

Зигмунд Фрейд

Сексуальная жизнь

СОДЕРЖАНИЕ

Об этом томе.....	9
Сексуальность в этиологии неврозов (1898).....	11
Предварительные замечания издателей.....	13
Три очерка по теории сексуальности (1905).....	37
Предварительные замечания издателей.....	39
Предисловие ко второму изданию.....	43
Предисловие ко третьему изданию.....	43
Предисловие к четвертому изданию.....	45
I. Сексуальные отклонения.....	47
(1) Отклонения относительно сексуального объекта.....	48
(2) Отклонения относительно сексуальной цели.....	60
(3) Общее о всех перверсиях.....	70
(4) Сексуальное влечение у невротиков.....	72
(5) Парциальные влечения и эрогенные зоны.....	76
(6) Объяснение кажущегося преобладания извращенной сексуальности при психоневрозах.....	78
(7) Ссылка на инфантилизм сексуальности.....	79
II. Инфантильная сексуальность.....	81
[1] Сексуальный латентный период детства и его прорывы.....	84
[2] Проявления инфантильной сексуальности.....	87
[3] Сексуальная цель инфантильной сексуальности.....	90
[4] Проявления сексуальности в виде мастурбации.....	92
[5] Инфантильное сексуальное исследование.....	100
[6] Фазы развития сексуальной организации.....	103
[7] Источники инфантильной сексуальности.....	106
III. Преобразования пубертата.....	112
[1] Примат генитальных зон и предварительное удовольствие.....	113
[2] Проблема сексуального возбуждения.....	117
[3] Теория либидо.....	121

[4] Дифференциация мужчины и женщины.....	123
[5] Нахождение объекта.....	125
Резюме.....	134
Мои взгляды на роль сексуальности в этиологии неврозов (1906 [1905]).....	
Предварительные замечания издателей.....	147
Предварительные замечания издателей.....	148
О СЕКСУАЛЬНОМ ПРОСВЕЩЕНИИ ДЕТЕЙ (Открытое письмо доктору М. Фюрсту (1907)).....	
Предварительные замечания издателей.....	159
Предварительные замечания издателей.....	160
Об инфантильных сексуальных теориях (1908).....	169
Предварительные замечания издателей.....	170
Психология любовной жизни	
I. Об особом типе выбора объекта у мужчины (1910).....	
Предварительные замечания издателей.....	185
Предварительные замечания издателей.....	186
II. О самом обычном уничтожении любовной жизни (1912).....	
Предварительные замечания издателей.....	197
Предварительные замечания издателей.....	198
III. Табу девственности (1918 [1917]).....	
Предварительные замечания издателей.....	211
Предварительные замечания издателей.....	212
Два случая детской лжи (1913).....	
Предварительные замечания издателей.....	229
Предварительные замечания издателей.....	230
Инфантильная генитальная организация (1923).....	
Предварительные замечания издателей.....	235
Предварительные замечания издателей.....	236
Гибель эдипова комплекса (1924).....	
Предварительные замечания издателей.....	243
Предварительные замечания издателей.....	244
Некоторые психические последствия анатомического различия полов (1925).....	
Предварительные замечания издателей.....	253
Предварительные замечания издателей.....	254

О либидинозных типах (1931).....	267
Предварительные замечания издателей.....	268

О женской сексуальности (1931).....	273
Предварительные замечания издателей.....	274

ПРИЛОЖЕНИЕ

<i>Библиография</i>	294
<i>Список сокращений</i>	305
<i>Именной указатель</i>	306
<i>Учебное издание — содержание томов</i>	308

Сексуальность в этиологии неврозов
(1898)

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ ИЗДАТЕЛЕЙ

Издания на немецком языке:

1898 *Wien. klin. Rdsch.*, т. 12 (2), 21–22, (4), 55–57, (5), 70–72, (7), 103–105. (9, 23, 30 января и 13 февраля.)

1906 *S.K.S.N.*, т. 1, 181–204. (1911, 2-е изд.; 1920, 3-е изд.; 1922, 4-е изд.)

1925 *G. S.*, т. 1, 439–464.

1952 *G. W.*, т. 1, 491–516.

