

М. С. Лебединский

ОЧЕРКИ
ПСИХОТЕРАПИИ

М Б Д Г И Э · 1959

«В деле лечения всяких болезней психическое влияние врача играет в высшей степени важную роль, и способность пользоваться психическими факторами в деле лечения составляла всегда одно из выдающихся свойств замечательных врачей всех времен».

С. С. Корсаков

ВВЕДЕНИЕ

Теория и практика советской медицины, направляемые марксистско-ленинским учением достигли больших успехов.

Советским врачам предоставлены все возможности для того, чтобы обеспечить нашему народу полноценную и всестороннюю медицинскую помощь. Такая помощь невозможна без преодоления односторонности узкого органо-локалистического подхода к больному, а также концепций, игнорирующих социально-историческую основу развития человека.

Советская медицина отличается последовательным проведением гуманистических принципов, подлинной человечностью. Поэтому советские врачи подходят к человеку именно как к человеку со всеми его особенностями, со всем его своеобразием и не только как к единому организму, но и как к исторически, в определенных социальных условиях сложившейся личности.

Концепция И. П. Павлова о сигнальных системах обосновывает необходимость строить лечение человека, полностью учитывая все значение второй сигнальной системы, используя ее закономерности для достижения наиболее полного терапевтического эффекта. Это означает, что лечение обязательно должно в необходимой при данном состоянии больного мере учитывать влияние слов врача и окружающих, а также несловесных факторов в их особом смысле, который они приобрели в процессе развития данного индивидуума, и вследствие этого способных в нужном направлении воздействовать

на психику больного и через психику, через кору головного мозга на весь его организм. Используемое сознательно и планомерно врачом в целях излечения больного или улучшения его состояния и самочувствия такое воздействие и называется психотерапевтическим.

Психотерапией, таким образом, является целенаправленное, планомерное, учитывающее не только особенности и состояние организма в целом, но и социальную природу, личность человека, врачебное воздействие на психику больного в целях лечения его психики, его нервной системы, в соответствующих случаях и всего организма в целом.

Многие болезни, прежде всего неврозы, возникают в результате одномоментной или длительной психотравмы. При болезнях, не имеющих такой этиологии, самое отношение больного к болезни накладывает свой отпечаток на характер ее течения, занимая свое место в патогенезе. Не только отношение к самой болезни — тревога, огорчение, потеря надежды на выздоровление и пр., но и отношение к выздоровлению (безразличное отношение к вопросу выздоровления, так называемая «установка на болезнь» и пр.) также способно весьма значительно влиять на течение болезни. Самые изменения, происшедшие в организме в процессе болезни, проходящей или хронической, меняя состояние центральной нервной системы, делают ее более способной травмироваться как самой болезнью, так и всякими сторонними факторами, в здоровом состоянии человека не имеющими для него патогенного значения. Все эти моменты образуют психическую сторону болезни, тесно связанную с личностью больного, перестраивают корковую динамику, а с ней и корковую регуляцию функций организма, особенно тех, которые наиболее связаны с болезнью. Эта сторона непсихогенной болезни может и при ней, как и при неврозах, сделать весьма важным и ценным психотерапевтическое влияние врача на больного.

Понимая задачу психотерапии как привлечение врачом всех возможностей лечебного воздействия на больного через сигналы как второй, так и первой сигнальной систем, через эмоциональную сферу больного, мы не можем не прийти к выводу, что элементы психотерапии должны входить в любую систему лечебной помощи. Но это не должно препятствовать выделению психоте-

рапии в самостоятельный, планомерно проводимый и методически выверенный способ лечения.

Конечно, роль психотерапии и место ее при различных заболеваниях и у разных больных сугубо различны: в одних случаях психотерапия является единственным методом лечения, в других случаях она может и должна играть подчиненную роль; в одних случаях психотерапия выступает как основное патогенетически обусловленное лечение, в других случаях основная задача психотерапевтического метода — так называемое симптоматическое лечение, т. е. устранение или смягчение основных или даже вторичных и побочных явлений, усиление действия основных методов лечения, предупреждение психогенных наслоений и т. п. Ни одной из этих задач врач любой специальности не может и не должен пренебрегать. Следовательно, всякая возможность применения психотерапевтического метода должна быть использована.

История психотерапии знает ряд попыток необоснованно расширенного ее понимания. Такое понимание и в настоящее время лежит в основе некоторых течений психотерапии в капиталистических странах.

Интеллектуалистические течения психотерапии положили начало тенденции раскрывать понятие психотерапии как процесс обучения больного. Мы думаем, что психотерапия и шире, и уже понятия «обучение» — это принципиально иная система воздействия. Некоторые моменты обучения необходимо включаются в психотерапию, но никогда психотерапия, и приближаясь к педагогике, не может быть сведена к педагогическому воздействию, в частности к обучению. Никогда обучение само по себе не приобретает решающей роли в психотерапии, хотя нередко включается в нее.

То же следует сказать о перевоспитании. Еще в 1898 г. Мортон Принс (Morton Prince) писал о перевоспитании как об основной задаче психотерапии. Близи к этим взглядам взгляды П. Жане (P. Janet). Но особенно отчетливо выступила такая концепция в учении Фрейда (S. Freud), приобретя здесь иные черты. Мы полагаем, что задача перевоспитания больного не может считаться самостоятельной задачей психотерапевта. Цель психотерапии в основном — устранение более или менее временных состояний, возникших в

результате заболевания. Конечно, и элементы перевоспитания, как и обучения, могут включаться в психотерапевтическое воздействие, но они здесь должны пониматься весьма суженно.

Психотерапевт, воздействуя на личность больного, стремится изменить в ней то, что способствовало возникновению или закреплению болезни или тех или иных отдельных патологических явлений, возникших в болезни. Он должен по возможности устранить в личности больного те черты, которые мешают выздоровлению или создают благоприятную почву для возможного рецидива. Такое влияние врача на больного всегда имеет специфически лечебные задачи и не должно выходить за эти пределы, т. е. за пределы врачебной компетенции.

В связи с этим и методы психотерапевтической воспитательной работы должны иметь свои особые черты.

Сказанное о месте обучения и воспитания в психотерапии ни в коей мере не означает, что психотерапия не может и не должна ничего заимствовать от передовой педагогической науки.

Особенности больного и различных заболеваний определяют характер задач, которые могут быть поставлены перед психотерапией, и требуют глубоко индивидуализированного применения психотерапевтического метода при лечении каждого больного. Задачи психотерапии меняются и на каждом этапе болезни и лечения одного и того же больного. Успех психотерапии главным образом и зависит всякий раз от того, правильно ли и достаточно четко поставлены задачи психотерапевтического воздействия и правильно ли выбрана методика и использована психотерапия врачом.

Среди врачей далеко не изжит до сих пор ложный взгляд на методическую сторону психотерапевтического воздействия. Особенно в случаях применения психотерапии как подсобного метода врачами-специалистами таких областей медицины, как хирургия, гинекология, внутренние болезни и т. п., еще часто отмечается их методическая беспомощность и игнорирование методической стороны психотерапии, своеобразный психотерапевтический нигилизм.

Не учитывая методических требований, не обосновывая должным образом своего воздействия на психику больного, врач рискует не помочь, а повредить больному, ослабить эффективность других лечебных мероприятий.

Нельзя, например, не заметить, что слова врача, как будто одинаковые, могут привести у разных больных к весьма различному эффекту, иногда и противоположному задаче, поставленной врачом. Любой психотерапевтический момент в системе лечения должен быть тщательно продуман и применен в соответствии с особенностями болезни и состояния больного, в соответствии с условиями, в которых заболел больной, в которых он проходит лечение. Непременным условием успешного оперирования психотерапевтическими факторами врачом любой специальности является его владение основами психотерапии применительно к своей специальности. Тем более должно требовать удовлетворительной психотерапевтической подготовки от врача, специально посвятившего себя психотерапии.

К сожалению, и до сих пор будущие врачи, находясь на студенческой скамье, проходя клинику, не всегда получают достаточно знаний по вопросам психотерапии. Очень часто молодой врач, выходя из высшего учебного заведения, недостаточно владеет даже основными положениями и приемами психотерапии.

Не исполняют должным образом нужные для психотерапии знания и институты усовершенствования врачей.

Нередко дискутируют о том, что именно следует считать психотерапией. Известный мольеровский герой долгое время не знал, что он говорит прозой, но все же говорил ею. Этому герою вряд ли чем-либо было полезно так поразившее его открытие насчет характера его речи и возможности определить ее как прозу. Совсем не так обстоит дело при применении психотерапии врачом. Мы полагаем, что врач любой специальности непременно должен знать, что в его взаимоотношениях с больным, как и в взаимоотношениях с последним среднего и младшего медицинского персонала, в установленном для больного режиме, в воздействии на больного всей обстановки лечебного учреждения, в характере лечебных мероприятий неизбежно представлены моменты, которые или являются подлинно психоте-

рапевтическими, или легко превращаются в факторы противоположного действия, причиняющие тот или иной вред больному через его психику. Вся лечебная система должна быть построена с учетом психотерапевтических принципов.

Для правильного понимания огромной роли слов врача и всего его поведения, поведения медицинского персонала, влияния обстановки и окружающих лиц на психику больного необходимо иметь в виду, что психология больного человека всегда имеет свои особенности и прежде всего отличается большей частью особой восприимчивостью ко всему, что касается его болезни. Больной может в зависимости от тяжести своего состояния, черт характера и т. п. ошибочно придавать особый смысл всему, что, по его мнению, выражает оценку компетентными людьми его болезни и т. п. Поэтому на него может тяжело воздействовать какой-либо незначительный как будто факт. И в то же время он может особенно сильно нуждаться в поддержке, одобрении, обнадеживании со стороны врача, медицинского персонала и других окружающих его людей (больных, родственников и пр.). Таким образом, далеко не безразлично, знают ли врач и все его помощники, что соответствующие моменты их лечебной работы являются и должны являться элементами психотерапии. Зная это, они скорее поставят перед собой вопросы методики, приблизятся к правильному использованию психотерапевтических приемов, опираясь на собственный опыт, а также на опыт других специалистов и теоретические положения в области психотерапии. Только при полностью планируемом, продуманном и теоретически обоснованном применении всеми врачами психотерапевтических приемов будет покончено с вредной стихийностью, с методической беспомощностью, особенно, естественно, наблюдающейся у молодых, не имеющих значительного опыта врачей.

Нельзя не отметить тот бесспорный факт, что в теоретическом отношении психотерапия встречала на своем пути такие трудности, каких не знали другие разделы медицины.

