

Эдвард Шортер

и его «особые мнения» по вопросам медицины, истории и психоанализа¹

ИНТЕРВЬЮ С ТЕДОМ ДЮФРЕНОМ

Эдвард Шортер получил докторскую степень Гарвардского университета в 1967 г. и вслед за тем поступил на работу на исторический факультет Университета Торонто. В 1991 г. он получил профессию Jason A. Napah по истории медицины. Он — автор большого количества книг по истории медицины, в том числе «От паралича до усталости: история психосоматических заболеваний в Новое время»², «От психики к телу: культурные источники психосоматических симптомов»³ и «История психиатрии: от эпохи сумасшедшего дома до эпохи прозака»⁴. Многие труды Шортера отличает критический подход к размышлениям о психоанализе в XX веке. Его последние книги — «Словарь по истории психиатрии»⁵, «Писано плотью: История желания»⁶ и «Шоковая терапия: история электроконвульсивной терапии психических болезней»⁷. Шортер хорошо известен честными, зачастую спорными взглядами на такие стойкие психические заболевания, как синдром хронической усталости, а также, по крайней мере, среди тех, кто с ним знаком, своей неприязнью к современной теории и к «кодовым» словам вроде *расы, класса и пола*. Его критика психоанализа приняла еще более острый характер за последнее десятилетие, особенно в свете его исследований в области биологической психиатрии. Интервью было взято в его кабинете в Университете Торонто 18 июня 2001 г. и дополнено его замечаниями в августе 2005 г.

¹ Dufresne T. Against Freud. Critics Talk Back. — Stanford UP, 2007. P. 35–47.

² From Paralysis to Fatigue: A History of Psychosomatic Illness in the Modern Era. — N. Y.: Free Press, 1992.

³ From Mind into the Body: The Cultural Origins of Psychosomatic Symptoms. — N. Y.: Free Press, 1994.

⁴ A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac. — N. Y.: John Wiley, 1997.

⁵ A Historical Dictionary of Psychiatry. — Oxford UP, 2005.

⁶ Written in the Flesh: A History of Desire. — Univ. of Toronto Press, 2005.

⁷ Shock Therapy: A History of Electroconvulsive Treatment in Mental Illness (with D. Healy). — New Brunswick: Rutgers UP, 2007.

* * *

ТД: Насколько уместно подчеркивать в истории медицины такие ненаучные понятия, как класс и гендер?

ЭШ: Это часть истории, и таким образом это не является неверным. История медицины — это не только отчет о научных достижениях, каждое из которых яснее и четче предыдущего, это еще и повествование о слабости человеческого знания, сражающегося с неумолимостью болезни. Как и любой другой человек, врач изменяется под влиянием принадлежности к собственному полу, социальному классу, истории своей жизни и культурной традиции, в которых он существует. Все эти особенности уводят его с пути научной истины, но при этом они являются частью социальной истории медицины.

ТД: Интересуетесь ли Вы, хоть в какой-то мере, нынешними теоретическими дискурсами о феминизме и постструктурализме, например, в том, что касается субъективных позиций?

ЭШ: Нет, я считаю это потерей времени. У меня это вызывает сыпь и зуд.

ТД: Фрейд и сам немало вложил в субъективизм и в каком-то смысле расшатал традиционные идеи объективизма и сознания, что и сделало его столь привлекательным для модных теорий всех сортов в настоящее время. Что вы думаете по поводу того влияния, которое оказывал и оказывает Фрейд на так называемую постмодернистскую культуру?

ЭШ: Я считаю, что психоанализ оказал на постмодернистскую культуру нулевое влияние. Молодые люди сегодня не имеют ни малейшего представления ни о том, кем был Фрейд, ни о том, в чем заключаются оригинальные идеи психоанализа. Я полагаю, что было бы лучше сформулировать вопрос следующим образом: каким было влияние психоанализа на культуру 1940–1960-х гг.? И ответ здесь: огромным. Но постмодернизм-то появился позже. Что же касается того, что психоанализ помогает им «дерепрессироваться», ну знаете ли, они уже и так вполне дерепрессированы.