Эта работа, которую Фрейд еще писал, когда первые ее части уже находились в печати, была завершена 9 февраля 1898 года, о чем мы знаем из письма Флиссу (Freud 1950a, письмо № 83), где Фрейд пренебрежительно характеризует ее как «статью для дачного домика». Однако он добавляет, что статья «довольно дерзкая и, в сущности, предназначена для того, чтобы вызвать негодование, что ей и должно утаться. Брейер скажет, что я очень себе навредил». С тех пор как появилась последняя психопатологическая работа Фрейда, «Об этиологии истерии» (1896c), прошло два года, за которые произошли многие события, которые занимали его как в интеллектуальном отношении, так и в духовном. В 1897 году он закончил и опубликовал на трехстах страницах труд о детском церебральном параличе, над которым крайне неохотно работал в течение нескольких лет и который представляет собой его последнюю неврологическую работу. Теперь, когда с этим долгом было покончено, он мог больше посвятить себя психологии и вскоре занялся делом, которое, как затем выяснилось, открыло новую эпоху, — своим самоанализом. Он начал его летом 1897 года, и уже осенью были получены некоторые основополагающие результаты: отказ от теории травматической этиологии неврозов, открытие эдипова комплекса и возрастающее понимание детской сексуальности как нормального, повсеместно распространенного явления. Обо всех этих выводах он сообщал в своих письмах Флиссу. (См. «Предварительные замечания издателей» к «Трем очеркам по теории сексуальности», ниже, с. 40–41.)

Следы этих важных событий (и вместе с тем все большего понимания Фрейдом психологии сновидений) едва ли можно найти

в данной работе, и это, без сомнения, причина того, почему Фрейд оценил ее так пренебрежительно. И тем не менее первая часть содержит прекрасное резюме представлений Фрейда об этиологии неврозов, которые до этого были изложены им в публикациях. Да и в целом статья дает нечто новое, поскольку в ней затрагиваются социологические проблемы. В высказанной в ней критике отношения медиков к вопросам сексуальности, особенно к мастурбации, использованию противозачаточных средств и проблемам супружеской жизни, звучат идеи, развиваемые Фрейдом в ряде более поздних работ, в которых он разоблачает социальные условности цивилизации, начиная со статьи «“Культурная” половая мораль» (1908*d*) и заканчивая трудом, созданным в старости, «Недомогание культуры» (1930*a*).

В последние годы благодаря детальным исследованиям я пришел к выводу, что моменты, относящиеся к сексуальной жизни, представляют собой ближайшие и важнейшие в практическом отношении причины любого случая невротического заболевания. Это учение не совсем новое; определенное значение сексуальным моментам в этиологии неврозов придавалось с давних пор и всеми авторами; для некоторых подводных течений в медицине исцеление «сексуальных недугов» и «нервной слабости» всегда объединялось в одном-единственном заверении. Поэтому нетрудно оспорить оригинальность этого учения, если уж отказаться от того, чтобы отрицать его значимость.

В нескольких небольших статьях, появившихся в последние годы в журналах «*Neurologischer Zentralblatt*» [1894*a*, 1895*b* и 1896*b*], «*Revue neurologique*» [1895*c* и 1896*a*] и «*Wiener Klinischer Rundschau*» [1895*f* и 1896*c*], я попытался представить материал и точки зрения, которые дают учению о «сексуальной этиологии неврозов» научное обоснование. Подробное изложение до сих пор отсутствует — главным образом потому, что усилия прояснить фактически признанную взаимосвязь наталкиваются на все новые проблемы, для решения которых нет предварительных научных изысканий. Однако мне отнюдь не кажется преждевременной попытка направить интерес практикующего врача на отношения, о которых здесь идет речь, чтобы он убедился в верности этих утверждений и преимуществах, которые он может получить в своей врачебной работе благодаря их познанию.

Я знаю, что не заставят себя ждать попытки с помощью этических окрашенных аргументов удержать врача от прослеживания этой темы. Кто хочет на примере своих больных убедиться, действительно ли их неврозы связаны с сексуальной жизнью, не сможет избежать расспросов об их сексуальной жизни в стремлении дать им близкое к истине объяснение. В этом, однако, якобы заключена опасность как для отдельного человека, так и для общества. Врач — слышу я чужие слова — не имеет права вторгаться в сексуальные

тайны своих пациентов, бесцеремонно задевать таким испытанием их стыдливость, особенно лиц женского пола. Своей неловкой рукой он может только разрушить семейное счастье, оскорбить невинность молодых людей и подорвать авторитет родителей; среди взрослых людей он лишь приобретет ненужных сообщников и разрушит отношения со своими больными. Следовательно, его этический долг — держаться подальше от всех сексуальных вопросов.