Психотерапия в процессе своего становления и развития испытывала на себе особенно сильно влияние идеалистических концепций. Подавляющее большинство зару-

бежных психотерапевтов стояло на позициях дуализма и полностью отрывало психику от организма. Эта идеалистическая психотерапия существовала и развивалась в отрыве от общей медицины и сближалась зачастую с религией и открытым шарлатанством. Отсюда возникло такое положение, при котором психотерапия не пользовалась доверием как среди врачей других специальностей, так и среди людей, не имеющих медицинского образования.

Только научно обоснованная, материалистическая психотерапия способна пользоваться доверием и признанием и может занять равноправное положение в кругу медицинских специальностей в нашей стране.

Методология советской науки, выдающиеся достижения отечественной физиологии, замечательный опыт и традиции советской и дореволюционной отечественной медицины, терапевтические успехи, достигнутые лучшими психотерапевтами, их клинический опыт, — все это представляет надежную основу для построения научных методов психотерапии. Такие методы создаются общими силами материалистически мыслящих врачей при самом активном участии советских психотерапевтов. Учитывая задачи этой коллективной работы, необходимо уже сейчас интенсивно делиться имеющимся опытом, предварительными соображениями, разработанными методиками. Эта работа должна включать в себя и критику ложных и ошибочных концепций.

Советская психотерапия решительно отбрасывает те принципы и методики, которые возникли из идеалистических концепций и от них неотделимы, и принимает лишь те методики, которые могут получить подлинно научное теоретическое обоснование. В психотерапии капиталистических стран широко распространены методики, способные уродовать личность. Их отбрасывает советская психотерапия. Мы не можем ограничиваться применением отдельных, хотя бы и полноценных методик. Психотерапия должна строиться как методически сложная система. Она должна наложить свое влияние на все процессы лечения, должна пронизывать все лечебные процессы. Она должна строиться и проводиться не только психиатрами и врачами-специалистами в области психотерапии, но и представителями всех лечебных специальностей. Она должна стать не только широко

применяемым методом лечения, но и одновременно общим принципом советской лечебной медицины.

Психотерапия как принцип лечебной медицины тесно смыкается с психопрофилактической задачей предупреждения возникновения вторичных наслоений на болезни, особых неврозов. При этом не должно быть затушевано значение специальной психотерапевтической помощи, которой должны быть обеспечены все в ней нуждающиеся. Учение И. П. Павлова позволяет избежать отрыва психотерапии от других разделов лечебной медицины и достигнуть тесного с ними взаимодействия в процессе лечения больного.

Предлагаемые очерки психотерапии мы и хотели бы в меру наших возможностей построить на этих принципах.

ОСНОВНЫЕ ЧЕРТЫ ИДЕАЛИСТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Мы полагаем, что краткое рассмотрение основных концепций зарубежной идеалистической психотерапии, предваряющее дальнейшее изложение, поможет нам осветить основы противостоящей ей материалистической психотерапии в ее развитии, а также подойти к разрешению задач, которые стоят перед советскими врачами в дальнейшей разработке теории и практики психотерапии, полностью свободной от идеалистических пороков.

За рубежом психотерапия в основном развивалась под влиянием идеалистической философии. Здесь она преимущественно противопоставлялась по методу и объекту воздействия другим разделам медицины и другим методам лечения в соответствии с тем, как психика («дух») противопоставлялась телу, организму.

Мы не можем и не должны здесь, конечно, подвергнуть сколько-нибудь подробному рассмотрению идеалистические концепции в медицине и физиологии в целом и их влияние на развитие психотерапии. Для них характерны позиции психофизиологического параллелизма. Вот как, например, один из виднейших зарубежных физиологов, И. Мюллер (J. Müller) в своем руководстве по физиологии человека (1837) высказывался по этому вопросу: «Душа сама по себе чужда физическим силам живой материи, но лишь связана с ней, и эта связь может быть разрушена».

Сходные теоретические взгляды и до сего времени определяют исследования многих физиологов капиталистических стран.

Так, Шеррингтон (Ch. Sherrington) в последних своих работах высказывал мысль, что мозг является инстру-

ментом души, и проводил резкое отграничение души от материи. А ученик Шеррингтона Иккл (Ikkl) в монографии, опубликованной в 1953 г., пытается дальше развивать эти взгляды.

Идеалистическая психотерапия не стремится, как правило, опереться на физиологию. Но все же, особенно в последнее время, попытки использовать физиологию здесь наблюдаются не столь редко.

В некоторых случаях для подобной цели избирается ошибочная концепция крупного прогрессивного американского физиолога Кеннона — концепция гомеостаза. В этой концепции решающее место в обеспечении соотношения организма со средой предоставляется вегетативной нервной системе. Привлекает в этой концепции представителей некоторых течений психотерапии неправильная недооценка роли коры головного мозга. При всякой попытке сблизить физиологию нервной системы с психоанализом физиология неизбежно принимает на себя роль служебную и в высокой мере подчиненную.

Хорошо это иллюстрируется в недавно вышедшей шестым изданием книге профессора невропатологии в Гарвардской медицинской школе (США) Кобба (Cobb) «Основы невропсихиатрии». В своей книге Кобб предлагает схему наук, на основе которых строится, по его мнению, психиатрия. В основании этой схемы, изображенной в форме пирамиды, лежат анатомия и физиология, но на ее вершине в качестве теории автор помещает психоанализ.

Для обоснования фрейдистских концепций используются некоторыми авторами и материалы исследования ретикулярной формации. В этом случае физиологические исследования также используются для утверждения концепции «бессознательного», для попыток отрицания роли коры головного мозга в психике. Позиции идеалистической психотерапии уводят ее от других областей медицины, если последние сами не деградируют, переходя на позиции этой психотерапии и соответствующей ей психологической теории. Она преимущественно (особенно это относится к психоанализу) является методом, приемлемым для больных из наиболее обеспеченных классов и в основном для больных, по своему

мировоззрению подготовленных к принятию реакционных взглядов, на которых она строится.

Психотерапия в капиталистических странах нередко сближалась, как мы уже отмечали, с невежественными попытками лечения и прямого обмана больных служителями религии, мракобесами и шарлатанами, оперировавшими «чудесами». От этих всевозможных «чудес» за отсутствием последовательных научных позиций и физиологической концепции естественно и неизбежно идеалистическая психотерапия так и не сумела себя должным образом отделить вопреки попыткам некоторых ученых.

Положение психотерапии в XIX веке в Америке и в Западной Европе определялось состоянием науки, о котором Ф. Энгельс (особенно имея в виду Англию) писал: «...нет ничего удивительного в том, что за последние годы английский эмпиризм в лице некоторых из своих, далеко не худших, представителей стал как будто бы окончательно жертвой вывезенного из Америки духовидения и духовыстукивания»¹.

В прошлом столетии основным методом психотерапии как специального вида лечения было внушение в гипнозе. И к распространенному пониманию этого метода вполне применима характеристика Энгельса. Уже не говоря о более ранних стадиях развития психотерапии, остановимся на высказываниях о состоянии разработки этого вопроса в конце XIX века одного из видных европейских ученых, весьма далекого от материализма, психолога В. Вундта.

Несмотря на то, что В. Вундт, как писал о нем В. И. Ленин, стоял «на путаной идеалистической точке зрения»², он не мог не характеризовать резко отрицательно современные ему формы и принципы изучения психических явлений вообще и гипноза в частности в «научных» обществах, занимавшихся изучением этих вопросов в Западной Европе и в Америке. Вундт писал: «Лондонское общество для изучения психики, старейшее среди этих обществ... заинтересовано более всего так называемой «телепатией», магическими действиями

¹ К. Маркс и Ф. Энгельс. Сочинения. Т. 14, М.—Л., 1931, стр. 465.

² В. И. Ленин. Материализм и эмпириокритицизм. М., 1953, стр. 45.

на расстоянии одного духа на другой. Совсем по его же стопам идет американское общество для исследования психики. В обществе физиологической психологии, существующем с 1885 г. в Париже, хотя главную роль играет гипнотизм, однако довольно много места уделяется также экспериментам над ясновидением вместе с переносом мыслей и обсуждением этих явлений... По-видимому, не иначе дело обстоит с обществами для психологических исследований, возникшими в последние годы в Германии».

Итак, Б. Вундт, которого нельзя заподозрить в этом случае в пристрастии, констатирует, что вопросы гипноза в Америке и в Западной Европе рассматривались в теснейшей связи с телепатией и ясновидением.

Характерно и несколько более позднее высказывание А. Моля. Этот автор в 1913 г. писал: «Что за последние годы оккультизм значительно вырос, в этом едва ли может быть сомнение. Я думаю так не только потому, что оккультические союзы и их периодические издания значительно размножились, но и потому, что из многих частных бесед... припоминаю эпидемию лечения молитвами, сенсацию, порожденную так называемыми танцовщицами во сне, ту путаницу, которую в некоторые головы внесла лошадь Мудрый Ганс, восхваление волшебной палочки... другие подобные явления в Германии и вне ее. То обстоятельство, что в этой жажде чудесного приняли участие и заслуженные мужи науки, должно быть признано глубоко печальным явлением и едва ли будет способствовать уважению будущих поколений нынешнему».

Об одном шарлатане, эксплуатирующем явления гипноза в темных целях, Ф. Энгельс писал: «...я тоже зимой 1843—1844 г. видел в Манчестере этого господина Спенсера Холла¹. Это был самый обыкновенный шарлатан, объезжавший, с благословения нескольких попов, провинцию и проделывавший над одной молодой девицей магнетическо-френологические опыты, имевшие целью доказать бытие божие, бессмертие души и ложность... материализма»².

¹ Энгельс говорит о шарлатане, который сумел вызвать восторженные отзывы ряда представителей английской науки того времени.

² К. Маркс и Ф. Энгельс. Сочинения. Т. 14. стр. 466.

Вот в каких руках по преимуществу в то время была за рубежом «разработка» и пропаганда вопросов гипноза.

Ф. Энгельс, обращая внимание на связь такого рода шарлатанов с некоторыми представителями религии, указывал, что они служат не только интересам своего кошелька, но одновременно выполняют реакционную задачу затемнения сознания масс, борьбы с материализмом.

Не говоря уже о месмеризме, на котором мы еще остановимся, отметим, что даже столь много сделавший для борьбы с ним и для пропаганды идеи и метода врачебного лечения в гипнозе английский хирург Бред (J. Braid) считал необходимым в своей работе «О нервном сне» (1843) указать, что опыты с гипнозом призваны опровергнуть идеи материализма. Он же пытался утверждать, опираясь на гипнотические опыты, нелепейшие френологические «теории». В 1877 г. биологическое общество в Париже, вернее, его специально организованная комиссия, объявила, что «открыла» явление «трансферта» путем приложения металлических пластинок к коже истеричных.

