

Ганнушкин П.Б.

О ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОАНАЛИЗЕ

Москва
Издательство АСТ

УДК 616.89

ББК 56.14

Г19

Дизайн переплёта Алексея Родюшкина

Ганушкин, Петр Борисович

Г19 О психотерапии и психоанализе / Петр Ганушкин. — Москва: Издательство АСТ, 2026. — 288 с. — (Советский нон-фикшн)

ISBN 978-5-17-192929-9

В этот сборник трудов выдающегося отечественного психиатра П. Б. Ганнушкина вошли ключевые статьи и лекции, заложившие основы современной психиатрии и учения о пограничных состояниях. Автор исследует фундаментальный вопрос о границах душевного здоровья, анализирует шизофреническую и эпилептоидную конституции, а также дает глубокую, клиническую оценку психоаналитическому методу и возможностям психотерапии. Особую ценность представляют лекции о психических расстройствах военного времени, опередившие современные представления о психотравме.

Книга демонстрирует образцовую школу клинического наблюдения, гуманизм и преемственность традиций С. С. Корсакова и В. П. Сербского. Издание предназначено для врачей-психиатров, психотерапевтов, психологов и людей, желающих расширить свое понимание этой темы.

УДК 616.89

ББК 56.14

ISBN 978-5-17-192929-9

© ООО «Издательство АСТ», 2026

ПСИХИАТРИЯ, ЕЕ ЗАДАЧИ, ОБЪЕМ, ПРЕПОДАВАНИЕ

П. Б. ГАННУШКИН

I

В цикле медицинских знаний, в общем процессе врачебного образования психиатрия занимает совершенно особое положение. Вся сумма врачебного образования, весь цикл медицинских знаний могут быть представлены состоящими из трех главных и последовательных этапов. Прежде чем говорить об этих этапах, нужно сказать — во избежание дальнейших недоразумений и непонимания, — что основной задачей врачебного образования, поскольку это образование проводится в университетах, а не в профессиональных школах, хотя бы и высшего типа, — этой основной задачей является не только прикладная сторона дела, т.е. не только накопление молодыми медиками большого количества клинических фактов, не только усвоение ими, хотя бы и очень важных в практическом отношении, тех или иных технических приемов, а прежде всего изучение медицины как науки, изучение смысла, значения, интереса той отрасли знания о человеке и жизни

его в среде, которою ведаёт медицина, наконец развитие медицинского мышления»¹.

Другими словами, университет преподаёт не только прикладную, практическую, но и научную медицину.

Первым этапом — фундаментом всего здания медицинского образования — являются биологические основы медицины, без которых правильное понимание и усвоение всего дальнейшего совершенно невозможны; эти основы обычно преподаются на первых двух курсах медицинского факультета. Вторым звеном, вторым этапом является клиническая точка зрения, интересы отдельного человека, отдельного больного приобретают первостепенное значение. По мере прохождения второго этапа, по мере расширения клинического кругозора, по мере углубления в существо медицинского критерия сами собой выдвигаются новые стороны дела, новые точки зрения, которые в своей совокупности, в своём синтезе и составляют уже последнее звено врачебного образования. Этот последний этап можно сравнить с куполом храма, с верхним, последним этажом высокого здания, откуда вид шире и лучше, где атмосфера

¹ Герцен («Былое и думы») в высокой степени справедлив, когда говорит, что «Университет не должен заканчивать научное воспитание; его дело — поставить человека à tête, продолжать на своих ногах, его дело — *возбудить вопросы, научить*».