Пожалуй, можно ответить: это — проявление недостойной для врача жеманности, которая плохими аргументами не может прикрыть свою наготу. Если моменты, относящиеся к сексуальной жизни, действительно можно признать причинами болезни, то их выяснение и обсуждение, несомненно, входит в круг обязанностей врача. Думается, нарушение стыдливости, в котором он может оказаться повинен, не более тяжкое, чем в том случае, когда ради излечения местного поражения он настаивает на осмотре женских гениталий, к чему его самого обязывает выучка. От пожилых женщин, проводивших свои молодые годы в провинции, все еще часто приходится слышать, что когда-то вследствие чрезмерных генитальных кровотечений они доходили до полного истощения, потому что не могли позволить врачу взглянуть на их наготу. Воспитательное влияние, оказываемое врачами на публику, уже через одно поколение привело к тому, что у наших молодых женщин такое сопротивление встречается лишь в крайне редких случаях. Там, где все же оно встречается, его осуждают как неразумное жеманство, как проявление чувства стыда на пустом месте. Разве мы живем в Турции, и стал бы супруг спрашивать, где больная жена может показать врачу только руку через отверстие в стене?

Неверно, что расспросы и сообщничество в сексуальных вещах наделяют врача опасной властью в отношении своих пациентов. Такой упрек с большими основаниями в свое время можно было адресовать применению наркоза, в результате которого больной лишается своего сознательного и волевого определения, и врачу предоставляется право решать, надо ли и, если да, то когда, приводить его снова в чувство. И все же сегодня нам не обойтись без наркоза, поскольку он, как ничто другое, служит врачебным стремлениям помогать, а врач взял на себя ответственность за наркоз среди прочих своих серьезных обязанностей.

Врач во всех случаях может причинить вред, если он неумел или недобросовестен, причем не больше и не меньше, чем при исследовании сексуальной жизни своих пациентов. Правда, тот, кто

в достойной уважения попытке самопознания не обнаруживает у себя чувства такта, серьезности и сдержанности, которые ему требуются при обследовании невротиков, кто знает про себя, что выявление фактов из сексуальной жизни вместо научного интереса будет вызывать у него сладострастный зуд, тот поступает правильно, оставаясь в стороне от темы этиологии неврозов. Разве что мы также потребуем, чтобы он держался в стороне и от лечения нервных больных.

Также неверно, что больные чинят исследованию их сексуальной жизни непреодолимые препятствия. Обычно после недолгих колебаний взрослые поправляют себя словами: «Все-таки я нахожусь у врача, которому можно все рассказать». Многие женщины, которые за свою жизнь достаточно поднаторели в умении скрывать свои сексуальные чувства, вздыхают с облегчением, когда, находясь у врача, замечают, что речь здесь не идет ни о чем другом, кроме их излечения, и благодарны ему за то, что хоть раз могут повести себя в сексуальных вещах чисто по-человечески. Смутное знание о преобладающем значении сексуальных моментов в возникновении невроза, которое я снова пытаюсь приобрести для науки, по-видимому, вообще никогда не исчезало из сознания неспециалистов. Как часто приходится сталкиваться с подобными сценами: к врачу приходят супруги, один из которых страдает неврозом. После многочисленных вступительных слов и извинений, что перед врачом, который хочет помочь в таких случаях, не должно быть обычных барьеров, и т. п., они сообщают, что, по всей видимости, причина болезни состоит в неестественном и вредном способе полового сношения, который они выбрали после последних родов жены. Как правило, врачи не интересуются этими обстоятельствами, но нехорошо, если и больные ничего не желают об этом слышать. Затем один из супругов раздражается на другого и говорит: «Видишь, я же тебе только что говорила, что мне будет больно». А другой отвечает: «Я тоже об этом думал, но что делать?»

При некоторых других обстоятельствах, например у молодых девушек, которых систематически приучают скрывать свою сексуальную жизнь, приходится довольствоваться совсем скромной мерой откровенной любезности. Однако здесь важно то, чтобы сведущий врач не говорил что-либо своим больным без подготовки и не требовал разъяснений, а лишь просил подтвердить свои предположения. Кто хочет следовать моим указаниям, как объяснять себе морфологию неврозов и переводить ее в этиологию, тому не потре-

буется от больных много признаний. Только в том случае, когда пациенты со слишком большой готовностью описывают симптомы своей болезни, они, как правило, обнаруживают знание о скрывающихся за ними сексуальных факторах. Было бы огромным преимуществом, если бы больные лучше знали, с какой уверенностью врач мог бы теперь дать интерпретацию их невротических недугов и на их основании сделать вывод о действительной сексуальной этиологии. Наверняка это было бы для них стимулом, чтобы на какой-то момент отказаться от скрытности, поскольку они решились обратиться за помощью, чтобы избавиться от своего недуга. Однако все мы заинтересованы в том, чтобы и в сексуальных вопросах большая степень открытости у людей стала долгом, к чему до сих пор только стремиться. Сексуальная нравственность от этого могла бы только выиграть. В настоящее время в вопросах сексуальности все мы без исключения — и больные, и здоровые — лицемеры. Нам только пойдет на пользу, если вследствие всеобщей открытости будет достигнута определенная мера терпимости в сексуальных вещах.