Уже в 1925 г. крупный психотерапевт А. Кронфельд был вынужден отметить, что психотерапия не является еще наукой и не имеет таких теоретических основ, какие фармакотерапия находит в патологической физиологии, в биохимии.

Ложные теоретические позиции всегда, конечно, находили выражение и в порочных приемах лечения, хотя нередко практика и вносила те или иные поправки в идеалистические концепции.

Для ранних стадий применения в целях лечения гипнотического метода было характерно игнорирование причинного момента в возникновении тех болезненных явлений, на которые были направлены терапевтические усилия врача. Широко было распространено оперирование приемами, которые могли внедрять и укреплять в сознании больных лишь ложные, окруженные мистическим туманом, представления.

Некоторые методы психотерапии, предложенные в последующем, были направлены до известной степени на преодоление этих недостатков. Но отсутствие правильных теоретических позиций препятствовало дости-

жению подлинного успеха этих начинаний. Имевшие, конечно, место частные успехи пользования на практике всеми этими, включая гипнотический, методами достигались за счет эмпирически устанавливаемых поправок к общей неправильной позиции: здесь опыт опережал и фактически несколько выправлял ложную теорию.

В Западной Европе сыграли значительную роль в изучении применения суггестии в гипнотическом состоянии в лечебных целях школа Шарко (J. Charcot) (основные работы вышли в 1881—1887 гг.) — парижская школа, а также нансийская школа, возглавляемая Бернгеймом (H. Bernheim) (основные работы вышли в 1884—1886 гг.) Первая из них, достигнув значительных успехов в изучении явлений гипноза, вместе с тем отстаивала ложную концепцию гипнотического состояния как патологического явления, вызываемого лишь при истерии. Этими взглядами школа Шарко нанесла ущерб развитию психотерапевтической практики.

Известный своими работами, вышедшими в конце прошлого века, видный специалист в области психотерапии Бернгейм, пытавшийся в меру своих возможностей активно бороться за научное понимание сущности и значения гипноза и гипнотического внушения и решительно отказавшийся от понятия магнетизма, писал, отрывая психическое от физиологического, противопоставляя их друг другу: «Принятые за физиологические или физические явления казались мне в большей своей части, если не в целом, явлениями психическими».

Бернгейм заявлял, что «при настоящем состоянии науки» не существует никакого толкования природы явлений гипноза и констатировал, что в тщетных поисках такого толкования не могло быть найдено другое, кроме гипотезы о флюидах, которую он сам же справедливо характеризовал как антинаучную.

Таким образом, и этот передовой для своего времени представитель психотерапии, сыгравший в ней на известном этапе весьма положительную роль, не мог, что вполне понятно, приблизиться к научному пониманию явлений гипноза. Естественно, что работы Шарко и Бернгейма не смогли преодолеть отрыва психотерапии от общей медицины, преодолеть ложное понимание явлений гипноза и их лечебного значения. Обособление

психотерапии становилось в это время принципом ряда виднейших психотерапевтов.

Сошлемся хотя бы на известного французского невропатолога и психотерапевта Дежерина (J. Dejeune), который с сожалением отмечал в качестве самого серьезного недостатка современной ему медицины то, что врачи противятся принятию строгого разделения, которое изолирует физический организм от организма психического и морального.

Дуалистическое противопоставление «физического организма» «психическому организму», отрыв организма от психики определяли идеалистический путь развития психотерапии.

Идеалистическое развитие психотерапии было органически связано и с тем, что психотерапия в основном считалась применимой только при лечении неврозов, которые также по традиции и вследствие их неправильного понимания полностью и абсолютно противопоставлялись заболеваниям с органическими поражениями головного мозга. Такое понимание приводило к тому, что психотерапия и по объектам лечения была также резко противопоставлена другим разделам медицины.

Как и Шарко, многие другие крупные специалисты настойчиво утверждали, что гипнотическое состояние как состояние по существу патологическое может быть только и достигнуто у страдающих неврозами.

Такие утверждения исключали самую возможность постановки вопроса о расширении показаний для применения этого метода лечения к страдающим другими болезнями, что также закрепляло отрыв гипнотерапии от других методов лечения. Ложная концепция крайне ограниченного применения психотерапии не могла не отразиться отрицательно и на разработке методики психотерапии.

В высокой мере отрицательно сказалось на развитии психотерапии и то, что использующие психотерапевтические методы врачи нередко шли в целях внушения на недопустимую сознательную мистификацию больного.

Несомненно, заведомо в целях мистификации больных некоторые врачи использовали прикладывание к их телу металлических и шерстяных палочек (tractors), примененных впервые, и, вероятно, с верой в них Пер-

кинсом (Perquins) и рядом его последователей. Но в дальнейшем нередко психотерапевты пользовались этим же приемом лишь как «внушающим». Такую неразборчивость в выборе средств в целях «психотерапии» многие авторы пытались и пытаются возводить в принцип. Даже Шарко писал, что для медицины безразлично, какими приемами достигается излечение, упуская из виду, что обман больного врачом, мистификация ведут к дискредитации лечебных методов, распространяют и укрепляют антинаучные ложные взгляды.

Такое положение, как уже было отмечено, приводило в итоге к тому, что подавляющее большинство представителей официальной медицины за рубежом по существу до последних лет игнорировало психотерапию.

Многих врачей восстанавливало против психотерапии, прежде всего против практики лечения гипнозом, отсутствие момента причинности в его концепции. Не было не только понимания того, что такое гипнотическое состояние, как воздействует внушение, но не было и тенденции искать причину болезни. Попыткам строить патогенетически обоснованную терапию в общей медицине психотерапия еще долго противостояла как метод лечения, принципиально симптоматический. По сути, не было ничего похожего на сколько-нибудь разработанную и общепризнанную теоретическую основу этой терапии.

Чтобы характеризовать отношение многих крупнейших медиков к психотерапии, укажем, например, что Дюбуа-Реймон (Du Bois Reymond E.) говорил о внушенном гипнотическом состоянии как о состоянии, близком к помешательству, а Гельмгольц (H. Helmholtz) рассматривал внушенное гипнотическое состояние как «фокус», не имеющий никакого отношения к медицине. В. Я. Данилевский приводит и решительно осуждает относящееся к 1887 г. высказывание известного берлинского профессора Эвальда (Ewald) о том, что вообще психотерапия есть своего рода знахарство и что она даже не заслуживает названия врачебного способа лечения.

Вместе с тем среди виднейших зарубежных ученых, физиологов и медиков, были и такие, которые поддерживали попытки ввести в медицину психотерапевтические методы и пытались дать им теоретическое обосно-

вание. Среди них можно назвать, в частности, Броун-Секара (Ch. Brown-Sequard), Гейденгайна (R. Heidenheirn), Прейера (J. Preyer), Гейденгайн, например, приближался к пониманию гипнотического состояния в связи с особенностями корковой динамики. Прейер подходил к вопросу о соотношении гипнотического и естественного сна и развивал химическую концепцию гипноза.

Броун-Секар в предисловии к книге Бреда, изданной во Франции, писал о тормозном моменте в гипнозе.

Несмотря на указанные отдельные высказывания, зарубежная медицина, достигнув успехов в практике лечения методом гипнотерапии, не сумела подняться до подлинно научного понимания данного метода. Это удалось сделать русской науке.

Неудовлетворенность состоянием теоретической разработки вопросов гипноза и внушения в гипнотическом состоянии стимулировала стремление противопоставить этому методу другие методы психотерапии.

Представляет интерес система лечения, предложенная Вейр-Митчелем (S. Weir-Mitchell). Он рассматривал свою систему как лечение неврозов с учетом и психического, и соматического моментов. В ней были объединены четыре способа лечения: усиленное питание, массаж (с применением или без применения электропроцедур), изоляция и постельный режим. Вейр-Митчель придавал в своем методе особое значение усиленному питанию, считая, что при неврозе недостаточно питание клеток мозга и что обильным общим питанием можно это устранить. Но автор не учитывал должным образом роли психогенного момента, индивидуальных особенностей больных и патогенеза, не учитывал в должной мере и удельного веса каждого из четырех ингредиентов метода.

Необоснованность метода в целом не могла не сказаться отрицательно на его жизнеспособности.

Некоторые клиницисты в дальнейшем высказывались за применение отдельных приемов Вейр-Митчеля; например, Дежерин особенно положительно оценивал идею изоляции. Однако против изоляции было и наибольшее количество возражений. Особенно много справедливых возражений было сделано против неиндивидуализированного ее применения.

Попытку заменить гипнотический метод предпринял Куэ, предложивший систему лечебного самовнушения, в свое время усиленно рекламировавшуюся.

Теоретические позиции этого автора являются откровенно идеалистическими. Он писал: «Для ясного понимания самовнушения необходимо знать, что в каждом из нас проявляют свою деятельность два существа, два „я”. Оба обладают распознавательной способностью, но тогда, когда одно „я” мы сознаем, другое остается за порогом сознания: наше бессознательное от нас обычно скрыто, деятельности его мы обычно не замечаем». Куэ, таким образом, исходил из ложного принципа отделения сознательного от бессознательного, уделяя последнему самостоятельную и наиболее значительную роль в психике, и на этом идеалистическом положении и строил свой лечебный метод, крайне наивно-механически им формулируемый.

Куэ предлагал больным: «Каждое утро при пробуждении и каждый вечер, когда вы ложитесь спать, закрыв глаза и сосредоточивая внимание на том, что говорите, произносите, шевеля губами и достаточно внятно, чтобы слышать слова, отсчитывая 20 раз на бечевке с 20 узлами, следующую фразу: „С каждым днем во всех отношениях мне становится все лучше и лучше”. Если где-либо имеется боль, повторять до тех пор, пока она не пройдет: «Это проходит». Откровенный идеализм в этой психотерапевтической системе сливается с удивительно наивным пониманием существа психотерапии. Надо сказать, что русские авторы, ставившие в свое время вопрос о роли самовнушения в психотерапии, разрешали его в существенно ином плане. Так, Я. А. Боткин писал о самовнушении как о известного рода самовоспитании больного, что, несомненно, имеет серьезное значение в системе психотерапии.