прозрачнее, где человек чувствует себя свободнее и более правильно оценивает как свое положение в пространстве, так и окружающее; здесь он, правда, дальше от земли, но зато он получает правильную, надлежащую перспективу. В этот последний период выявляются и определяются две совершенно новые и в то же время очень важные стороны дела. Первая сторона, являющаяся результатом синтеза накопленных знаний, заключается в том, что у молодого медика постепенно создается представление о медицине и ее значении как науки — в ряду других знаний о человеке — и в цикле вообще биологических дисциплин. Медицина как наука — учение о больном человеке и жизни его в среде — способствовала раскрытию ряда истин, имеющих большое научное значение. Ряд врачей занимает самое почетное, самое видное место в области науки и знания и этим своим положением обязан тому, что были медиками в широком смысле слова. Другая сторона дела — тоже очень важная, особенно в настоящее время, в наше время социальных вопросов *par excellence* также определенно устанавливается только в последние годы врачебного образования. Она состоит в следующем. Рядом с индивидуальной точкой зрения, определенно превалирующей в клинической медицине, становится — а иногда не только рядом, но и вместо нее — другая точка зрения, именно социальная. Будущий врач начинает зна-

комиться с такими дисциплинами, как история медицины, социальная гигиена и патология, социальная профилактика, профессиональные заболевания, эпидемиология; в этих отраслях для индивидуальной точки зрения уже нет места, социальный критерий, социальный подход получает главное значение, интересы отдельного индивидуума уступают интересам общества. В это же время преподается судебная медицина, в которой обе эти точки зрения — и индивидуальная, и социальная — находятся, если так можно выразиться, в состоянии известного равновесия, не заглушая одна другую. Сюда же, к последнему звену медицинского образования, относится, по нашему крайнему разумению, и психиатрия. В психиатрии, правда, клиническая, индивидуальная сторона дела превалирует, однако ни в одной отрасли клинической медицины, включая сюда же учение о сифилисе и о бугорчатке, эти две болезни, имеющие столь большое значение для общества и государства, нигде не представлена столь ярко социальная сторона, как в психиатрии. Практические лечебные результаты клинической психиатрии, быть может, еще не блестящи, не велики, но, как это часто бывает, тем шире, тем интереснее, тем важнее те чисто научные и социальные проблемы, которые связаны с психиатрией. На этом мы остановимся несколько позднее, а сейчас перейдем

к выяснению того, что нового в кругу медицинских знаний дает психиатрия и психиатрическая клиника.

II

Без всякого ложного чувства, без всякого страха быть обвиненным в предвзятости, в страсти к избранной специальности можно определенно сказать, что психиатрия имеет полное и законное право на очень пристальное внимание со стороны каждого врача. Главной целью преподавания любой отрасли клинической медицины является развитие у молодого врача медицинского мышления, мышления, покоящегося на широком биологическом основании. И вот психиатрическое мышление, мышление врача-психиатра — это можно сказать с определенностью и без всякой натяжки — является по необходимости и очень углубленным, и очень широким. Всякая специальная клиника, тем более психиатрическая, чтобы стоять на высоте современных научных требований, не может игнорировать общего состояния организма. С другой стороны, среди медицинских специальностей наиболее серьезным является мышление врача-интерниста, и вот можно сказать, что психиатрическая точка зрения целиком включает в себя точку зрения врача-интерниста, оставляя еще очень большое

место для целого ряда других, новых соображений. В настоящее время узко анатомический взгляд на душевные болезни должен считаться неправильным и навсегда оставленным; взгляд совсем недавно еще очень распространенный и почти общепринятый, по которому душевные болезни есть болезни головного мозга [такова была краткая и ясная формулировка знаменитого Вернике (Wernicke) *Geistes Krankheiten sind Gehirnkrankheiten*] уступил другому воззрению, по которому душевная болезнь связывается с состоянием всего организма, с врожденной конституцией индивидуума, с состоянием его обмена веществ, с функционированием эндокринной системы, наконец, с состоянием нервной системы, как цереброспинальной, так и вегетативной. Головной мозг является только главной ареной, только авансценой, на которой разыгрывается и развертывается все действие, а генез, причина всего явления, причина заболевания должны расцениваться иначе, должны отыскиваться в другом месте, причем состояние всего организма должно приниматься во внимание самым тщательным образом. В самое последнее время делаются попытки, попытки, думается мне, имеющие известное будущее (я имею в виду работы Кречмера (Kretschmer)² и другие аналогичные), по-

²Ernst Kretschmer. *Körperbau und Charakter*. Dritte Auflage. Berlin — Springer, 1922.