Обычно врача мало интересуют отдельные вопросы, касающиеся неврозов, которые обсуждаются невропатологами, например: правоммерно ли строго разделять истерию и неврастение, можно ли наряду с этим выделять истеро-неврастению, можно ли причислить к неврастению навязчивые представления или их следует признать особым видом невроза и т. д. Действительно, такие разграничения могут быть безразличны врачу, покуда это никак дальше не связывается с соответствующим решением, не дает более глубокого понимания и указания для терапии и покуда больной во всех случаях направляется в водолечебницу или слышит от врача, что у него все в порядке. Иначе, однако, обстоит дело, если принять нашу точку зрения о причинных связях между сексуальностью и неврозами. В таком случае пробуждается новый интерес к симптоматологии отдельных невротических случаев, а правильное разложение сложной картины на ее компоненты и умение дать им правильное название приобретает практическое значение. То есть речь идет об умении без особого труда переводить морфологию неврозов в этиологию, а из ее знания естественным образом выводятся новые терапевтические указания.

Важное решение, которое всякий раз может быть найдено в результате тщательной оценки симптомов, сводится к тому, носит ли данный случай характер неврастения или психоневроза (истерии,

навязчивых представлений). (Очень часто бывают смешанные случаи, в которых признаки неврастения объединены с признаками психоневроза; мы, однако, хотим оставить их оценку напоследок.) Только при неврастениях в результате расспросов больных удается выявить этиологические моменты из сексуальной жизни; они, конечно же, известны больному и относятся к настоящему времени, точнее — к периоду жизни после наступления половой зрелости (хотя и это разграничение не позволяет охватить все случаи). При психоневрозах такие расспросы дают немного; они, например, позволяют нам получить знание о моментах, которые следует признать поводами к возникновению заболевания и которые связаны — или не связаны — с сексуальной жизнью; в первом случае они проявляются в том же виде, что и этиологические моменты неврастения, из-за чего вообще можно пропустить их специфическую связь с возникновением психоневроза. И все же в каждом случае этиология психоневрозов опять-таки лежит в сексуальной сфере. Станным окольным путем, о котором речь пойдет позднее, можно прийти к знанию этой этиологии и, разумеется, обнаружить, что больной ничего и не мог нам о ней сказать. Дело в том, что события и воздействия, которые лежат в основе любого психоневроза, относятся не к настоящему времени, а к давно прошедшей, так сказать, доисторической эпохе жизни, раннему детству, и поэтому они не известны также и больному. Он забыл их — но только в некотором определенном смысле.

Таким образом, все случаи невроза имеют сексуальную этиологию; однако при неврастениях она носит актуальный характер, при психоневрозах — инфантильный; в этом состоит первая существенная противоположность в этиологии неврозов. Вторая выявляется, если рассмотреть различия в симптоматике самой неврастения. Здесь, с одной стороны, имеются случаи, в которых на передний план выступают определенные характерные для неврастения жалобы: ощущение сжатия головы, утомляемость, диспепсия, задержка стула, раздражение спинного мозга и т. д. В других случаях эти симптомы отступают на задний план, и картина болезни складывается из других симптомов, которые в совокупности позволяют выявить связь с ядерным симптомом, «тревогой» (тревожностью, беспокойством, тревожным ожиданием, полными, рудиментарными и дополнитель-

¹ [Первая работа Фрейда, посвященная неврозу тревоги (1895b), *Studienausgabe*, т. 6, с. 25 и далее.]