Самовнушение в целях лечения предлагал также стремившийся к теоретическому обоснованию этого лечения французский психотерапевт Леви (P. Lewy), использовавший данные современной ему физиологии, в частности не вполне правомерно, ссылаясь и на некоторые высказывания И. М. Сеченова. Так, значение самовнушения Леви видел в неизбежности моторных проявлений мысли, в неизбежности перехода мысли в действие.

Но и этот способ не получил широкого признания, не найдя себе в практике подтверждения.

Надо заметить, что идеи самовнушения и самовоспитания в психотерапевтическом их значении были не чужды уже древней философии. Особенно это относится к стойкам с их требованием самоусовершенствования. Виднейший представитель школы стоиков, Сенека, живший в начале нашей эры, писал: «Боль легко переносится, если не увеличивать ее мыслями о ней; если же, наоборот, ободрять себя, говоря „это ничего“ или, по крайней мере, „это не беда“, боль становится легкой» (письмо к Люцилию).

Названные выше психотерапевты не поднялись над уровнем идей, возникших почти за два тысячелетия до них, и даже в значительной мере упростили эти идеи, вырвав их из системы, в которой они создавались.

Проблема самолечения в психотерапии, несомненно, является весьма актуальной и важной, но методы и возможности самолечения, мы думаем, совсем не таковы, как упрощенно и теоретически ложно их понимали Куэ и Леви.

Большое значение в развитии психотерапии приобрели труды швейцарского врача Дюбуа, полностью отвергавшего гипнотический метод и разработавшего в противовес ему метод «рациональной психотерапии». Дюбуа больше, чем кто-либо до него, показал, что, не вводя больного в гипнотическое состояние, психотерапевт может добиться весьма хороших практических результатов. Это и является основной и весьма значительной его заслугой. Вместе с тем указанный положительный момент Дюбуа включал в концепцию, которая не может быть оценена нами положительно.

Дюбуа исходил из положения, что психотерапия воздействует лишь при тех заболеваниях, к которым мозг якобы непричастен и которые являются, по его мнению, болезнями «духа» (к таким он относил неврозы).

В концепции Дюбуа «дух» не зависит от мозга, не зависит в основном также и от внешнего мира. Основные особенности «духа», по мнению Дюбуа, являются прирожденными. Он писал: «Ваш наследник, являясь в свет, владеет лишь тем, что вы ему дали; не упрекайте его за его убожество. Возьмите его таким, как он есть, с его скромным капиталом врожденных нравственных

понятий... Вы можете вздохнуть над неумолимой суровостью естественных законов наследственности, но не сваливайте тяжесть ответственности на несчастное существо, порожденное вами на свет божий... Мы должны стараться исправить воспитанием порочные наклонности, пробудить нравственные чувства, развить рассудок настолько, чтобы он мог сразу различать мотивы, определяющие поведение».

Психика человека здесь раздваивается: одна часть ее дается человеку при рождении, определена наследственностью — это «врожденные нравственные понятия», другая — разум; первая может изменяться в некоторой мере под влиянием убеждения. Поэтому и психотерапия, по теоретическим соображениям Дюбуа, должна сводиться к воздействию только на разум, противопоставленный другим сторонам психики.

Это положение, целиком опирающееся на функционалистскую психологию, рассматривавшую «функции» психики независимо и изолированно друг от друга, определяет существо теоретических позиций Дюбуа и его «рациональной психотерапии». Само название метода отражает его «функционалистскую» природу, противопоставляя разум (*ratio*) всем другим сторонам психики.

Отрывая одни стороны психики от других, Дюбуа противопоставлял также психическое физиологическому и, исходя из такого противопоставления, критиковал, в частности, известную концепцию эмоций, разработанную Джемсом и Ланге, которая была для него слишком «физиологичной». Дюбуа высказывался против пользования медикаментозными и физическими методами при лечении больных неврозами.

Отметим еще, что невротик, согласно ложной концепции Дюбуа, оказывается весьма близким преступнику: оба вследствие отягченной наследственности антисоциальны, оба нуждаются в возможном выправлении врожденных пороков.

Позиции Дюбуа приводили его к отрицанию значения нозологического момента для психотерапии. Лечение он сближал с обучением.

До известной степени Дюбуа был склонен сближать деятельность психотерапевта с деятельностью служителя культа. Он писал: «Мне случается заставить и лютеранских пасторов у постели моих больных, и там мы

чувствуем себя на общей почве, несмотря на различные исходных точек зрения».

Как это охотно делают и служители религии, Дюбуа говорит о своем методе лечения как о «лечении духа». Вместе с тем следует отметить, что Дюбуа осуждал уступки, которые делал «религиозному дуалистическому спиритуализму» Дежерин.

Некоторые врачи отождествляют любое психотерапевтическое воздействие на больного в бодрственном его состоянии с «рациональной психотерапией», но вряд ли правильно такое отождествление. «Рациональной психотерапией» следует называть, по нашему мнению, только метод Дюбуа с его теоретической основой.

Самое название «рациональная психотерапия» нельзя не считать противоречащим сущности советской психотерапии, которая исходит из положения о физиологической основе всякого заболевания, в том числе и неврозов. Само психотерапевтическое воздействие, как мы его понимаем в отличие от Дюбуа, строится как воздействие на единую личность, т. е. не только на разум, но и на ее эмоционально-волевою сферу, на сферу отношений к действительности.

Недостаток термина «рациональная психотерапия» мы видим еще и в том, что он в какой-то мере двусмыслен. Мы привыкли, говоря о лечении, что оно рационально, иметь в виду не то, что оно воздействует на разум, а что оно обосновано, разумно.

При всем том, мы не должны недооценивать роли Дюбуа в развитии методов психотерапии больного в состоянии бодрствования, а также достигнутых им прекрасных результатов лечения. Свое значение практика Дюбуа приобрела благодаря тому, что расходилась в известной степени с его теорией, потому что он сам не лечил больного только простым разъяснением «заблуждений», как он преимущественно рекомендовал в своих теоретических работах.

Впрочем, надо признать, что и в теоретических своих высказываниях Дюбуа не всегда удерживается на позициях «рациональной» психотерапии, как они были по работам Дюбуа описаны выше.

Концепцию Дюбуа подвергли критике многие авторы. Так, Жане, отмечая недооценку Дюбуа эмоционального момента, обращал внимание на то, что у многих

больных неврозами возникают ничем не мотивированные страхи. Жане отмечал также, возражая Дюбуа, что почти всегда болезненные симптомы выходят за пределы идей, которые больной может относительно их иметь и что, таким образом, нельзя считать, что именно ложное представление о болезни определяет симптоматику невроза, как это предполагал Дюбуа.

Но эта критика не могла быть полной и действенной, так как она велась с идеалистических же позиций Дюбуа. Жане настаивал на том, что неврозы, в частности истерия, не могут быть объяснены ни анатомически, ни физиологически.

Не устранил основных ошибок «рациональной психотерапии» пытавшийся это сделать Дежерин, указывавший на решающее значение эмоциональной стороны психотерапевтического убеждения и настаивавший на том, что положительные результаты психотерапии определяются всецело доверием больного к врачу-психотерапевту. Он говорил, что в психотерапии единственно важно: «... это доверие, которое может злушить больному врач». Бесспорно, этот момент весьма важен. Но вместе с тем нельзя и забывать, что самое доверие обусловлено тем, как именно воздействует врач на больного, чем он ему помогает. Исключительная ориентация на доверие больного связана также с недооценкой активности больного. Нельзя считать правильным и другое важное для системы психотерапии, предлагаемой Дежерин, его указание: «Существенным для неврастеника является с самого начала не бороться, но стараться забыть».

Призыв «забыть» вообще, в буквальном смысле этого слова, нереализуем. Как можно, например, рекомендовать матери, заболевшей нервным расстройством вследствие потери единственного ребенка, «забыть» его? Не будет ли такой призыв издевательством над больной? Нередко, наоборот, бывает необходимо помочь больному вспомнить те или иные обстоятельства, им забытые, вернее, отстраняемые от себя или же неосмысленные им в их подлинном значении.

Задача психотерапии не в том, чтобы помогать забывать. Только помогая больному активно и сознательно отнестись к действительности, к травмирующим его факторам, как и к тем обстоятельствам, положитель-

ное значение которых он недоучитывает, которыми напрасно в той или иной мере пренебрегает, мы можем помочь перестройке динамики нервных процессов.

Конечно, во взглядах Дежерина много ценного. Особенно следует отметить важность указаний на терапевтическую роль откровенности больного с врачом и высказываний об использовании в процессе психотерапевтического воздействия сохранившихся у больного стенических эмоций.

Близки к взглядам Дежерина и взгляды таких видных французских психиатров, как Клод и Леви-Валенси. Эти авторы призывали психотерапевтов не столько убеждать, сколько привлекать к себе симпатии больных.

Все эти рекомендации не учитывали единой личности больного, неотделимости воздействия на разум от воздействия на эмоционально-волевую сферу.

И другие видные ученые-медики за рубежом в какой-то мере осознавали слабые стороны концепции Дюбуа и пытались его критиковать.

Оппенгейм, крупнейший германский невропатолог, горячо рекомендовавший применение психотерапии и во многом сходившийся с Дюбуа, критически относился к пропагандируемому этим автором принципу исключительного обращения психотерапевта к разуму больного. В частности, Оппенгейм указывал, что при фобиях решающую роль играют не ложные идеи больного, а телесное, физическое состояние его, ненормальная возбудимость вазомоторных и висцеральных аппаратов: «Разве ему (Дюбуа) не известны лица, которые по своей интеллигентности, принципиальности и силе воли стоят выше среднего уровня и все же находятся во власти определенной фобии или навязчивой идеи?». Оппенгейм считал, что переубеждение, по Дюбуа, в таких случаях не всегда эффективно и при таких расстройствах больше приносит пользу отвлечение больного от гнетущих мыслей и чувств, а также медикаментозное лечение и физиотерапия.

Эта критика и в настоящее время представляет известный интерес. Но нельзя вместе с тем не видеть, что она ведется в целом с позиций, близких к позициям Дюбуа; и Оппенгейм отрывал разум от эмоций, психическое от физиологического. Ложная методология приво-

дила его к недооценке возможностей психотерапии, в частности при лечении фобий и навязчивых неврозов.

Среди психотерапевтов, возражавших против интеллектуализма Дюбуа, назовем еще Марциновского (J. Marziniowski). Марциновского нередко понимают как специалиста, лишённого своей концепции и приспособляющегося к концепции больного. Такое понимание позиций Марциновского основано на некоторых принятых без должной критики отдельных его высказываниях, ни в какой мере не характеризующих его подлинных взглядов. Эти высказывания, зовущие к примирению всего со всем, прямо проистекают из его мировоззрения, которое он стремился сделать в процессе лечения мировоззрением больного.