ТД: Вы написали о роли наименования и вообще риторики, о роли языка в более широком смысле в истории медицины. Например, Вы обсуждаете проблему смены названий институций, когда, скажем, сумасшедший дом начинает называться клиникой нервных болезней.

ЭШ: Это изменение явилось следствием чудовищного страха, который пациенты испытывали по отношению ко всему психиатрическому, означавшему для них наличие дегенеративности. Пациенты боялись того, что не смогут выдать замуж своих дочерей, если станет известно, что в семье есть психически больные. Нервное заболевание, напро-

тив (поскольку оно затрагивало физическую составляющую тела — нервы — и не рассматривалось в такой степени как наследственное), считалось в большей степени результатом случайности. А потому было гораздо более приемлемым иметь проблемы нервные или неврологические, нежели психиатрические.

ТД: Будучи сам как бы номиналистом, я заинтригован Вашими комментариями.

ЭШ: В истории гомосексуальности, например, существует две позиции: реализм и номинализм. Реалист, как правило, говорит, что гомосексуальные мужчины и женщины рождаются гомосексуалами и что вовсе не культура подталкивает их к этому. Номиналист говорит: «Не, ребята, пока мы не дадим этому имени, его и не будет». Я придерживаюсь позиции реалиста и думаю, что позиция номиналистическая грубо исказила историю сексуальности. Я надеюсь, что Вы не примете этого на личный счет и не обидитесь, но я полагаю, что вы «сели не в тот поезд».

ТД: Нет, конечно. Мы разделяем с Вами способность признать власть слов в формировании культуры, в том числе и наших болезней.

ЭШ: Всегда существуют взаимные уступки между эссенциализмом и номинализмом. Никто не претендует на то, чтобы владеть всей сферой влияния. Но я думаю, что социальные силы и биология обладают гораздо большей способностью формировать человеческое поведение, чем слова. Сейчас меня интересует история сексуальности, где биологические потребности явно превалируют над социальными конструкциями. Поэтому, я бы сказал, что называние вещей имеет громадную субъективную ценность. Но в истории сексуальности, так же как и в области психических заболеваний, стоит все тот же вопрос: появляется ли ориентация или болезнь раньше своего имени или нет? Реалистическая позиция утверждает, что определенно да. Я убежден, что люди страдали психическими расстройствами, вызванными биологическими причинами, задолго до того, как психиатры додумались дать им имена.

ТД: Как насчет *DSM*⁸? Как случилось, что от очень маленького справочника по известным психическим заболеваниям мы дошли до кирпича такой толщины?

ЭШ: Артур Клейнман однажды сказал, что 90 процентов диагнозов, упомянутых в *DSM-III*, не существуют, что они попросту артефакты, изобретенные для системы страхования. Я думаю, так оно и есть! Но в то же время я не умаляю значение нозологической деятельности в попытке дифференцировать и четко разделить психические заболевания. Я согласен с тем, что выпускающие *DSM* в свет не справились с задачей сделать это

⁸ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (Диагностическое и статистическое руководство по психическим заболеваниям).*

достаточно хорошо, и этот процесс стал напоминать разогнавшийся паровоз. Но изначально идея была разумной. Раз мы подразделяем и классифицируем заболевания грудной клетки, почему бы нам не проделать то же самое с психическими заболеваниями и болезнями мозга? Ну да, конечно, мы можем и это. Но создатели *DSM* дошли до абсолютно неприемлемого набора классификаций, упрямо выбрав метод, который наверняка заведет их в тупик, а именно метод консенсуса, — собрание за одним столом группы экспертов и принуждение их к компромиссу. Такие компромиссы могут быть раскрепасны для социальной динамики в группе, но если это занятие научное, его результаты можно сразу выбросить на помойку.

ТД: Я могу отчасти разделять реалистическое видение в отношении биологических заболеваний. Но ведь ситуация становится гораздо более неопределенной, когда речь идет о разного рода психосоматических болезнях, с которыми имел дело Фрейд в своей повседневной практике?