ными приступами тревоги, головокружением, агорафобией, бессонницей, усилением болей и т. д.). Я сохранил название «неврастения» за первым типом, тогда как второй тип обозначил как «невроз тревоги», и это разделение обосновывается в другом месте¹, где также учитывается факт одновременного, как правило, присутствия обоих неврозов². Для наших целей достаточно подчеркнуть, что симптоматическому различию обеих форм соответствует различие в этиологии. Неврастению всякий раз можно объяснить состоянием нервной системы, которое либо приобретается вследствие чрезмерной мастурбации, либо возникает спонтанно из-за частых поллюций; при неврозе тревоги регулярно обнаруживаются сексуальные влияния, общим моментом которых является сдерживание или неполное удовлетворение, как-то: *coitus interruptus*², воздержание при активном либидо, так называемое фрустрированное возбуждение и т. п. В небольшой статье, в которой я попытался ввести понятие «невроз тревоги», я высказал положение, что тревога — это проявление либидо, не используемого по своему назначению³.

Там, где симптомы неврастения и невроза тревоги объединены, то есть там, где имеет место смешанный случай, следует придерживаться эмпирически выведенного и всякий раз подтверждающегося положения, согласно которому смешение неврозов соответствует взаимодействию нескольких этиологических факторов. Насколько часто эти этиологические факторы органически объединены друг с другом взаимосвязью сексуальных процессов, например, *coitus interruptus* или недостаточная потенция у мужчины с мастурбацией, — это, пожалуй, стоит обсудить более подробно.

Если врач точно диагностировал данный случай неврастенического невроза и правильно сгруппировал его симптомы, то он может перевести симптоматику в этиологию и затем смело потребовать от больного подтверждения своих предположений. Первоначальное возражение не должно вводить в заблуждение; следует твердо настаивать на том, что было выявлено, и в конце концов одолеть всякое сопротивление, подчеркивая неизбежность своего убеждения. При этом врач узнаёт всевозможные вещи из сексуальной жизни людей, которыми можно было наполнить полезную и поучительную книгу, и остается только в самом разном отношении

¹ [Там же, с. 47 и далее.]

² [Прерванный акт (лат.). — Примечание переводчика.]

³ [Там же, с. 43.]

⁴ [Сексуальная жизнь (лат.). — Примечание переводчика.]

сожалеть, что наука о сексуальности в наше время считается чем-то постыдным. Поскольку менее значительные отклонения от нормальной *vita sexualis*⁴ встречаются слишком часто, чтобы можно было придавать значение их выявлению, у своих невротических больных врач будет считать объяснением только тяжелые и сохраняющиеся долгое время аномалии сексуальной жизни; тем же, что своим давлением на больного, который нормален психически, он может побудить его к ошибочным самообвинениям в сексуальных прегрешениях, без сомнения, можно пренебречь как мнимой опасностью.

Если врач поступает таким образом со своими больными, то он убеждается также, что для учения о сексуальной этиологии неврастения отрицательных случаев не существует. По крайней мере у меня это убеждение стало настолько прочным, что в диагностических целях я использовал также и отрицательные результаты расспросов, а именно чтобы сказать себе, что такие случаи не могут быть неврастением. Так, я не раз приходил к тому, чтобы предположить прогрессивный паралич вместо неврастения, поскольку мне не удавалось выявить чрезмерное, согласно моей теории, занятие мастурбацией, и дальнейшее течение этих случаев впоследствии подтверждало мою правоту. В другой раз, когда больной при отсутствии отчетливых органических изменений жаловался на ощущения сдавливания головы, головные боли, диспепсию и искренними заверениями опроверг мои подозрения на сексуальную этиологию, мне пришла в голову мысль предположить наличие скрытого нагноения в одной из придаточных полостей носа, и один мой квалифицированный коллега подтвердил этот вывод, сделанный на основе отрицательных результатов расспроса, избавив больного от его жалоб тем, что опорожнил зловонный гной из гайморовой пазухи.

Видимость того, что «отрицательные случаи» все же имеются, может возникнуть и другим способом. Иногда результаты расспросов указывают на нормальную сексуальную жизнь у людей, невроз которых при поверхностном наблюдении выглядит довольно похожим на неврастению или невроз тревоги. Однако более глубокое исследование регулярно выявляет затем истинное положение вещей. За такими случаями, которые принимали за неврастению,

¹ [Это обозначение здесь появляется впервые, хотя сам по себе термин не нов. См. также ссылку во второй работе, посвященной сексуальности в этиологии неврозов (1906а), с. 156 ниже.]

скрывается психоневроз, истерия или невроз навязчивых состояний. Особенно истерия, которая подражает столь многим органическим поражениям, может с легкостью подделываться под один из актуальных неврозов¹, возвышая их симптомы до истерических. Такие истерии в форме неврастении отнюдь не редки. Но это будет немаловажной информацией, если неврастении с отрицательными в сексуальном отношении сведениями будут отнесены к психоневрозам; доказательство этого можно привести тем способом, который безошибочно разоблачает только истерию, — путем психоанализа, который будет упомянут позднее.

