

КАРЛ ГУСТАВ ЮНГ

*О ПСИХОЛОГИИ
БЕССОЗНАТЕЛЬНОГО*



*ИЗДАТЕЛЬСТВО АСТ
МОСКВА*

УДК 159.964
ББК 88.6
Ю50

Серия «Эксклюзивная классика»

C. G. Jung
**ZWEI SCHRIFTEN ÜBER ANALYTISCHE
PSYCHOLOGIE —**
Two Essays on Analytical Psychology
(Collected Works, Volume 7)

Перевод *А. Чечиной*

Серийное оформление *Е. Фerez*

Компьютерный дизайн *А. Чаругиной*

Печатается при содействии литературного агентства
Paul & Peter Fritz Agency.

Юнг, Карл Густав.

Ю50 О психологии бессознательного / Карл Густав Юнг ; [перевод А. Чечиной]. — Москва : Издательство АСТ, 2021. — 224 с. — (Эксклюзивная классика).

ISBN 978-5-17-133955-5

«О психологии бессознательного» — одна из важнейших работ, раскрывающая основные положения аналитической психологии Юнга.

Автор дает краткий обзор исторического развития психоанализа, рассматривает два подхода к бессознательному: сексуальный (психоанализ З. Фрейда) и через волю к власти (теория А. Адлера). Юнг утверждает, что Фрейд и Адлер в целом правы, но подчеркивает необходимость учитывать типы личности и темпераментов, а также теорию архетипов.

УДК 159.964
ББК 88.6

© Walter Verlag AG, Olten, 1971
© Foundation of the Works of C.G. Jung, Zürich, 2007
Школа перевода В. Баканова, 2020
© Издание на русском языке AST Publishers, 2021

I. Психоанализ

¹ Если врач — прежде всего «специалист по нервным заболеваниям» — хочет помочь своему пациенту, он должен обладать соответствующими психологическими познаниями, ибо нервные расстройства, а также все то, что подразумевают под терминами «нервозность», истерия и т.д., имеют психическое происхождение и, следовательно, требуют психотерапевтического лечения. Холодная вода, свет, воздух, электричество и тому подобное в лучшем случае производят временный эффект, а иногда и вовсе оказываются бесполезными. У такого пациента болен разум, нарушены высшие и самые сложные его функции, которые едва ли можно отнести к сфере медицины. Соответственно, доктор должен быть не только медиком, но и психологом, а это значит, что он обязан знать и понимать устройство человеческой психики.

2 В прошлом, т.е. лет пятьдесят назад, психологическая подготовка врача никуда не годилась. Авторы учебников по психиатрии довольствовались клиническими описаниями и систематизацией психических расстройств, а психология, преподаваемая в университетах, сводилась либо к философии, либо к так называемой «экспериментальной психологии», учрежденной Вундтом¹. Первые шаги к психотерапии неврозов были предприняты школой Шарко, в больнице Сальпетриер в Париже; Пьер Жане² начал свои эпохальные исследования психологии невротических состояний, а Бернгейм³ в Нанси весьма успешно возродил старую и давно забытую идею Льебо⁴ о лечении неврозов с помощью внушения. Зигмунд Фрейд не только перевел книгу Бернгейма, но и почерпнул из нее определенное вдохновение. В то время психологии неврозов и психозов еще не существовало. Фундамент этой науки — заслуга исключительно Фрейда. В ос-

¹ *Principles of Physiological Psychology* (ориг. 1893).

² «Психологический автоматизм»; *Névroses et idées fixes* (1898).

³ *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique* (1886); переведено Фрейдом как: *Die Suggestion und ihre Heilwirkung*.

⁴ Liébeault, *Du sommeil et des états analogues considérés au point de vue de l'action du moral sur le physique* (1866).

нове его учения лежал практический опыт лечения неврозов с помощью метода, который он назвал *психоанализом*.

