою, хоча це й неможливо підтвердити під час огляду. Пацієнти, які скаржаться на різноманітні болі, специфічні відчуття,

хворобливі страхи та нав'язливі думки, що не мають фізичної підстави, завжди становили більшу частину випадків. Тому американський лікар доктор Бірд^{XIII} зробив висновок: якщо в таких випадках фізичний огляд нічого не виявляє, то неодмінно має бути щось негаразд із їхніми нервами. Отже, він назвав весь клас таких випадків неврастенією, тобто слабкістю нервів. Хоча тут насправді про «слабкість нервів» ідеться не більше, ніж у випадках, коли люди на подібне не скаржаться. Однак доктор Бірд вважав: якщо немає виявлених проблем із серцем чи легенями або інших органічних розладів, які б пояснювали скарги пацієнта, тоді слабкими мають бути саме нервові волокнини. У разі неврастенії використовували багато різних засобів, але лікування було суто симптоматичним. Тобто, якщо пацієнт був збудженим, ліки його заспокоювали, якщо млявим чи пригніченим — вони його стимулювали. Проте, хоч би якими були засоби, пацієнти не одужували. Вони приймали прописане, але знов поверталися до лікарів, що драгувало і тих, і тих. Можу сказати, що на це скаржаться майже вісімдесят відсотків пацієнтів, які консультуються в лікарів, принаймні на це вказує досвід багатьох консультантів. По суті, вони й представляють той чималий клас пацієнтів, з якими ми маємо до діла в клініках, диспансерах та приватній практиці. Звичайно, їм якимось допомагають, але завжди лише тимчасово. Багато років тому, коли я працював у п'яти різних клініках і диспансерах Нью-Йорка, я мав справу з пацієнткою, що була знайома з ними усіма. Я лікував цю жінку у Вандербільтській клініці, а потім ми перетнулися в диспансері Бельвю. Вона виглядала винною та присоромленою та, намагаючись виправдатися, стверджувала, що ліки, які вона отримала від мене в першій клініці, більше не діють. Отже, такі пацієнти змінювали шпиталі один на інший, як вони, насправду, роблять це й тепер.

Приблизно 1880 року проф. Гайнрих Ерб^{XIV} з Гайдельберзького університету відкрив терапевтичні властивості електрики. Невдовзі почалася справжня лихоманка — її використовували й під час лікування, й з діагностичною метою. Кожного нервового рано чи пізно ініціювали в містерії електричного шоку, а коли

звичні форми електричного розряду виявлялися неефективними, вигадували нові. Проте в найліпшому випадку таке лікування було лише формою навіювання. За кілька тижнів пацієнт повертався з новими недугами. Електрика може викликати тимчасове поліпшення, але вона ніколи не лікує. Трохи електрики, доза ліків, холодна ванна чи масаж можуть трохи допомогти, але скажу не вагаючись, що я ніколи не бачив хронічної хвороби, що її вилікували в такий спосіб. Проф. Фройд, як й інші практики того часу, звертався до всіх засобів, які були в його розпорядженні, але результати були невтішними.

Саме тоді Фройд прочитав про паризького професора Шарко^{xv}, який експериментував із гіпнозом. Шарко з'ясував, що він може загіпнотувати істеричну жінку — навіяти їй симптом іншої особи й пацієнтка матиме цей симптом. Інакше кажучи, він наполягав, що істеричні симптоми можна навіяти під час гіпнозу, і якщо їх можна навіяти, то їх можна також усунути за допомогою гіпнозу. Принагідно дозвольте сказати, що гіпноз не такий уже дивний і таємничий, яким його зазвичай уявляють. Не думайте, що особу можна загіпнотувати *volens nolens* на манір, який демонструють на водевільних сценах. Нікого не можна загіпнотувати проти волі. Проте, поза сумнівом, якщо людина волеє цього, зазвичай її вдасться загіпнотувати. Експерименти Шарко дуже швидко стали широковідомими в науковому світі. Щойно Фройд дізнався про ці нові досліджування, він полишив свою практику, вирушив до Парижа та став одним з улюблених учнів Шарко. Він працював із ним приблизно два роки.

Розмовна терапія

Повернувшись до Відня, Фройд одразу вирішив застосувати свої знання до лікування неврастенії. У нього був старший друг доктор Броер^{xvi}, видатний учений, який, завдяки своїм досягненням у науці та медицині, викликав виправданий інтерес і був визнаний у Європі. Звичайно, він дуже хотів дізнатися все про