пытки установить известную связь — если не генетическую, то хотя бы коррелятивную — между определенными душевными заболеваниями или даже еще шире — между определенным психическим складом и определенными антропологическими вариациями и особенностями. Пытаются установить определенный антропологический тип и соответствующий ему тип психический и патопсихологический. При таком положении дела точка зрения врача-психиатра является, конечно, гораздо более широкой, чем точка зрения врача-соматика, ибо необходимым предварительным условием, необходимой предпосылкой для правильной оценки душевного заболевания оказывается основательное знакомство с медицинской соматической; но этого мало, психиатр этим ограничиться не может, он сплошь и рядом ставит такие вопросы, которые вовсе и не возникают у врача-соматика. Такая постановка дела, конечно, глубоко неправильна, такого противоположения быть не должно; нет соматической медицины, с одной стороны, и психиатрии — с другой; медицина так же, как и объект ее изучения — больной человек, едина; но практическая жизнь, клиника все же разделяют эти две стороны одного и того же дела, и психиатрическая клиника имеет свои особенности, которые не встречаются в других отраслях клинической медицины. Эти особенности, составляя прямую принадлежность

клинической психиатрии, в то же время таковы, что имеют значение — и, думаю, немалое — и для врача любой специальности.

III

Особенности, определенное своеобразие психиатрической клиники бросаются в глаза с первого же момента, как только врач или студент-медик встречается с душевнобольным. Мы будем иметь в виду, конечно, только общее и принципиальное, совершенно не касаясь деталей и мелочей. Первое, с чего обычно начинают, подходя к больному, — это собирание анамнеза, подробные сведения о прошлом пациента. Помимо целого ряда только для психиатрии характерных пунктов и вопросов, самым важным обстоятельством является следующее. В обычной практике, скажем опять, в соматической медицине, анамнез в громадном большинстве случаев собирается от самого пациента; между врачом и пациентом нет никакого, если так можно выразиться, средостения; в психиатрии, наоборот, как бы ни был ценен рассказ самого больного о прошлом, мы им одним ограничиваться не можем. Мало того, рассказ самого больного о прошлом мы относим не к анамнезу, а к status, ибо на оценке, на интерпретации прошлого более или менее определенно сказывается настоящее состояние больного;

сплошь и рядом больной оценивает, толкует свое прошлое — и не только в смысле освещения того или другого, но даже в смысле хронологических дат, находясь во власти, под влиянием более позднего, теперешнего состояния; он оценивает свое прошлое через призму status; его бредовые идеи, его теперешнее настроение, расстройство памяти, если оно есть, упадок интеллекта и т. д. — все это мешает правильному воспроизведению больным своего прошлого. Вот почему это будет не объективный, не правильный анамнез, а status. Из всего этого определенно следует, что в психиатрической клинике молодой врач научается относиться к словам больного с критикой, с осторожностью; должно сказать, что такое осторожное отношение окажется иногда полезным и в других специальностях: я имею в виду все те случаи, когда больной заинтересован в своей болезни, случаи судебно-медицинские, когда больной добивается ренты за то или другое увечье, случаи освидетельствования на предмет годности, скажем, к военной службе, случаи определенной симуляции. В психиатрической клинике мы всегда должны иметь, как выражаются психиатры, объективный анамнез, т.е. анамнез, собранный не от самого больного, а от его окружающих — живых, по возможности незаинтересованных свидетелей его болезни, прежде всего обычно его ближайших родных и знакомых. В целом ряде случаев такого

рода объективный анамнез является решающим для установления того или другого клинического диагноза.