³ Прежде чем перейти к более подробному рассмотрению нашего предмета, необходимо кое-что сказать о его связи с наукой того времени. Здесь мы еще раз убеждаемся в истинности замечания Анатоля Франса: «*Les savants ne sont pas curieux*»¹. Первая серьезная работа² в этой области вызвала лишь слабый отклик, хотя и содержала в себе совершенно новую концепцию неврозов. Некоторые авторы высказывались о ней с одобрением, однако затем, на следующей же странице, продолжали толковать случаи истерии по-старому, подобно человеку, который во всеуслышание превозносит идею, что Земля — это сфера, но спокойно продолжает рисовать ее плоской. Следующие публикации Фрейда остались вовсе незамеченными, хотя в них и излагались наблюдения, имевшие бесценное значение для психиатрии. Когда в 1900 году Фрейд опубликовал первый значимый труд по психологии сновидений³ (до этого в данной области царил непроглядный мрак), это вызвало смех, а когда в 1905 году

¹ Букв. «ученые не любопытны» (фр.).

² Breuer & Freud, *Studies on Hysteria* (ориг. 1895).

³ «Толкование сновидений».

он пролил первый луч света на психологию сексуальности¹, смех сменился открытыми оскорблениями, нередко самого отвратительного толка. Подобный взрыв негодования, безусловно, сыграл не последнюю роль в широкой огласке теорий Фрейда; отчасти именно из-за него они обрели ту дурную славу, которая вышла далеко за пределы научных интересов.

- 4 Соответственно, мы должны более пристально взглянуть на эту новую психологию. Уже во времена Шарко было известно, что невротический симптом носит «психогенный» характер, т.е. берет начало в психике. Благодаря работам школы Нанси также было известно, что все истерические симптомы можно вызвать внушением. Равным образом благодаря исследованиям Жане кое-что было известно и о психологических механизмах, которые лежат в основе таких истерических явлений, как анестезия, парез, паралич и амнезия. Однако врачи ничего не знали о том, *как именно* истерический симптом возникает в психике; иными словами, психические каузальные связи были совершенно не изучены. В начале 80-х годов д-р Брейер, старый венский врач, сделал открытие, став-

¹ «Три очерка по теории сексуальности».

шее отправной точкой для новой психологии. Одна его пациентка — молодая, очень умная женщина, страдавшая истерией, — выказывала следующие симптомы: спастический (ригидный) паралич правой руки, а также периодические приступы рассеянности или сумеречных состояний сознания. Кроме того, она утратила способность к речи настолько, что больше не могла изъясняться на родном языке, и выражала свои мысли только на английском (систематическая афазия). В то время эти расстройства пытались объяснить с помощью анатомических теорий, хотя корковый центр, обеспечивающий функцию руки, у таких больных работал не хуже, чем у любого нормального человека. Симптоматология истерии полна анатомических чудес. Одна дама, полностью утратившая слух как следствие истерии, часто пела. Однажды ее врач сел за фортепиано и начал ей тихо аккомпанировать. Переходя от одного куплета к следующему, он внезапно изменил тональность; то же сделала и пациентка. Следовательно, она слышала — и не слышала. Аналогичные явления характерны и для различных форм систематической слепоты: так, мужчина, страдавший от истерической слепоты, вновь обрел способность видеть в процессе лечения. Впрочем, внача-

ле зрение вернулось к нему лишь частично и оставалось таковым довольно длительный период. Он видел все, за исключением человеческих голов. Всех окружающих людей он видел без голов. Следовательно, он видел — и не видел. На основании множества наблюдений был сделан вывод, что не видит и не слышит только сознательный разум больного, тогда как в остальном сенсорная функция находится в рабочем состоянии. Разумеется, это прямо противоречит самой природе органического расстройства, которое всегда подразумевает нарушение функции как таковой.

⁵ Но вернемся к пациентке Брейера. Поскольку органические причины отсутствовали, данное расстройство следовало рассматривать как истерическое, т.е. психогенное. Брейер заметил, что если во время сумеречных состояний (спонтанных или вызванных искусственно) пациентка озвучивала наводнявшие ее разум воспоминания и фантазии, ее состояние улучшалось на несколько часов. Это открытие он систематически использовал при дальнейшем лечении. Пациентка называла это «разговорной терапией» или в шутку — «чисткой дымохода».