ЭШ: Она более неопределенна в силу огромного веса культурной заданности. При шизофрении или глубокой депрессии ее роль не столь драматична. Но при психосоматическом заболевании такая заданность тяготеет над сценарием, диктуя пациенту, какие симптомы легитимны, а какие нет. В свою очередь психика пациента видит это и продуцирует легитимные симптомы. В рамках культурного представления о легитимных изменениях симптомы, выказываемые пациентом, тоже меняются. Никто не любит, когда ему говорят, что всё происходящее существует исключительно в его больном воображении.

ТД: То есть Вы отрицаете номинализм, поскольку он описывает не психосоматические заболевания, а только биологические?

ЭШ: Нет. Назовете ли вы что-то шизофренией, депрессией или ощущениями, симптомы останутся в сущности теми же. Люди ощущали усталость, иногда впадали в плаксивость, были угнетены своими неудачами, и это существовало всегда, независимо от того, как называлось то, что сегодня мы называем депрессией.

ТД: В книге *«От паралича к усталости»* Вы ясно говорите, что симптомы различаются в разные эпохи.

ЭШ: Верно. Ныне существует та же глубинная причина для соматизации, что, несомненно, существовала на протяжении веков, и она также, несомненно, неврогенно или биологически обусловлена. Только выражение ее определено культурой.

ТД: В этой своей работе Вы утверждаете, что «в течение последнего века царил некоторое лицемерие, известное разочарование в профессиональном подходе к нервным расстройствам». Насколько осознанно было это разочарование со стороны практикующих врачей? Какую роль Фрейд и психоанализ сыграли в этом разочаровании?

ЭШ: Психоанализ сорвал фиговый листок с «нервического». Он напугал людей, оказавшихся «без штанов». Вот почему психоанализ оказал относительно небольшое терапевтическое воздействие на большинство соматизированных пациентов. Он буквально говорил им: «Мадам, всё это происходит лишь в Вашей голове». Что же касается терминов «нервное» или «нервозность», то они изначально предназначались для публичного потребления. Существовали психиатры, которые полностью отдавали себе отчет в том, что такое психическое заболевание. И для них расстройства мышления, психики были отличны от нервных расстройств. Таким образом, называя болезнь нервной, а себя — врачами по нервным болезням, они по сути занимались пиаром, чтобы заставить пациентов почувствовать себя комфортнее, чтобы заманить их к себе в кабинеты во времена крайне конкурентной медицины. Позже различия между пиаром, попытками воздействовать на общественное мнение и тем, во что люди действительно верили, несколько стерлись, а стерлись они, когда мы получили в свое распоряжение *DSM*, третий и последующие. А вот мода на нервозность в XIX веке была, как мне кажется, еще более живой, еще более направленной на контроль общественного мнения.

ТД: Продолжается ли сегодня это влияние на общественное мнение, даже если мы не способны его замечать?

ЭШ: Разумеется, оно идет своим чередом, когда доктора говорят своим пациентам, что их проблемы являются результатом серотонинового или же норэпинефренового метаболизма, потому что даже если препараты, которые они получают, могут воздействовать на нейротрансмиттеры, реальная проблема практически наверняка находится в другом месте, а именно — в химических процессах мозга. Психиатры и сегодня не имеют четкого представления о том, в чем же заключается реальная проблема, с биологической точки зрения, но они продолжают говорить с пациентами о дисбалансе, чтобы их успокоить. Можно прописать таблетки, и пациент уйдет счастливым. Но психиатры, внимательно относящиеся к тому, что им известно в области фармакологии, абсолютно в это не верят.

ТД: Это напоминает мне дискуссию по поводу плацебо-эффекта в Вашей книге «*Как найти подход к больному*»⁹, где Вы открыто осуждаете использование серьезных препаратов в качестве плацебо.

ЭШ: Речь идет о том серьезном плацебо-эффекте, который в психотерапии называется суггестией, внушением. Вместо того чтобы давать пациентам, страдающим хроническими болями, сахарные пилюли, им давали препараты, имеющие сильное фармакологическое воздействие. Это считалось единственно этически приемлемым способом, чтобы «не лгать пациентам». Препарат, вероятнее всего, не окажет значительного влияния

⁹ *Bedside Manners: The Troubled History of Doctors and Patients.* — N. Y.: Simon & Schuster, 1985.