Сам Марциновский характеризовал развитие своего мировоззрения как путь от монистического материализма к монистическому идеализму. О методах своего лечения и о себе как о враче Марциновский писал: «Мне всегда казалось, что я был только орудием, что кто-то другой говорил за меня и через меня». Больных он стремился освободить от «ропота на господа бога».

По мнению Марциновского, безропотность больного должна привести его к выздоровлению путем признания им, что «болезнь — это ложная мысль, ошибочная оценка ничтожных пустяков, одним словом, самообман». Не нужно думать о болезни, так как это тщетная «тревога из-за кучки праха». Болезнь, как и весь «мир явлений, есть в сущности ничто». Поэтому не следует бороться ни с условиями жизни, ни с болезнью, надо лишь научиться ими пренебрегать. Больной в результате психотерапии должен «заключить мир со всем окружающим». Самое важное для больного найти успокоение, для чего ему должно «отказаться от нашей собственной личной деятельности и предоставить всему идти так, как «богу угодно». Критиковать эту «волю божью», утверждал Марциновский, хотя как будто и можно, но «сдержанно».

Марциновский формулировал задачу психотерапии как задачу перестройки мировоззрения больного. Идеология здесь смешивается с патологией, психотерапии присваиваются несвойственные ей задачи. Мысль о «лечении» мировоззрения глубоко реакционна. Она по своей теоретической сущности смыкается с позднейшими по-

пытками некоторых зарубежных психиатров и психотерапевтов оправдать расизм и фашизм как якобы проявление болезни.

Психотерапия «перевоспитания» долгое время пользовалась широким признанием. Книгу Марциновского много раз издавали на разных языках, включая русский.

Тенденция Дюбуа, Марциновского и некоторых других отождествлять (или почти отождествлять) психотерапию с обучением, перевоспитанием и перестройкой мировоззрения больного не чужда и некоторым направлениям современной психотерапии. Тенденция эта, в частности, характерна для одного из распространенных в настоящее время в капиталистических странах методов коллективной психотерапии, разработанного Марчем (Y. March). Марч рассматривает больных, страдающих неврозами и даже психозами, как учащихся, а лечебное учреждение — школой, где они якобы должны обучаться правильному мышлению.

Склонен отождествлять психотерапию с обучением Моурер (O. Mowrer) и др.

Конечно, читая описание лечения некоторых больных представителями этого рода течений в психотерапии, нельзя не увидеть, что оно дает в ряде случаев тот или иной положительный эффект. Это можно объяснить теми поправками к теоретическим позициям, которые вносит психотерапевтическая практика, известной общей направленностью психотерапевтов любого направления на поддержку больного, проявлением внимания к нему, включением и других методов психотерапии. Эти общие черты психотерапевтического влияния врача присущи обычно любой форме психотерапии при любых ее концепциях.

Несколько особое место в психотерапии занимают попытки перенести устрашающие и причиняющие боль воздействия из психиатрии, где они давно выброшены, во всяком случае подавляющим большинством психиатров, в психотерапию неврозов.

Эти методы наиболее связаны с именами Кауфмана и Керера и особенно выявились в эпоху первой мировой войны. На невротиков и контуженных воздействовали электротоком, обливанием холодной водой, введением больших доз апоморфина и т. п. Больного предупреждали, что снятие того или иного симптома обя-

зательно будет достигнуто в один прием. Чтобы больше воздействовать на его воображение, в помещении, в котором проводилось лечение, создавалась действующая на больного обстановка, привлекалось много лечебного персонала и т. п. Само собой разумеется, что такие «методы» рассчитаны не на излечение больного, а часто направлены против его интересов — преждевременное возвращение на фронт, прекращение выплаты пособия и т. п. К применению таких методов был отчасти склонен и Бабинский (I. Babinsky), а также Г. Оппенгейм. Е. Кречмер (E. Kretschmer) рекомендует, хотя и осторожно, в некоторых случаях применять фарадический ток, причиняющий болевое раздражение, в целях «дисциплинирования больного» и «повышения его готовности выздороветь».

Наиболее в настоящее время распространившим свое влияние течением в зарубежной психотерапии является психоанализ в различных его вариантах, который современные его адепты считают не «научной дисциплиной», а «движением» [Зильбург (Zilboorg)].

Широкое признание психоанализа в капиталистическом обществе объясняется рядом моментов: последовательной направленностью против материализма, последовательным идеализмом, реакционностью.

Основатель школы психоанализа З. Фрейд признавал исключительно психологические причины болезни, лечимых психоанализом, количество которых психоаналитики безгранично увеличивают. Как полагал Фрейд, психоанализ должен прежде всего откинуть все чуждые ему анатомические, химические или физиологические теории и оперировать исключительно чистыми психологическими, т. е. в понимании Фрейда «психоаналитическими» понятиями, последовательно идеалистическими в учении Фрейда и его сторонников.

Для различных течений психоанализа характерна тенденция отождествления больной психики со здоровой. Психоаналитическая концепция — это особая психогенетическая концепция не только невроза, но и психоза и ряда соматических заболеваний, и даже не только болезни, но и одновременно концепция поведения здорового человека и даже происхождения общественных явлений. Фрейдизм и родственные ему теории для многочисленных их сторонников в капиталистическом мире

объединяются в своеобразную философию, призванную объяснять все явления в человеческой жизни. Страдание неврозом для психоаналитиков представляет типичнейшее в этом отношении явление, в психоанализе которого психоаналитики и ищут решения социальных проблем.

Для сторонников как этого направления, так и других родственных им распространенных в капиталистических странах течений психотерапии весьма характерна позиция последовательного дуализма, доведенного до наиболее резкого своего выражения. Физиологическое Фрейд и его сторонники рассматривают не как материальную основу психического, а как выражение психического. При этом психику они понимают в основном как систему врожденных инстинктов, решающую роль в которой играют сексуальные влечения, агрессивные, антисоциальные тенденции. Эти влечения, по мнению Фрейда и его последователей, определяют все человеческие чувства и отношения. Фрейд так прямо и писал, что все чувства и отношения, оцениваемые в жизни как симпатии, дружба, доверие и т. п., генетически связаны с сексуальностью и развивались из сексуальных влечений.

Понимая взаимоотношения детей и родителей также в плане сексуальных влечений, Фрейд придавал большое значение в психике человека так называемому «эдипову комплексу». Трагическая судьба героя софокловской трагедии о царе Эдипе, по неведению убившем своего отца и ставшем мужем своей матери, по концепции Фрейда, выражает свойственные всем людям сексуальные влечения и агрессивные тенденции по отношению к родителям.

В сексуальном же плане объясняет Фрейд взаимоотношения больного с врачом-психотерапевтом. В центре этих взаимоотношений, по Фрейду, находится «перенесение» либидинозных влечений больного к отцу или матери на врача. Это «перенесение» и является, по мнению психоаналитиков, центральным моментом в психотерапии.

Сексуальные влечения в концепции Фрейда приобретают, говоря его словами, «необыкновенно важную роль» как причина нервных и психических болезней, а затем и ряда соматических заболеваний. Творчество

людей также имеет, по Фрейд, источником «энергию сексуальных влечений». В этом своем качестве они «сублимируются» т. е. теряют для сознания субъекта сексуальную цель, причем их энергия направляется на разностороннее творчество. Вслед за лингвистом Шпербергом (A. Sperberg) Фрейд утверждал, что даже в образовании и развитии различных языков наибольшую роль играли не труд, не общественные отношения, а сексуальные влечения.

По Фрейд, таким образом, сексуальная сфера — первоисточник и регулятор всего человеческого.

Не менее характерно для него и самое понимание «сексуальности»: для Фрейда оно одновременно включает и любовь матери к ребенку, и любовь ребенка к родителям, и любовь к родине, и любовь к своему делу, и обширный ряд других человеческих чувств.

Погоня за сексуальной стороной переживаний сказывается со всей ясностью и в методических приемах психотерапевтов психоаналитической школы. На этом вопросе мы остановимся в дальнейшем.

Фрейдовское учение, сводя, по сути, все человеческие эмоции к сексуальности и агрессивности, принижает широкую и многообразную систему человеческих чувств.

Отрицая, таким образом, у человека наиболее человеческое и человеческое, отнимая у человека такие чувства, как дружба, доверие, симпатия, и подменяя их половым чувством, которое, по уверению Фрейда, возникает в младенческом возрасте, он и сторонники его концепций стремятся утвердить своеобразное понимание интеллекта и сознания, которое оставляет за ними положение рабов элементарных инстинктов.

Сам Фрейд писал о том, что у истоков его взглядов следует видеть «великого мыслителя» Шопенгауера, бессознательную «волю» которого в психоанализе можно отождествить с «душевыми влечениями».

Не менее тесными узами связано учение Фрейда с взглядами другого реакционного философа — Ницше. Выдвигавшиеся Ницше положения о сущности сознания, его идеи буржуазного индивидуализма во многом сближаются с идеями Фрейда.

Фрейд считал психику в основном бессознательной. Сознание есть для него лишь до какой-то степени

частный случай психики. Решающую роль в психике играют якобы «бессознательные мышление и желания».

Фрейд полагал, что у человека могут наличествовать даже несколько психических систем, которые «могут существовать... довольно независимо друг от друга, ничего не зная друг о друге» и характеризоваться противоположными тенденциями. В человеке, таким образом, якобы существует одна личность «сознательная» и другая «бессознательная». Переход из бессознательного в сознательное вследствие неприемлемости содержания первого для второго затруднен «сопротивлением». «Вытесненные» в бессознательное тенденции, влечения, особенно в неврозе, а также в сновидении выражаются своими «заместителями», т. е. различными болезненными (в болезни) симптомами и «символами».

Конечно, мы не отрицаем, что не всегда человек сознает цели и причины своих действий полностью, не всегда сознает в той или иной мере свои чувства, свое отношение к тем или другим явлениям, обстоятельствам и пр. Еще И. М. Сеченов обращал внимание на то, что было бы неправильно отождествлять психическое с сознательным. И. П. Павлов писал, что «психическая жизнь пестро складывается из сознательного и бессознательного¹». О том же говорят физиологические исследования Г. В. Гершуни и др. Правильно указывает С. Л. Рубинштейн, что «грань между тем, что человек осознает, и что как бы уходит из его сознания, текуча, изменчива, динамична; по ходу жизни и деятельности осознается то одно, то другое». Дальше этот же автор пишет: «Субъект в специфическом смысле слова как „я“ — это субъект сознательной, произвольной деятельности. Ядро его составляют осознанные побуждения — мотивы сознательных действий». Это положение не противоречит положению о наличии у человека, особенно больного, неосознанных или лишь частично осознанных побуждений и тенденций, целей и прочных связей. Такое понимание структуры психического полностью противостоит «бессознательному» Фрейда и его единомышленников в этом вопросе, для которых «бес-

¹ И. П. Павлов. Полное собрание сочинений. М., т. 3, кн. 1, стр. 105.