⁶ Женщина заболела, когда ухаживала за умирающим отцом. Естественно, ее фантазии

главным образом были связаны с этими тяжелыми днями. В сумеречных состояниях воспоминания о том периоде поднимались на поверхность с фотографической точностью. Едва ли можно полагать, что бодрствующая память способна на такое пластичное и точное воспроизведение — слишком уж яркими и живыми были эти реминисценции. (Подобное обострение памяти, часто встречающееся в состояниях сужения сознания, получило название гипермнезии.) И здесь обнаружались удивительные вещи. Одна из множества историй, которые рассказала Брейеру эта женщина, заключалась в следующем:

Однажды ночью она сидела рядом с больным, у которого был сильный жар, в тревоге и напряженном ожидании: из Вены должен был приехать хирург, чтобы сделать операцию. Мать ненадолго вышла из комнаты, и Анна (пациентка) сидела у постели больного, положив правую руку на спинку стула. Она стала грезить наяву и увидела, как к больному ползет черная змея, которая, судя по всему, появилась из стены и хотела ужалить его. (Весьма вероятно, что на лугу позади дома действительно водились змеи, которых в детстве она очень боялась и которые теперь дали материал для галлюцина-

ций.) Она хотела отогнать это существо, но почувствовала, что парализована; ее правая рука, свисавшая со спинки стула, «уснула»: она онемела и не двигалась. Когда женщина посмотрела на нее, пальцы превратились в маленьких змей с черепами вместо голов. Вероятно, она пыталась прогнать змею парализованной правой рукой, из-за чего онемение и паралич руки стали ассоциироваться с галлюцинацией змеи. Когда змея исчезла, она была так напугана, что захотела помолиться, но язык не слушался ее; она не могла произнести ни слова до тех пор, пока наконец не вспомнила один английский стишок, после чего смогла продолжать думать и молиться на английском¹.

⁷ Таковы были обстоятельства, в которых возникли паралич и нарушение речи; рассказ о них позволит устранить само нарушение. В этом смысле можно считать, что данный случай закончился полным излечением.

⁸ Я вынужден ограничиться лишь одним этим примером. В упомянутой мной книге Брейера и Фрейда приведено множество подобных случаев. Понятно, что ситуации такого рода производят сильное впечатление, а потому люди склонны придавать им особое

¹ Ср. Breuer & Freud, с. 38.

каузальное значение в генезисе симптома. Общепринятые в то время взгляды на истерию — возникшие из английской теории «нервного шока» и энергично поддерживаемые Шарко — вполне могли объяснить открытие Брейера. Отсюда родилась так называемая теория травмы, согласно которой истерический симптом и, поскольку совокупность симптомов и составляет болезнь, истерия в целом проистекают из психических травм, следы которых бессознательно сохраняются годами. Фрейд, сотрудничавший с Брейером, нашел этому открытию многочисленные подтверждения. Оказалось, что ни один из сотен истерических симптомов не возникает случайно — они всегда вызваны некими психическими событиями. Новая концепция открыла широкие перспективы для эмпирической работы. Однако пылкий ум Фрейда не мог долго оставаться на этом поверхностном уровне, ибо уже стали вырисовываться более глубинные и сложные проблемы. Очевидно, что моменты крайней тревоги, подобные тем, которые пережила пациентка Брейера, могут оставлять невероятно сильное впечатление, которое сохраняется годами. Однако почему у нее вообще возникли подобные переживания, которые уже сами по себе свидетельствуют о патоло-

гии? Возможно, они были вызваны напряжением, связанным с уходом за больным? Если да, подобное должно случаться сплошь и рядом: к сожалению, необходимость изнуряющего ухода за больным не редкость, а нервное здоровье сиделки зачастую оставляет желать лучшего. На этот вопрос медицина дает превосходный ответ: «*X* в уравнении — это предрасположенность». Одни люди просто «предрасположены» к этому. Однако для Фрейда проблема заключалась в другом: что составляет предрасположенность? Данный вопрос логически ведет к исследованию предыстории психической травмы. Давно замечено, что волнующие сцены оказывают разное действие на разных людей и что вещи, которые одним людям безразличны или даже приятны, у других вызывают величайший ужас — например, лягушки, змеи, мыши, кошки и т.д. Так, некоторые женщины совершенно спокойно ассистируют при кровавых операциях, но дрожат от страха и отвращения при прикосновении кошки. В данной связи мне вспоминается одна молодая дама, у которой после сильного испуга развилась тяжелая форма истерии¹.