на их симптомы, но, по крайней мере, люди могут верить тому, что это настоящая медицинская терапия, а не какие-то там сахарные пилюльки.

ТД: У врачей больше нет официального разрешения выписывать такие плацебо.

ЭШ: Я считаю недопустимым вмешательство в отношения «врач—пациент» со стороны биоэтиков, получивших образование в области философии, — они бьют тревогу по поводу этой «лжи», хотя существует немалый шанс, что это может принести помощь пациентам.

ТД: Как Вы думаете, Фрейд вылечил хоть кого-нибудь психоанализом?

ЭШ: Психоанализ обладает не меньшей силой, чем любая другая форма психотерапии, а значит, силой значительной. Но это связано с отношениями «врач—пациент» и с вопросом о близости в терапевтическом процессе, а не с интеллектуальным содержанием психоанализа. Кроме того, психоанализ занимает намного больше времени и стоит намного дороже, чем, скажем, когнитивно-поведенческие терапии.

ТД: Читая Ваши работы, я часто бывал поражен вашими описаниями финансовых деталей. Например, в «*Истории психиатрии*» Вы говорите о том, как необходимость для психиатров иметь частные практики привела к экспансии психоанализа.

ЭШ: Психоанализ стал краеугольным камнем частной практики, но только в том, что касалось процента практикующих врачей, занимающихся психоанализом. А действительно доминирующим в частной практике стало психодинамическое лечение.

ТД: В какой степени денежный фактор был виной аберраций в истории медицины?

ЭШ: Деньги явились очень мощным стимулом для ухода психиатров из психиатрических клиник в частную практику, где они могли соединиться с гражданским обществом, да еще и заработать намного больше. В то же время и пациенты требовали психоаналитического лечения. Таким образом, можно сказать, что психиатры просто-напросто ответили на легитимное потребительское желание. Аналитики даже в лучшие свои времена не зарабатывали столько, сколько невропатологи или кардиохирурги, поэтому выбирая психоанализ, они руководствовались иными, нежели материальными, мотивами. Экономические причины играли свою роль, но ими невозможно объяснить всё. Если переоценивать финансовую сторону дела, вы не сможете понять, почему хоть один человек пошел в психиатры. Даже если быть аналитиком на Парк-авеню, это по финансам никак не сравнится с тем, чтобы быть специалистом в другой области медицины на той же улице.

ТД: Не считая того, разумеется, что множество практикующих психоанализ никогда бы не преуспели в других областях...

ЭШ: Но все они были квалифицированными медиками. И если они не шли в офтальмологию, то вряд ли потому, что были недостаточно компетентны или плохи для этого, а потому, что они в силу каких-то причин интересовались анализом.

ТД: В книге «До Фрейда»¹⁰ Фрэнсис Гослинг утверждает нечто, по-моему парадоксальное, а именно что неврастения в Америке не ограничивалась высшими классами, а регулярно встречалась в работе с клиентами из рабочего класса.

ЭШ: Просто дело в том, что многие врачи писали о неврастении на примерах своей практики с пациентами из высших классов. Но это не означает, что неврастения встречается только у этой клиентуры, как это не означает и того, что только высшие слои общества страдают депрессией!

ТД: Но не являются ли некоторые заболевания привилегией богатых?

ЭШ: Неврастения – плохой пример, потому что это просто другое слово для обозначения депрессии. Возьмем лучше иной случай: женщины, которые годами не вставали с постели. Это и впрямь было заболевание богатых женщин. Нормальная женщина просто не смогла бы себе этого позволить. Кто будет заниматься семьей? Кто будет выходить из дома, чтобы заработать на жизнь?

ТД: Меня всегда увлекала мысль, являющаяся, возможно, удобной иллюзией, что нехватка денег позволяет избегать «потакающих» болезней и что рабочий класс в каком-то смысле здоровее высших классов общества.