Возможно, кто-то, кто охотно готов считаться с сексуальной этиологией у своих неврастенических больных, все же будет теперь это порицать как односторонность, если от него не потребуют уделять свое внимание также другим моментам, которые повсеместно упоминаются авторами в качестве причин неврастения. Мне не приходит на ум подменять сексуальной этиологией при неврозах любую другую, объявляя ее недействительной. Это было бы недоразумением. Я скорее считаю, что ко всем известным и, вероятно, справедливо признаваемым этиологическим моментам, выделяемым авторами в возникновении неврастения, добавляются сексуальные, которым до сих пор не придают должного значения. Однако они заслуживают, по моему мнению, того, чтобы занимать в этиологическом ряду¹ особое положение. Ибо только они одни будут присутствовать во всех случаях неврастения, только они одни могут порождать невроз без дальнейшего содействия, а потому эти другие моменты, по-видимому, сводятся к роли вспомогательных и дополнительных этиологических факторов; только они одни позволяют врачу надежно распознать связи между их разнообразием и множеством картин болезни. Если, напротив, я сопоставляю случаи, в которых люди стали неврастеническими якобы из-за переутомления, душевного переживания, перенесенного тифа и т. п., то они не демонстрируют мне в симптомах ничего общего, из характера этиологии у меня не возникает никаких ожиданий относительно симптомов, равно как и наоборот, из картины болезни я не могу сделать вывод о воздействующих этиологических факторах.

¹ [Ср. указание на «этиологический ряд» в «Трех очерках по теории сексуальности», с. 142 ниже и прим. 2, а также намек во второй работе, посвященной роли сексуальности в этиологии неврозов (1906а), ниже, с. 157.]

Сексуальные причины — это также и то, что скорее всего предоставляет врачу основание для его терапевтического воздействия. Наследственность, безусловно, является важным фактором, если она имеет место; она приводит к тому, что возникает большой патогенный эффект там, где в противном случае он был бы лишь весьма незначительным. Однако наследственность недоступна влиянию врача; каждый человек приносит с собой наследственные предрасположения к болезни; мы в них ничего уже изменить не можем. Но мы также не вправе забывать, что именно в этиологии неврастении с необходимостью должны отказать наследственности в первостепенном значении. Неврастения (в обеих формах) принадлежит к поражениям, которые вполне может приобрести любой наследственно неотягощенный человек. Будь это иначе, то был бы немыслим огромный прирост случаев неврастении, на который сетуют все авторы. Что касается цивилизации, в перечень грехов которой обычно вписывают причины неврастении, то, возможно, и в этом авторы тоже правы (хотя, наверное, совершенно в ином смысле, чем они полагают); однако состояние нашей цивилизации точно так же является для отдельного человека чем-то неизменным; впрочем, этот момент при всем его общем значении для членов одного и того же общества никогда не объясняет факт выбора при заболевании. Ведь врач, который не является неврастеником, подвергается тем же влияниям якобы пагубной цивилизации, что и неврастенический больной, которого он должен лечить¹. Значение факторов, вызывающих истощение, имеет то же ограничение, о котором говорилось выше. Однако моментом «переутомления», который врачи столь охотно называют своим пациентам в качестве причины их невроза, чересчур часто злоупотребляют. Совершенно верно, что каждый, кто из-за сексуальных вредностей предрасположен к неврастении, плохо переносит интеллектуальную работу и психическое напряжение жизни, но никогда не бывает так, чтобы кто-нибудь исключительно из-за работы или из-за волнения стал невротиком. Умственная работа скорее является предохранительным средством против неврастенического заболевания; как раз самые выносливые люди, занимающиеся интеллектуальным трудом, остаются нетронутыми неврастенией, а то, что неврастеники, сетуя, называют «болезне-

¹ [Ср. гораздо более подробное обсуждение этих вопросов в работах «“Культурная” сексуальная мораль и современная нервозность» (1908d) и «Недомогающие культуры» (1930a).]

творным переутомлением», ни по качеству, ни по объему, как правило, не может быть названо «умственной работой». Пожалуй, врачи должны привыкать давать разъяснения служащему, который «перенапрягся» в бюро, или домашней хозяйке, для которой домашние дела стали чересчур тяжелы, что они заболели не потому, что пытались исполнять в сущности несложные для цивилизованного мозга обязанности, а потому, что грубо пренебрегали в это время сексуальной жизнью и привели ее в упадок¹.