Если в соматической медицине основными опорными пунктами диагностики являются, с одной стороны, субъективный анамнез, т.е. анамнез, собранный от самого больного, и с другой — объективный status, т.е. status, не ограничивающийся расспросом больного (хотя этот расспрос бывает очень важен также и для соматики), а status, основанный на подробном объективном обследовании больного (замечу в скобках, что существуют специальности особенно точные, например глазные болезни, где в целом ряде случаев опытный специалист может поставить самую точную диагностику на основании одного объективного обследования больного), то в психиатрической клинике пока что, при существующих методах нашего исследования, дело обстоит как раз обратно. Данные о душевнобольном слагаются, как мы только что говорили, из объективного анамнеза и субъективного status'a, т.е. status'a, основанного на беседе с больным. Конечно, совершенно необходимо обследовать обычными объективными методами самым подробным образом соматику пациента; дальше мы имеем в своем распоряжении ряд объективных, специально психиатрической клинике свойственных методов: экспериментально психологическую методику в том или

другом ее варианте, ассоциативный эксперимент, антропологические данные и измерения, различные биохимические реакции; в этом отношении психиатры дорожат самыми незначительными, самыми мелкими приобретениями клиники, имеющими объективный характер; они совершенно не гонятся, совершенно не хотят субъективности, но, к глубокому сожалению, имеющиеся пока что в распоряжении психиатров объективные данные сплошь и рядом или не дают никакого осязаемого результата, или очень ничтожный — при этом очень растяжимый или даже условный. Главным методом по-прежнему остается беседа с душевнобольным, которая, конечно, не может быть названа методом объективным. Умение беседовать с душевнобольным дается не только знанием и опытом, но — скажу прямо — определенными психическими данными врача-исследователя, иногда даже интуицией. Есть очень опытные и знающие психиатры, которым это умение говорить с душевнобольным вовсе не дается и которые из-за этого не могут получить тех данных, того статуса, который соберет другой психиатр, умеющий подойти к больному. Подробно останавливаться на этом я не буду, это завело бы нас слишком далеко, скажу лишь, что научиться этому и овладеть этим можно, если молодой психиатр будет с достаточной вдумчивостью и вниманием относиться к душевноболь-

ному, если он будет правдив и как можно более прост в общении с больным; лицемерия, слащавости, тем более прямой неправды душевнобольной не забудет и не простит — в последнем случае врач надолго, если не навсегда, потеряет всякий престиж в глазах пациента. Лучшие наши психиатры: Крепелин — немец; Маньян — француз, Корсаков — русский — были большими мастерами, даже художниками в деле разговора с больными, в умении получить от больного то, что им было нужно; каждый из них подходил к больному по-своему, у каждого из них были достоинства и недостатки, каждый отражал в этой беседе самого себя со всеми своими душевными качествами. Корсаков вносил в беседу с больным свою необыкновенную мягкость и доброту, свою пытливость; у его подражателей эти качества превращались в ханжество. Крепелин бывал резок, иногда даже грубоват, Маньян — насмешлив и ворчлив. Это, однако, не мешало всем трем любить больше всего психически больного человека — больные это понимали и охотно беседовали с ними. Повторяю, что при отсутствии объективных данных психиатрической клиники беседа с душевнобольным является для очень большого числа случаев главным источником понимания психики больного. Вот почему на эту сторону дела необходимо обратить самое серьезное внимание.

Если перейти от анамнеза, от *status'a* к клинике, к течению заболевания, то придется также отметить ряд особенностей психиатрической клиники. Прежде всего надо отметить принцип наблюдения, надзора за больным. Между врачом и больным опять есть средостение, известным образом заполненное пространство. Я имею в виду младший и средний персонал, имеющийся в каждом психиатрическом учреждении и играющий в психиатрическом обиходе — скажу прямо — громадную, первостепенную роль. Этот персонал не только выполняет лечебные назначения врача-психиатра (включая сюда же и свое моральное влияние), но прежде всего наблюдает за больным, делится своими наблюдениями с врачом; роль этого персонала в психиатрических учреждениях совершенно иная, чем в остальных клиниках. Без такого наблюдения через этот вспомогательный персонал правильное изучение душевнобольного совершенно невозможно и всегда будет неполным. Этот принцип объективного наблюдения, конечно, полезен и применяется везде, но в психиатрических учреждениях он введен в систему.

Другой особенностью психиатрической клиники является вопрос о времени, о сроке заболевания. Как бы ни казался этот вопрос чисто формальным, он имеет серьезное не только теоретическое, но и чисто практическое значение. В соматической медицине в преобладающем боль-