ЭШ: Ну нет, рабочий класс менее закаленный, поскольку их здоровье изначально хуже, чем у представителей среднего класса, и еще потому, что они уделяют себе намного меньше внимания. Но люди из рабочего класса так же подвержены депрессиям, как и все остальные.

ТД: Позвольте мне остановиться на этом подробнее. В книге «Как найти подход к больному» Вы говорите о переходе от традиционного к современному и постмодернистскому пациенту. Создается впечатление, что вы считаете, что у пациентов из рабочего класса нет ни времени, ни желания на саморефлексию, которая более характерна для среднего класса. Вы не видите связи между этой возросшей способностью к интроспекции и, скажем, увеличением числа постмодернистских пациентов?

ЭШ: Я не уверен, что смогу предложить много аргументов в пользу этого соображения, но очевидно, что пациенты, способные достигать большого количества инсайтов¹¹, иногда могут избавляться от психосо-

¹⁰ Gosling F. Before Freud: Neurasthenia and the American Medical Community, 1870–1910. — Urbana: University of Illinois Press, 1987.

¹¹ Здесь этот термин употребляется в принятом в современной психотерапии смысле: инсайт — это способность пациента осознать собственную психопатологию и пси-

матических симптомов. В то же время известно и то, что почти никто из имеющих серьезные психосоматические заболевания, независимо от принадлежности к тому или иному классу, не переживает инсайтов вообще. Они все убеждены, что их болезнь абсолютно органическая.

ТД: Думаете ли Вы, что психоанализ способствует возникновению инсайта?

ЭШ: Я считаю, что нет никаких гарантий этого, поскольку это мнение основано на несостоятельной интеллектуальной базе. Астрология тоже работает с инсайтами, но и они не имеют ценности. Что, вы чувствуете себя лучше от того, что у вас был инсайт, будто ваша связь с материнской грудью была скорее такой, чем этакой? Увольте меня от этого.

ТД: Как удалось Фрейду избежать обвинений в недопустимых практиках в его врачебной деятельности, если учесть бесспорные указания, что он применял внушение?

ЭШ: Хороший вопрос. Почему сегодня психоанализ не стал объектом массовых судебных преследований со стороны пациентов, получавших неправильное аналитическое лечение в тех случаях, когда, как мы теперь знаем, требовалась фармакотерапия? Или, по крайней мере, в случае заболеваний, которые не были психогенными? Например, синдром Туретта¹²: в течение многих лет этих пациентов лечили психоанализом, то есть самым неподходящим для этого заболевания методом. Даже сегодня для меня остается загадкой, почему пациенты, страдавшие синдромом Туретта, не объединились, чтобы подать в суд на Американскую психоаналитическую ассоциацию или на отдельных аналитиков за нанесенный последними ущерб здоровью. Похожая ситуация и с Фрейдом. Почему его не судили? Прежде всего потому, что в то время за нанесенный вред здоровью не судили никого. Само представление, что это можно делать, тогда только-только появлялось. Во-вторых, потому что многие верили во все эти штуки — особенно средний класс — вплоть до 1970-х, притом по обе стороны океана. Поскольку естественным образом процесс о нанесении ущерба здоровью мог быть проведен только судьей или судом, принадлежащим к среднему классу, а они все верили в доктрину психогенности, основанную на бессознательных конфликтах, то и затевать легальные действия означало бы вызвать насмешки, да еще и деньги потерять.

ТД: А образованная академическая среда?

ЭШ: Ну, академический истеблишмент терпеть не мог психоанализ. Ученые оставались ориентированными в большей степени на биоло-

динамику, понять мотивы и смысл своих символических действий, чем создать условия для изменения своего поведения. — *Прим перев.*

¹² Расстройство центральной нервной системы, выражающееся в тиках лица и верхней части тела, в непроизвольных движениях, в копролалии или эхолалии. — *Прим перев.*

гию и не верили в детскую сексуальность. Но академическая психиатрия сильно отличается от психиатрии общественной. В последней ты должен зарабатывать деньги на том, за что люди готовы тебе платить. Если пациент начинает верить в какие-то вещи, то тебе следует именно ими и заняться — иначе у тебя не будет пациентов.