Только сексуальная этиология позволяет нам в дальнейшем понять все нюансы историй болезни у неврастеников, загадочные улучшения посреди течения болезни и столь же непонятные ухудшения, которые затем обычно связываются врачами и больными с проводимой терапией. В моей коллекции, насчитывающей более двухсот случаев, отмечена, например, история одного мужчины, который после того, как ему ничем не помогло лечение на дому, обратился к пастору Кнейппу² и в течение года отмечал необычайное улучшение своего состояния, достигнутое благодаря такой терапии. Но когда через год жалобы снова усилились и он опять обратился за помощью в Вёрисхофен, это повторное лечение осталось безуспешным. Рассмотрение семейной хроники пациента разрешает эту двойную загадку: через шесть с половиной месяцев после первого возвращения из Вёрисхофена жена больного родила ему ребенка; то есть он покинул ее в начале еще неустановленной беременности и по возвращении мог совершать с ней половой акт естественным образом. Когда по истечении этого полезного для него времени вновь разразился невроз из-за возобновленного *coitus interruptus*, повторное лечение оказалось безуспешным, поскольку вышеупомянутая беременность осталась последней.

Похожий случай, в котором точно так же нужно было объяснить неожиданное воздействие терапии, оказался еще более поучительным, поскольку он содержал загадочное чередование симптомов невроза. Одного молодого нервнобольного врач направил в известную водолечебницу в связи с типичной неврастенией. Там

¹ [Некоторые замечания о «переутомлении» содержатся в «Трех очерках по теории сексуальности», с. 109 ниже.]

² [Себастьян Кнейпп (1821–1897) прославился своими методами водолечения и естественного лечения, которое он проводил в Бад Вёрисхофене в Баварии. К формам его терапии относится, например, хождение босиком по мокрой траве. Данный случай Фрейд также вкратце упоминает в своей первой работе, посвященной неврозу тревоги (1895b), *Studienausgabe*, т. 6, с. 39–40.]

его состояние сначала все более улучшалось, так что у пациента имелись все шансы вернуться домой благодарным приверженцем гидротерапии. И тут на шестой неделе произошла перемена; больной «не мог больше переносить воду», становился все более нервным и в конце концов через две недели покинул лечебницу больным и недовольным. Когда он затем пожаловался у меня на этот обман терапии, я задал несколько вопросов о симптомах, которые обрушились на него посреди терапии. Как ни странно, в них произошла перемена. Он приехал в лечебницу с ощущением сдавливания головы, усталостью и диспепсией; в ходе лечения у него возникли волнение, приступы подавленности, головокружение при ходьбе и нарушение сна. Теперь я мог сказать больному: «Вы напрасно занимаетесь гидротерапией. Вы, как, наверное, и сами хорошо знаете, заболели из-за того, что долгое время постоянно занимались мастурбацией. В лечебнице вы отказались от этого способа удовлетворения и поэтому быстро пошли на поправку. Но почувствовав себя хорошо, вы на свою беду стали искать отношений с некоей дамой, которая, предположим, лечилась в том же санатории, и эти отношения могли вести лишь к возбуждению без нормального удовлетворения. Чудесные прогулки поблизости от лечебницы давали вам хороший повод для этого. Вы снова заболели от этих отношений, а не от внезапно наступившей непереносимости гидротерапии. Впрочем, из вашего нынешнего состояния я заключаю, что эти же отношения вы продолжаете также и в городе». Могу заверить, что больной пункт за пунктом подтвердил мои слова.

Современная терапия неврастении, в том виде как она наиболее благоприятным образом используется в водолечебницах, ставит целью улучшение нервного состояния за счет двух моментов: щадящего режима для пациента и укрепления его сил. Я ничего не могу возразить против этого вида терапии кроме того, что она не учитывает сексуальных условий в каждом конкретном случае. По моему опыту, крайне желательно, чтобы врачи, заведующие такими лечебницами, в достаточной мере отдавали себе отчет в том, что они имеют дело не с жертвами цивилизации или наследственности, а — *sit venia verbo*¹ — с искалеченной сексуальностью. В таком случае, с одной стороны, им было бы проще объяснять свои успехи и неудачи, а с другой стороны — достигать новых успехов, которые до сих пор предоставлены случаю или определяются поведением

¹ [С позволения сказать (лат.). — *Примечание переводчика.*]