сознательное» — самостоятельная, замкнутая, не отражающая действительности, доминирующая в психике и в поведении человека область психического.

Понимание Фрейдом сновидений тесно связано с его пониманием роли сна в жизни человека¹. Сон, по Фрейд, не является мерой самозащиты организма от истощения, а возникает потому, что у человека всегда имеется отрицательное отношение к жизни, к действительности, в которую он якобы неохотно пришел из внутриутробного состояния, и потому, что в связи с этим человек не может перенести мир без перерывов, предоставляемых ему сном.

Сновидения, как и симптомы неврозов, выражают в основном, по Фрейд, сексуальное. Более того, симптомы неврозов, пишет Фрейд, выражают, как правило, извращенную сексуальность, перверзии.

Характерно для воззрений Фрейда, что символика сновидений ему представляется неизменяющейся в процессе исторического развития. Он утверждает, что символы имеют постоянное значение и в известной мере реализуют идеи античного толкования сновидений. В объяснении происхождения символов Фрейд не ограничивается даже углублением в античность, а опускается с этой целью во внутриутробное существование человека и в филогенез. Воду в сновидении психоаналитики признают символом рождения в связи с тем, что человек произошел от водных животных и во внутриутробном существовании находился в околоплодной жидкости.

Поражает произвольность и предвзятая надуманность фрейдовской символики. Например, Фрейд утверждает, что наличие в сновидении шляпы или пальто символизирует мужские половые органы; аналогично шахты, пещеры, коробки — женские половые органы, удаление зуба — кастрацию.

Действительно, в сновидении язык понятий переводится на язык зрительных образов. Один наш больной неожиданно для себя узнал, что близкий ему человек совершил «низкий», как он его справедливо охарактеризо-

¹ Зибенталь (von Siebenthal), а за ним и Мюллер-Хереман считают, что Фрейд в своем толковании сновидений в известной мере воспроизводит взгляды писателя I века нашей эры Артемида.

вал, поступок; вскоре после этого он увидел во сне этого человека находящимся в подвале. Сам больной понимал, что в сновидении «низкий» поступок сместился к низко расположенному помещению. Но здесь не может быть и речи о символизации в фрейдовском понимании: «низкий» поступок больным именно так расценивается вполне сознательно, и сновидение здесь не только не помогает открыть несознаваемое, но извращает вполне осознанное. Никакой целевой задачи сновидение, конечно, не имеет. Сновидение как состояние торможения извращает, в соответствии с павловским пониманием, мысли, чувства, переживания, тенденции больного, наиболее сохраняя при этом их эмоциональную сторону. Учитывая это, врач может в некоторых случаях, ознакомившись со сновидениями больного, получить полезные сведения, дополняющие сообщения больного. Но правильно понимая подлинную и весьма ограниченную роль сновидений в ознакомлении с переживаниями больного, врач не должен уделять им особо большого внимания и не привлекать повышенного интереса к ним самого больного.

Частично и психоз для психоаналитиков есть выражение конфликта между сознательным и бессознательным. Фрейд и шизофреническую симптоматику понимал как результат вытеснения, параноидный синдром был для него выражением гомосексуальных влечений. Сходные высказывания о шизофрении принадлежат также Абрагаму, Юнгу (M. Abraham, C. Jung) и другим психоаналитикам.

В связи с этим фрейдисты понимают психоанализ как средство преодоления «сопротивления» бессознательного, как единственный путь активного осознания и суждения больным вытесненных в бессознательное влечений (главным образом сексуальных) и через такое осознание — освобождение от конфликта и болезни.

Реакционная концепция психоанализа не могла не породить и порочной методики.

Свой метод лечения сам Фрейд характеризовал как метод, пригодный для лечения образованных и достаточно обеспеченных больных, т. е. в основном верхушки капиталистического общества.

Методика психоанализа ставит перед собой задачу содействовать переходу бессознательных, вытесненных

из сознания представлений в сознание. Фрейд предложил метод словесных свободных ассоциаций, возникающих у больного помимо его воли под влиянием бессознательного и произносимых им вслух. При этом, думают психоаналитики, больной вспоминает давние события, якобы отражающие «ущемленные аффекты», из «бессознательного» воздействующие на больного и являющиеся причиной его невроза. Предполагается, что в процессе такого ассоциирования больной осознает эту роль давно пережитого и вытесненного аффекта (как правило, переживания раннего детства), что приведет к выздоровлению. Сходную роль призваны играть сновидения и отдельные действия больного, за которыми якобы скрыт неосознаваемый мотив: «перенесение» больным на врача или на другое лицо сексуальных влечений и пр.

Даже Кречмер, относительно положительно оценивающий психоанализ, пишет об этом методе исследования и лечения как о произвольном, проникнутом догматизмом, тираническим образом внушающем больному сексуальные и инфантильные переживания. Это, конечно, верно, хотя психоаналитики часто подчеркивают, что психоанализ полностью исключает активное воздействие (внушающее или убеждающее) врача на больного.

Психоаналитический метод лечения направляет все внимание больных не на действительность, не на реальность, не на настоящее, не на актуальную ситуацию, а на сексуальные влечения, на переживания раннего детства.

Этот метод нередко вредит больным. Нам неоднократно приходилось наблюдать больных, давно подвергавшихся такому лечению, и мы почти всегда могли отметить последствия его отрицательного влияния. Особенно у них доминировали направленность на сексуальные переживания, тенденция переоценивать власть над собой давнего прошлого, поиски элементов «бессознательного» и т. п. Одна такая больная-невротичка, не излечившаяся у психоаналитика от невроза, использовала полученный опыт для безобразного экспериментирования при воспитании своего ребенка.

В настоящее время учение Фрейда за рубежом имеет многочисленных адептов, переносящих психоанализ во все области медицины и в педагогику, и тесно смы-

кается с самыми реакционными политическими и социальными «теориями».

Близко к фрейдизму течение, возглавлявшееся Адлером (A. Adler) и получившее название «индивидуальной психологии». Адлер и его последователи вносят свои поправки в учение Фрейда: они отрицают всеильность сексуальных влечений, по-иному понимают взаимоотношения врача с больным, учитывают роль активности врача и больного в процессе психотерапии, а также социальную сторону. Все же в целом «индивидуальная психология» не порывает с психоанализом, и Адлер ставит во главе человеческой психики «бессознательное», утверждая, что основные идеалы и цели человека, определяющие его поведение, формируются в течение первых лет и даже месяцев жизни и сохраняются навсегда в его «бессознательном». «Индивидуальная психология» исходит из положения, что среди этих переживаний ребенка, якобы формирующих его «бессознательное», важнейшим является чувство своей неполноценности. Из него якобы возникает в порядке компенсации стремление к превосходству над окружающими, к их подавлению, к господству над ними. Частично, утверждает Адлер, они даны человеку от природы. Это и есть единая цель «духовного органа» человека. Душевная жизнь человека — ребенка и взрослого — представляется, таким образом, стонникам этого направления как комплекс тенденций к агрессии.

В одной из своих работ Адлер писал, что он услышал однажды высказывание четырехлетнего ребенка о том, что он хотел бы стать могильщиком, чтобы закапывать в могилу других людей.

Страшное желание ребенка, несомненно тяжело больного или искалеченного средой, Адлер совершенно неправильно считал характерным для сущности человеческой психики. Это высказывание, по Адлеру, выявляет общую для всех людей, возникающую в порядке «компенсации», агрессивную тенденцию. «Человек человеку волк» — поговорка, столь ярко характеризующая нравы и идеологию буржуазии, становится основным положением «психотерапевтической» системы Адлера.

Постоянное непримиримое противоречие между человеком и обществом особенно заостряется, утверждает Адлер, у людей с невротической «семейной консти-

туцией». Компенсация у них приобретает резко преувеличенный характер, характер «гиперкомпенсации», вследствие чего и возникает невроз и даже психоз. Эти заболевания «индивидуальная психология» понимает как выражение протеста индивидуума, его индивидуальной «самоопределяющейся» творческой активностью психики против давления, оказываемого на него обществом.

Форму невроза, по субъективистским представлениям Адлера, больной «выбирает» для себя произвольно, т. е. невроз понимается как до известной степени уловка больного.

Лечение, которое Адлер рекомендует для невротиков, должно сводиться к их перевоспитанию с коррекцией ошибочных суждений. Коррекция должна осуществляться на основе осознания больным руководящей его поведением, но скрытой якобы в «подсознательном» цели. Перешедшая из «подсознательного» в сознательное цель, утверждает Адлер, теряет способность влиять на поведение человека. Только неосознанные цели, согласно этой «теории», действительны. Сознанию она предоставляет лишь негативную роль — задержку анти-социальных, якобы обязательных и неизбежных у всякого человека тенденций.

«Индивидуальная психология» Адлера, таким образом, извращает роль социального в формировании личности. Она изображает человека по природе своей, по существу своему врагом общества. Заболевание — невроз и даже психоз — психотерапевты этого направления понимают вне всякой физиологической основы. Ученик Адлера Дрейкурс (R. Dreikours) определяет сущность «индивидуальной психологии» как «холистическую социотелеологическую концепцию», подчеркивая, таким образом, ее опору на реакционную философию «холизма» и на телеологические концепции.

И это направление в психотерапии отличается резко выраженными классовыми чертами: это психотерапия, разработанная по заказу господствующих в капиталистическом мире слосв, предназначенная для лечения представителей господствующих в капиталистических странах классов. Известный английский ученый и общественный деятель Дж. Д. Бернал писал, что «Адлер, настаивая на комплексе силы, оказался невольным проро-

ком, сыгравшим на руку врагам своего народа» (имеется в виду фашизм. — М. Л.).

Подлинная сущность различных концепций психоанализа раскрывается и благодаря безусловной поддержке, которую они находят в настоящее время в реакционных кругах США и находили в мрачные времена фашистского господства в Германии.

Следует упомянуть о реакционных взглядах бывшего ученика Фрейда К. Юнга, сотрудничавшего с нацистами и занимавшего официальный пост при Гитлере, выступившего в печати с пропагандой нацистских взглядов.