ТД: Известно, что соматизация — это обычная часть жизни. Но что это означает применительно к симуляциям или даже к разыгрываемым болезням?

ЭШ: Существует целый спектр инсайтов. Если люди, обладающие 100 %-й способностью к инсайтам относительно самих себя, при этом они соматизируют — тогда это симуляция. Если у людей нулевая способность к инсайтам и они соматизируют — это серьезная психическая проблема. Другими словами, существует ровный континуум от симуляции до истерии, и то, где в этом континууме находитесь вы, зависит от количества ваших инсайтов.

ТД: Пережила ли Берта Паппенгейм (пациентка Брейера, Анна О., случай которой послужил началом психоанализа) хоть один-единственный инсайт во время болезни?

ЭШ: Этого не знает никто. Она выросла и стала, похоже, абсолютно нормальной социализированной женщиной. Ее основной проблемой в подростковом возрасте была наркотическая зависимость, которую впоследствии она, кажется, преодолела. Не требуется большой психоаналитической работы для отказа от морфия.

ТД: Мне интересно Ваше утверждение, сделанное в книге «От психики к телу», что объяснение внушения — это на самом деле просто «черный ящик». Почему цена внушения — в отсутствии объяснения?

ЭШ: Никто не знает, каков психологический механизм внушаемости. Ты или внушаем, или нет. Никто на самом деле не знает, почему. Как показывают некоторые исследования, в этом есть и генетический компонент, но это только часть дела. Как открыть дыры в «черном ящике», все еще большая загадка. В наши дни в нейробиологии, неврологии и психиатрии психосоматические заболевания являются почти такой же тайной, как и сто лет тому назад. Никто не знает, почему они возникают. Очевидно, что женщины подвержены им больше, чем мужчины. Существует, как я сказал, история семьи, и в зависимости от нее у тебя может быть больше риска начать соматизировать. Но за пределами этого всё остается зыбучими песками науки. Врачи, которые в это погружаются, исчезают из поля зрения радаров.

ТД: Зная о Вашем личном интересе к биологическим аспектам психиатрии, я бы хотел услышать Ваше мнение о Фрейде биологическом.

ЭШ: Я считаю, что очень легко переоценить биологические элементы в фрейдовских трудах. Некоторые его нынешние сторонники ретроспек-

тивно стараются «снять психоанализ с крючка», утверждая, что Фрейд считал биологию краеугольным камнем своей теории. Сама интеллектуальная структура психоанализа предполагает наличие психогенности, то есть того, что психические заболевания возникают в результате психического действия, в результате бессознательных конфликтов. Последователи Фрейда всегда находились в яростной оппозиции к биологическому подходу в психиатрии, как и к психофармакологии. А потому, хотя Фрейд и подошел к идее о том, что, возможно, существует что-то биологическое, требующее исследований, вся аналитическая артель оставалась непреклонно враждебной по отношению к биологии.

ТД: Я определенно нахожу большое количество биологии в работах Фрейда как до, так и после 1897 г.

ЭШ: Но он не возобновил и не резюмировал эти идеи после 1900 г.

ТД: Еще как! Поздние работы начиная с «*По ту сторону принципа удовольствия*» (1920) заполнены биологией. Возьмите его книгу «*Неудовлетворенность в культуре*» (1930), которая вызывает к жизни филогенетические фантазии из «*Тотема и Табу*» (1913).

ЭШ: Но эта спекулятивная физическая антропология не имеет ничего общего с биохимией нервной системы или биологией мозга. У него не было интереса к нейроанатомии, а нейрехимии в его время и вовсе не существовало. Не было у него интереса и к генетике, да и позже психоаналитики непреклонно отрицали возможное влияние генетики. Так что слова о том, что Фрейд интересовался филогенезисом, не делают из него биологического психиатра.

ТД: Следуя за Франком Салловэйем¹³, я думаю, что он имел в виду биологию как имплицитную базу своей работы.