¹ Другое изложение этого случая см. *The Theory of Psychoanalysis*, абз. 218 и далее, 297 и далее, 355 и далее. — *Примеч. ред.*

Она была в гостях и около полуночи возвращалась домой в сопровождении нескольких своих знакомых. Неожиданно сзади появился экипаж. Лошади шли крупной рысью. Ее друзья отступили в сторону; она же, словно зачарованная, осталась на середине дороги и в ужасе бежала перед лошадьми. Кучер щелкал кнутом и выкрикивал ругательства, но все было напрасно: она пробежала всю улицу и выскочила на мост. Там силы оставили ее; чтобы не оказаться под копытами лошадей, она в отчаянии прыгнула бы в реку, не помешай ей добрые прохожие. Эта же самая дама оказалась в Санкт-Петербурге, в кровавый день 22 января [1905 г.], на той самой улице, которую солдаты «очищали» залповым огнем. Вокруг нее падали убитые и раненые; она же, сохраняя удивительное спокойствие и здравомыслие, заметила ведущие во двор ворота и перебежала на другую улицу. Эти страшные мгновения не вызвали у нее никакой ажитации. После она чувствовала себя хорошо — пожалуй, даже лучше, чем обычно.

- ⁹ Отсутствие реакции на явный шок наблюдается часто. Отсюда следует, что интенсивность травмы сама по себе имеет крайне малое патогенное значение, однако она должна иметь особое значение для больного. Иными

словами, не шок как таковой оказывает патогенное влияние при любых обстоятельствах; чтобы возыметь эффект, он должен наложиться на особую психическую предрасположенность, которая может, при определенных условиях, состоять в том, что пациент бессознательно придает шоку особое значение. Здесь мы обнаруживаем возможный ключ к тайне «предрасположенности». Нам следует спросить себя: каковы особые обстоятельства в ситуации с экипажем? Пациентка испугалась, как только услышала цокот копыт; на мгновение ей показалось, что этот звук — предзнаменование страшной беды: ее гибели или чего-то не менее ужасного. В следующую секунду она уже не отдавала себе отчет, что делает.

- ¹⁰ Настоящий шок, очевидно, исходил от лошадей. Предрасположенность пациентки к тому, чтобы столь необъяснимым образомотреагировать на столь незначительный инцидент, таким образом, могла состоять в том, что лошади имели для нее какое-то особое значение. Можно предположить, например, что однажды она пережила некий связанный с лошадьми опасный эпизод. Так и было. Однажды, когда ей было около семи лет, она ехала в карете со своим кучером; лошади испугались и понеслись к высокому и крутому

берегу реки. Кучер *спрыгнул* на землю и кричал ей, чтобы она сделала то же самое, но она была так напугана, что никак не могла решиться. К счастью, в последний момент она все же спрыгнула, после чего лошади рухнули в пропасть вместе с каретой. То, что подобное событие оставит глубокое впечатление, едва ли нуждается в доказательствах. Однако это не объясняет, почему впоследствии абсолютно безобидный намек на схожую ситуацию вызвал столь острую реакцию. Пока нам известно лишь то, что возникший симптом уходит своими корнями в детство, однако его патологический аспект по-прежнему остается неясен. Дабы проникнуть в эту тайну, нужны дополнительные знания. Накопленный опыт подсказывает нам, что во всех до сих пор проанализированных случаях помимо травматических переживаний присутствовал другой, особый класс нарушений, относящихся к любовной сфере. Общеизвестно, что любовь — понятие эластичное, простирающееся от небес до преисподней и объединяющее в себе добро и зло, высокое и низкое. Это открытие кардинально изменило взгляды Фрейда. Если раньше, находясь под влиянием теории Брейера о травмах, он искал причины неврозов в травматических переживаниях, то теперь центр тяжести сме-