Еще в 1911 г. Юнг писал: «Наша жизненная судьба в главном сходна с судьбой нашей сексуальности». Сексуальность для Юнга — основа жизни. Невроз для него — «демоническая темная сила»: «Если мы хотим видеть руку демонической мощи судьбы, то мы видим ее здесь, в этих мрачных и безмолвных трагедиях, которые развиваются медленно и мучительно в больных думах наших невротиков. Одни шаг за шагом освобождаются в непрерывной борьбе против невидимых враждебных сил из когтей демона, который бросал их, ничего не подозревающих, от одного жестокого удара судьбы к другому; другие возмущаются и завоевывают свободу, чтобы позже, захваченными в сеть невроза, быть вынужденными пойти назад на старые пути». Юнг различает в личности: *его*, в котором собран осознанный личный опыт, и архетип — «коллективное бессознательное», содержание которого передается из поколения в поколение. Таков, например, образ героя. Так образуется у всякого мужчины женское начало — *анима*, а у всякой женщины — мужское начало — *анимус*.

Большое место в концепции Юнга занимает понятие «комплекса», образующегося из врожденного предрасположения и аффективных переживаний и способного из бессознательного оказывать решающее влияние на человека.

Лечебная работа и здесь заключается в стремлении перевести аффективные влечения, «комплексы» из бессознательного в сознательное. Но у Юнга психотерапия не представляет собой столь определенной методической системы, как у Фрейда: важнейшее место предоставляется перевоспитанию больного. Вряд ли нужно останавливаться еще на анализе порочных фаталистических.

идеалистических позиций этого ответвления фрейдизма.

В последние годы американский фрейдизм принимает своеобразные черты, сближаясь с психобиологическим направлением А. Майера (A. Mayer). Неопсихоанализ сохраняет все пороки психоанализа. Один из представителей этого направления в психиатрии [Хилл (D. Hill)], например, утверждает в недавно опубликованной работе, что в этиологии шизофрении следует учитывать наличие садистических тенденций у матери больного.

Для современного американского психоанализа характерна тенденция «лечить» психоанализом социальные конфликты — явления, ничего общего с болезнью не имеющие. Один из виднейших американских психоаналитиков Ф. Александер (F. Alexander) писал недавно, что психоанализ помогает человеку познать себя, изменить свое социальное окружение вплоть до эмиграции, показывает человеку, как ему жить, и пр.

Известный американский психотерапевт Морено (J. Moreno) пишет, что психотерапия не может теперь ограничивать свои задачи лечением больных: он готов возложить на психотерапевта перестройку социальных отношений, решать с помощью психоанализа вопросы классовой политики и философии.

Для психоаналитических течений в США характерно их сближение с философией прагматизма.

Весьма характерно для этих тенденций американского психоанализа психосоматическое направление, на котором мы остановимся несколько подробнее.

Уже задолго до возникновения течения «психосоматической медицины» как у нас, так и в Западной Европе многие авторы широко пропагандировали идею зависимости течения соматических заболеваний от состояния центральной нервной системы и от особенностей психики, а также указывали на роль психотерапевтического воздействия при соматических заболеваниях. На соответствующих работах отечественных авторов мы еще остановимся; здесь же упомянем лишь представляющую особый интерес работу английского автора Тьюка (Ch. Tuke), собравшего большой материал по этому вопросу и пытавшегося доказать, что сознание имеет огромное влияние «на каждую ткань, на каждый орган».

И представители развиваемого на основе американской ветви психоанализа так называемого психосоматического направления в медицине широко пропагандируют сближение психотерапии с соматической медициной. Но это сближение, такое, как его понимают «психосоматики», никак не обеспечивает повышения научного уровня психотерапии и общей медицины, а ведет к все большему проникновению в широкую медицину мистических, антинаучных и реакционных концепций фрейдизма.

Значительную роль в формировании психосоматической медицины сыграла работа Данбар (F. Dunbar, 1935), книга Вейса и Инглиша (E. Weiss a. O. English, 1940), работы Александера и др.

Свою «теорию» и практику американские «психосоматики» насаждают не только у себя, но и стремятся экспортировать.

Для американской реакции нет ничего ненавистнее материализма. Фрейдистские позиции «психосоматиков» гарантируют их работы от проникновения в них материализма. Подходя к вопросу о взаимоотношении психологического и физиологического, они решают его в параллелистическом плане: для них характерно рассуждение о «двух самостоятельных и отдельных друг от друга уровнях — психологическом и физиологическом».

Для американского психосоматического направления особенно характерны попытки обнаружить «причины» различных соматических, или, как говорят представители этого направления, «психосоматических» заболеваний фрейдовским психоанализом. Согласно этой концепции, причиной болезни являются психические факторы, оторванные от своей физиологической основы.

Расстройство функций тех или иных внутренних органов «психосоматики» трактуют в фрейдовском плане как символические выражения психологических процессов.

Даже эксперимент на животных, иногда проводимый «психосоматиками», дает им лишь повод к причудливой психоаналитической трактовке наблюдаемых явлений. Один из авторов, например, утверждает, что вызываемые у телят язвы кишечника при преждевременном лишении их молочного питания являются эксперименталь-

ным подтверждением психоаналитической концепции соответствующего заболевания у человека.

Психоаналитическая направленность «психосоматиков» является для них способом сознательной или бессознательной маскировки подлинных причин болезней, способом ухода от социальных причин высокой заболеваемости в США.

В США много голодающих детей, детей, не имеющих постоянного пристанища, занимающих убогую постель в очередь с родителями, с раннего детства губящих свое здоровье в тяжелых условиях. Но об этом мы не прочтем ни слова в журнале «Психосоматическая медицина» — авторов статей в этом журнале беспокоит в положении американских детей другое. У одного из них мы, например, читаем: «Резко выраженные формы аутоэротизма, как закрепившееся сосание большого пальца, задержка испражнений и различные автоматические движения, приобретают большое значение и грубо нарушают сексуальное развитие индивидуума, создавая предрасположение к инфекционным заболеваниям и поражениям органов». Вот оказывается, какова причина высокой смертности и заболеваемости детей трудящихся в США.

Для того, например, чтобы подойти к пониманию больного, страдающего приступами каталепсии и нарколепсии, и к его лечению, писал один из «психосоматиков», надо ему «раскрыть», что эти приступы — регрессивные феномены, выражающие неосознанное желание запретной сексуальной связи, например с родной сестрой.

Совершенно так же больной дерматитом, как и больные с другими поражениями кожи, должен знать, что он якобы «использует свой хронический дерматит и чесывание в целях разрядки напряжения, связанного с тем, что кожа его эротизировалась, стала органом выражения враждебных мазохистских и эксгибиционистских тенденций его личности, что подавленная сексуальность сместилась на кожу, а чесывание стало эквивалентом мастурбации».

Трудно найти болезнь, которую «психосоматики» не пытались бы объяснить по такому же рецепту.

Нарциссизм и анальная эротика объявляются основной язвенного колита. Подавленные сексуальные переживания вызывают атаки суставного ревматизма. Пато-

логическая полнота у женщин символизирует неудовлетворенное желание беременности, а прием пищи — оплодотворение через рот.

Даже эффект операции лоботомии один американский автор пытался связать с сексуальными переживаниями, в связи с чем рекомендует эту операцию производить также и при послеампутационных фантомных болях, невралгиях, колитах и др.

Стремясь найти в основе большинства болезней сексуальные переживания, «психосоматики», следуя за Фрейдом, не могут игнорировать играющую столь большую роль в фрейдизме идею «родительского комплекса».

Например, автор одной статьи об экстрасистолии сообщает, что последняя наблюдается у больных, которым якобы присуще враждебное отношение к одному из родителей, причем в ряде случаев как раз к тому, который страдает болезнью сердца. Экстрасистолия, по этому автору, — результат идентификации больного с родителем во имя покорения своей враждебности.

Оперируя термином «бессознательное», «психосоматики» облегчают себе возможность внедрять в сознание больных представления о решающей роли сексуальных конфликтов раннего детства, о фатальной подчиненности человека инстинктам вообще, о всемогуществе «бессознательного».

Характерно в этом отношении пользующееся широчайшим признанием сторонников «психосоматического» направления понимание этиологии язвенной болезни, предлагаемое одним из виднейших представителей данного направления Александером.

Александер утверждает, что в основе этиологии этого заболевания лежит о с о б о интенсивное, нереализованное, по своей природе «орально-рецептивное» и «орально-агрессивное» стремление к насыщению и перевод его в бессознательное. В этого рода концепциях больной человек уподобляется зверю.

Штейн (A. Stein) лечит язвенную болезнь методом групповой психотерапии, исходя из особой связанности больных мужчин с матерью, аналогичной эдипову комплексу.

Недавно ректор одного из университетов США произнес речь, в которой заявил, что необходимо добиваться того, чтобы воспитание молодого поколения амери-

канцев было бы обосновано на законах джунглей. Психосоматическое направление в Америке превращает лечение и предупреждение болезней в такого рода «воспитание» как молодого, так и старшего поколения, поскольку это может ему только удасться.

Особая опасность и вредность психотерапии психосоматического направления в том, что она расширяет до необъятных размеров возможность применения своих методов.

Стремясь в лечебной работе выпячивать якобы присущую человеку тенденцию жить и заболеть по закону джунглей, нередко врачи-психосоматики распространяют это также на вопросы социальные и педагогические.

Некоторые американские «психосоматики» и психиатры интересуются вопросами воспитания детей.

В советской печати были отмечены выступления американских психиатров, в которых было выражено неудовольствие тем, что выпускаемые в Америке детские книги «слишком слащавы и изысканы, и такие естественные чувства ребенка, как ненависть или зависть, не находят у него выхода».

Яркая иллюстрация фрейдистских тенденций в зарубежной психотерапии приведена в отчете Н. И. Озерецкого о VI совещании Международной федерации охраны психического здоровья в 1953 г. В одной невропсихиатрической клинике при лечении больных с тяжелыми формами неврозов и некоторыми формами шизофрении применяют электросудорожную терапию, «чтобы вернуть больного в детство» (вплоть до того, что он, как ребенок, испражняется и мочится под себя). Больного помещают в специальную палату, украшенную детскими рисунками, в среду таких же «обращенных в детство больных», которых поручают «воспитателю». Обращаясь с ними, как с детьми, он помогает им преодолеть якобы имевшиеся у них агрессивные тенденции или сексуальные комплексы и «вернуться» во взрослое состояние. Такой метод, не говоря уже о его безуспешности, никак не мог бы оказаться приемлемым в СССР не только для врача, но и для больных.