ЭШ: Многое может быть имплицитным. Фрейд во время учебы занимался биологически ориентированной неврологией, а не психиатрией. Так что не стоит удивляться отдельным всплескам интереса к нейробиологии в его трудах. К примеру, он видел много нейросифилитиков, и в этих случаях биологическая составляющая их жалоб была очевидной. И Фрейд никогда не настаивал на том, что все психиатрические симптомы психогенны. Однако его последователи решительно отвернулись от нейробиологии, психофармакологии, психиатрической генетики и всего прочего, имеющего хоть отдаленно крупную органическую составляющую. Так что опять-таки я бы сказал, что хотя Фрейд и был неврологом, а не психиатром, у него был нулевой интерес к нейроанатомии, нейрехимии или генетике. В отсутствие такового невозможно настаивать на том, что у него был горячий интерес к нейробиологии.

¹³ Sulloway F. Freud, Biologist of the Mind: Beyond the Psychoanalytic Legend. — N. Y.: Basic Books, 1979.

ТД: В эссе, посвященном пациентке Фрейда Анне О.¹⁴, Вы тщательно проследили социальные и культурный контексты, сделавшие возможным возникновение ее симптомов. К примеру, Вы уделили значительное внимание ее еврейской принадлежности. Насколько опасно для историка подчеркивать такого рода детали?

ЭШ: Я думаю, что еврейство в окружении Фрейда помогает нам объяснить, почему такое невероятное количество людей полагало, что с ними что-то не в порядке. Своего рода психическая и физическая ипохондрия выросла из еврейской культуры Восточной Европы, где она существовала на протяжении сотен лет. И интересно видеть ее периодические манифестации. Специалисты по нервным болезням, так же как и Фрейд, сумели извлечь выгоду из такой тревожной самопоглощенности, объясняя женщинам, что у них истерия, а мужчинам — что у них неврастения, хотя на самом деле у них всё было в порядке. Я убежден в том, что большинство пациентов Фрейда были нормальными и что их болезни были социально мотивированными и в какой-то степени ятрогенными, поскольку Фрейд в поисках бессознательных корней их поведения умудрялся убедить их в том, что они страдают клиническими заболеваниями.

Являются ли такие рассуждения антисемитскими и, если да, в какой степени? Не думаю, что они более антисемитские, чем разговоры о проблемах черных американцев во времена рабовладения или о проблемах польских шахтеров в Миннесоте. Канада и Соединенные Штаты — это лоскутное одеяло, сшитое из этнических групп, и каждая группа обладает своими особенностями. Возможно, каждая этническая группа имеет свои характерные заболевания и свои способы поиска лечения. Сказать, что это хоть в малейшей степени «анти»-данной этнической группы — абсурд. Так что я не нахожу эти соображения опасными ни в малейшей степени. Скорее, для ученых обязательно говорить правду, а не идти на поводу у социальных предрассудков.

ТД: Разумеется. Но нетрудно и перепутать описание и предписание.

ЭШ: Подумаешь, проблема! Мой совет читателю — справиться с этим.

ТД: В Вашей книге «*От психики к телу*» вы посвящаете целую секцию этническим характеристикам, но по сути говорите только о еврейской идентификации.

ЭШ: Это короткая книга! Я мог бы написать и о других этнических группах, но я проводил всё время за изучением евреев в Вене, это и была та этническая группа, о которой я много знал.

ТД: Я не стараюсь настоять на чем-либо негативном, мне просто интересно, последовала ли какая-то реакция на эти пассажи.

¹⁴ What Was the Matter with Anna O.: A Definitive Analysis // T. Dufresne (ed.). Freud Under Analysis: History, Theory, Practice. — Northvale, NJ: Jason Aronson, 1997.