больного, на которое они никак не влияют. Если тревожно-неврастеническую женщину направляют из дома в водолечебницу, где она, избавленная от всех своих обязанностей, может купаться, делать гимнастику и нормально питаться, то, разумеется, врач будет склонен относить явное улучшение, которое часто достигается за несколько недель или месяцев, на счет отдыха, которым наслаждалась больная, и укрепления ее сил, которое ей дала гидротерапия. Это может быть так; однако при этом упускают из виду, что с отъездом из дома у пациентки прекратились также супружеские отношения и что уже само это временное исключение патогенной причины дает ей возможность отдохнуть при целесообразной терапии. Пренебрежение этой этиологической точкой зрения сказывается впоследствии, когда внешне столь удовлетворительный результат лечения оказывается совсем мимолетным. Спустя короткое время после того, как пациент возвращается к прежним условиям своей жизни, симптомы болезни возникают снова и вынуждают его либо время от времени непродуктивно проводить часть своей жизни в таких заведениях, либо побуждают его направить свои надежды на лечение где-то в другом месте. Поэтому очевидно, что терапевтические задачи при неврастении необходимо решать не в водолечебницах, а в рамках условий жизни больных.

В других случаях наша этиологическая теория может дать врачу, работающему в лечебнице, разъяснение относительно источника неудач, которые еще случаются в самом заведении, и дать рекомендации, как их нужно избегать. Мастурбация у взрослых девушек и зрелых мужчин встречается гораздо чаще, чем обычно предполагают, и она действует как вредный фактор, не только порождая неврастенические симптомы, но и удерживая больных под гнетом тайны, которая ими воспринимается как позорная. Врач, не привыкший переводить неврастение в мастурбацию, объясняет себе болезненное состояние тем, что ссылается на ключевые слова типа «анемия», «истощение», «переутомление» и т. д., и ожидает от применения разработанной против этого терапии излечения своего больного. Однако к его удивлению, периоды улучшения сменяются у больного другими периодами, когда при тяжелом расстройстве настроения обостряются все симптомы. Результат такого лечения в целом сомнителен. Если бы врач знал, что больной все время борется со своими сексуальными привычками, что он впадает в отчаяние, потому что однажды не смог перед ними устоять, если бы он

сумел избавить больного от его тайны, обесценить ее тяжесть в его глазах и поддержать больного в его борьбе за отвыкание, то тем самым успех терапевтических усилий был бы, наверно, обеспечен.

Отучение от мастурбации — это лишь одна из новых терапевтических задач, которые встают перед врачом при учете сексуальной этиологии, и эта задача представляется разрешимой, как и любое другое отучение, только в больнице и под постоянным присмотром врача. Предоставленный самому себе, человек, занимающийся мастурбацией, при всяком воздействии, выбивающем его из колеи, обычно возвращается к удобному для себя способу удовлетворения. Врачебное вмешательство не может ставить себе здесь никакой другой цели, кроме как вернуть вновь набравшегося сил неврастеника к нормальным половым сношениям, ибо однажды пробудившуюся и долгое время удовлетворявшуюся сексуальную потребность уже нельзя заставить утихнуть, и ее нужно лишь переместить на другой путь. Впрочем, совершенно аналогичное замечание относится и ко всем другим видам абстинентного лечения, которые оказываются успешными только внешне, пока врач довольствуется тем, что лишает больного наркотического средства, не интересуясь источником, из которого проистекает императивная потребность в нем. «Привыкание» — это всего лишь оборот речи, не имеющий объяснительной ценности; не каждый, кто в течение какого-то времени имеет возможность принимать морфий, кокаин, хлоралгидрат и т. п., приобретает тем самым «зависимость» от этих вещей. Как правило, более точное исследование выявляет, что эти наркотики предназначены быть заменами — непосредственно или окольным путем — недостаточного сексуального наслаждения, и там, где уже нельзя восстановить нормальную сексуальную жизнь, можно с уверенностью ожидать, что человек, у которого произошло отвыкание, вернется к старому¹.

Другая задача встает перед врачом в связи с этиологией невроза тревоги, и она состоит в том, чтобы побудить больного отказаться от всех вредных способов совершения полового акта и перейти к нормальным сексуальным отношениям. Разумеется, эта обязанность

¹ [Это является самым подробным опубликованным к тому времени обсуждением Фрейдом мастурбации. Дальнейшие его рассуждения содержатся в работах «Три очерка по теории сексуальности» (1905*d*), «Об инфантильных сексуальных теориях» (1908*c*) и «О женской сексуальности» (1931*b*); см. ниже с. 92 и далее, 177 и 281 и далее.]