ЭШ: Никакой, насколько мне известно. Зато была значительная реакция в Германии на мою *«Историю психиатрии»*. И действительно, некоторые немцы осудили ее как антисемитскую просто потому, что я говорил на эту тему открыто и честно. Немцы, разумеется, абсолютно не в состоянии обсуждать эти вопросы хоть с мало-мальской объективностью. Поэтому когда они сталкиваются с такой объективностью на международной сцене, они в панике отступают. Меня несколько раз обвиняли в немецких книжных обозрениях за то, что в их глазах было антисемитизмом. По случайности, перевод на немецкий был сделан еврейкой, которая позже сказала мне, что любой намек на антисемитизм непременно привел бы ее в ужас и что она в таком случае никогда бы не взялась за перевод. Стало быть, она ничего подобного не увидела.

ТД: Ответили ли Вы что-то своим критикам?

ЭШ: Да, кое-что. У меня была пренеприятная переписка с одним швейцарским психиатром и потом со всей Швейцарской психиатрической ассоциацией по поводу Макса Мюллера и вопроса, был ли он антисемитом. Мюллер был очень заметным швейцарским психиатром, процветавшим в 1930-е годы, и он делал остроумные замечания по поводу коллег-евреев, ссылаясь на них как на типичных восточноевропейских евреев. Я заметил в своих примечаниях к *«Истории психиатрии»*, что это было проявлением антисемитизма, что привело его сына Кристиана в ярость. В ответ он сумел убедить Швейцарскую психиатрическую ассоциацию, ведущим членом которой был, выразить официальное осуждение как моей книги, так и меня лично. Позже в швейцарском еврейском еженедельнике появилась статья, в которой мне сочувствовали, а Мюллера и ассоциацию критиковали. Так что я действительно пострадал за антисемитский вопрос — и притом самым неожиданным образом.

ТД: Элейн Шовалтер говорила, что после публикации ее работы об истерии ей пришлось нанимать телохранителей и что ей угрожали смертью «сторонники» хронической усталости. Как Вы справлялись со своими критиками?

ЭШ: На протяжении долгого времени я получал злобные письма. И бывало, что во время моих лекций за стеной проходили демонстрации протеста. Однако это не заставило меня отказаться от своих слов. Мне жаль, что этим людям не нравится моя работа, но нам платят за то, что мы ученые. И это означает, что мы должны стараться находить правду независимо от того, пользуется ли она популярностью.

ТД: Почему научная работа может представляться кому-то угрозой?

ЭШ: Есть люди, страдающие модными болезнями, такими как фибромиалгия, синдром хронической усталости, множественная химическая чувствительность, и эти люди имеют «психологические обязатель-

ства» перед своим диагнозом и не могут перенести, если кто-то говорит, что в их проблемах не так много органического, что они проистекают от соматизации. Вот почему они реагируют с таким негодованием, когда появляется кто-то, например, я, и, полностью признавая их страдания, тем не менее не соглашается с поставленным диагнозом.

ТД: Какое будущее у научных исследований по истории медицины и, в частности, психоанализа?

ЭШ: История медицины действительно сейчас находится в стадии бурного развития, подобно тому, как это было в 1950-е гг. с иммунологией. Она уже готова взорвать твердь гуманитарных и социальных наук. Это наука, которая может сказать нечто совершенно новое о состоянии человека. Что касается истории психоанализа, я думаю, она готовится к смерти. Люди в современном мире теряют интерес к психоанализу, и всё меньше и меньше любопытства вызывает его история. Кому до этого дело?

ТД: А ученым?

ЭШ: Я не хочу преуменьшать легитимность работ по истории психоанализа, но меня поражает то, что на протяжении уже нескольких десятилетий никто не сказал практически ничего нового об истории психоанализа. Не было никаких новых текстов.

ТД: Но были новые письма.

ЭШ: Ну и они появлялись не слишком часто. Но в целом тексты, которые цитируются сегодня, — те же, что цитировались в 1960-е гг. Это не та наука, что движется вперед на базе новых данных. Я полагаю, что история психоанализа скоро будет представлять для исследователей примерно такой же интерес, как, скажем, история астрологии.

ТД: Так что, «смерть психоанализа» не была преувеличением?

ЭШ: Шутить извольте. Психоанализ в медицине уже мертв и вскоре будет иметь даже на кафедрах английского языка тот же интеллектуальный статус, что эсперанто.

Перевод Ольги Масловой-Вальтер