В капиталистических странах, особенно в США, находит в последние годы широкое признание система коллективной психотерапии, в основу которой положен

психоанализ. Конечно, мы признаем большую ценность коллективной психотерапии, но отрицательно относимся к ней, когда она строится на психоаналитических принципах.

Среди различных направлений коллективного психоанализа отметим коллективную психотерапию по методу так называемой психодрамы. Первым теоретиком этого направления был Морено, видный ученик Фрейда, организовавший в 1929 г. в Нью-Йорке «психотерапевтический театр»: больные разыгрывали здесь сцены, содержание которых им подсказывали. Таким путем больные-исполнители, по замыслу адептов этого метода, должны якобы раскрыть свое подсознательное и перевести его в сознательное.

Среди американских течений психоанализа назовем еще «метапсихологию», возглавляемую Отто Ранком (O. Rank) — другим учеником Фрейда, особенно развивающим идею о психической травме, которой подвергается человек при своем рождении, заставляющем его прервать внутриутробное существование.

Некоторые современные западноевропейские авторы пытаются создать систему психотерапии на основе откровенного мистицизма и экзистенциализма, строящегося на философской концепции Хедеггера (M. Heidegger). В этом отношении характерна вышедшая в 1950 г. монография Матуссека (S. Matusseck), утверждающего, что «персональный дух» человека связан с «нереальным миром», владение чем психотерапия якобы сталкивается с метафизическими неразрешимыми проблемами.

Декларирует в последнее время свою приверженность к философии экзистенциализма, решая соответствующим образом и вопросы психотерапии, известный психиатр Людвиг Бинсвангер (L. Binswanger). Он также утверждает, что человек не может быть изучен в понятиях какой-либо теории, а должен изучаться чисто феноменологически. Следует изучать «существование» человека — это основной объект изучения экзистенциалистской психиатрии и психотерапии. В этой концепции «существование» — единая «структура», включающая «мир человека» и его отношение к людям, его взаимоотношения. Заболевание неврозом или психозом всецело зависит, по мнению экзистенциали-

стов, от этой мистической «структуры», и задача психотерапии — увести больного с ложного пути, не соответствующего его экзистенции, самой по себе, по мнению сторонников философии Хедеггера, неизменной.

Говорит об иррациональности психотерапевтического воздействия другой известный немецкий психиатр — Е. Сгранский (E. Stransky).

Таким образом, ряд психиатров и психотерапевтов в капиталистическом мире открыто уходит на путь иррационализма, антинаучности, мистики.

Реакционная психотерапия, даже принося некоторым больным, вопреки своей природе, облегчение, неизбежно приносит им и вред, прививая ложные установки и интересы, неправильное понимание ряда явлений.

Разветвления фрейдизма в США, как можно судить по литературе, не распространяют своего влияния на широкие передовые массы, которым фрейдизм и чужд, и недоступен как лечебная помощь.

Но в известной мере это удается другому течению, которое, не будучи собственно психотерапевтическим, ставит перед собой и психотерапевтические задачи. Во второй половине XIX века в США переехал последователь Месмера, основателя «магнетизма», Квимби. Освобожденная им от истерического паралича Мери Беккер Эдди после смерти Квимби в 1886 г. на основе его идей создала организацию «Christiane Science», приобретшую в США большое влияние. Это полурелигиозное объединение ставит своей задачей «лечение духом», конечно, как это и естественно для такого объединения, лечение без врачей.

Нельзя не отметить, что, несмотря на успехи фрейдизма и таких организаций, как «Christiane Science» с их открыто мистическим направлением, в США возникают тенденции как частичного отступления от психоанализа, так и решительного отхода от фрейдистских и других идеалистических позиций в психотерапии.

В 1953 г. в США вышел сборник, в котором Мюллер, выступая против ортодоксальных психоаналитических позиций, пишет: «Сущность человеческой природы скорее социальная, реальная и реалистическая и смотрящая вперед, чем примитивно-сексуальная и агрессивная». В 1958 г. в русском переводе вышла книга «Невро-

тик, его среда и внутренний мир» американского психиатра Дж. Фурста, критикующего Фрейда с материалистических позиций. Значительный интерес представляет творчество Генри Уэлса, смело и решительно противопоставляющего Фрейду и его учению И. П. Павлова и учение о высшей нервной деятельности. Своеобразна критика особенностей личности Фрейда Натенбергом (M. Natenberg). В американской печати, в частности в психотерапевтических изданиях, нередко статьи, осуждающие попытки строить психотерапию, как иррациональную область.

Можно было бы, конечно, назвать еще много работ зарубежных авторов, показывающих, что в капиталистических странах нарастает движение против психоанализа, особенно против наиболее грубых выражений его. Ряд виднейших западноевропейских психиатров занимает резко отрицательную позицию по отношению к психоанализу. Сошлемся как на одного из таких авторов на крупнейшего французского психиатра Барюка (H. Baruk), который в своем руководстве по психиатрии пишет: «Фрейд—порождение индивидуалистического и эгоистического общества с выродившейся моралью. Фрейд видел в человеке только животное. Фрейд, далекий от народных масс и проблем коллективной жизни, сделал свои наблюдения в ограниченном кругу, в одном классе».

В последние годы решительно выступил против психоанализа как против односторонней антинаучной концепции Ясперс (С. Jaspers). В этом плане представляет интерес и работа французского автора Дезуайля (R. Desoille), критикующего Фрейда и стремящегося в этой критике исходить из учения И. П. Павлова. Отметим работы А. Метте (A. Mette).

Неудовлетворенность ряда психотерапевтов практикой психоанализа находит в последние годы выражение в заметном повышении интереса к гипнозу. Например, в США в 1949 г. было организовано Общество клинического и экспериментального гипноза. Оно издает свой журнал. Аналогичное общество существует в Великобритании. В этих обществах участвуют врачи всех специальностей, особенно много здесь зубных врачей, применяющих гипноз в целях обезболивания зубных операций.

Не будем больше останавливаться на тех взглядах, которые противопоставляются в капиталистических странах фрейдизму и другим реакционным направлениям в психотерапии. Это выходит за пределы поставленной нами задачи. Мы хотели лишь отметить те ошибки и грубые извращения, через которые прошла и проходит за рубежом психотерапия. Это должно помочь читателю яснее представить себе значение четкости теоретических позиций для советской психотерапии, без чего невозможно, конечно, предотвратить ошибки в нашей работе. На имеющихся в зарубежной психотерапии достижениях мы еще остановимся.

В заключение этой главы необходимо указать, что иногда термин «психоанализ» понимают в неправомерно расширенном смысле. В прежнее время некоторые авторы, в том числе и отечественные, ошибочно именовали психоанализом всякое стремление психологически понять, проанализировать те или иные явления.

Это, конечно, неправильно: «психоанализом» следует именовать только течения, идейно близкие фрейдизму и родственные ему.

РАЗВИТИЕ КОНЦЕПЦИИ ПСИХОТЕРАПИИ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Для русской психотерапии в высокой мере характерно, что она развивалась в отличие от основных течений зарубежной психотерапии не в отрыве от других областей медицины и от физиологии: наоборот, виднейшие представители отечественной медицины и физиологии делали чрезвычайно много для развития психотерапевтических идей.

Для отечественной медицины, во всяком случае для передовых ее деятелей, всегда была характерна тенденция полностью учитывать роль психического момента в болезни.

В России, как нигде в другой стране, непосредственно строили и пропагандировали психотерапию виднейшие деятели общей медицины.

Заслуживает в этом отношении внимания относящееся к 1794 г. высказывание профессора философии и медицины Московского университета Скиадана, который отчетливо, опровергая высказывания ряда авторитетов того времени, указал на кору головного мозга, как на «обиталище» души. В речи «Слово о причинах и действиях страстей душевных, также о способе умерять и укрощать оные для благополучия и спокойной жизни» Скиадан отмечает, что душевные страсти могут оказывать как вредное, так и полезное влияние на организм, и ссылаясь при этом на излечение воздействием на психику больных некоторых заболеваний.

Особенно важно, что тенденция русской медицины считаться с психикой больного и воздействовать на нее в целях лечения формировалась в дореволюционный период под решающим влиянием идей замечательных

русских философов-материалистов, вследствие чего ей была обеспечена материалистическая база.

О влиянии взглядов русских философов-материалистов на естествоиспытателей и врачей, говорил, в частности, И. П. Павлов, писавший в автобиографии, что он и его товарищи находились под влиянием литературы 60-х годов, в особенности сочинений Д. И. Писарева, благодаря чему их научные интересы были направлены в сторону естествознания.

Чтобы иллюстрировать большое общественное значение, которое в России того времени имела борьба с идеализмом в физиологии, в психологии и в смежных областях, приведем такой, один из многих, эпизод. В Казанском университете в 50-х годах прошлого столетия читал курс физиологии идеалист профессор Берви. Студенты, возмущенные его лекциями, адресовали ему письмо с просьбой прекратить чтение лекций. Попытка администрации университета уладить дело не дала положительных результатов. Когда позднее лекции Берви были опубликованы, Н. А. Добролюбов (1858) поместил на них в «Современнике» рецензию, в которой разгромил идеалистические высказывания этого реакционера.

Еще А. Н. Радищев, издеваясь над философами, идеалистически отрывавшими дух от тела, иронически писал: «О вещество бестелесное, если чему другому ты неподвластно, то пьяные пары, конечно, сильно на тебя действуют... с телом и душа пьянеет».

Безоговорочное признание единства тела и духа характеризовало принципиальные позиции ряда крупнейших русских ученых, достигнув особенной четкости и развития в трудах В. Г. Белинского, А. Н. Герцена, Н. А. Добролюбова, Д. И. Писарева, Н. Г. Чернышевского.

В. Г. Белинский был близок с В. П. Боткиным, старшим братом и в известной мере руководителем воспитания великого русского врача С. П. Боткина, с которым столь плодотворно для отечественной медицины сотрудничал И. П. Павлов. В одном из своих писем к В. П. Боткину В. Г. Белинский (1847) писал: «Духовную природу человека не должно отделять от его физической природы, как что-то особенное и независимое от нее, но должно отличать от нее, как область

анатомии отличают от области физиологии» (подчеркнуто В. Г. Белинским).

Спустя 10 лет, когда С. П. Боткин был уже молодым врачом, Н. А. Добролюбов писал: «...новейшая наука отвергла схоластическое раздвоение человека и стала рассматривать его в полном неразрывном его составе, телесном и духовном, не стремясь разобщать их».

В другом высказывании Н. А. Добролюбова содержатся еще более прямые высказывания идей, близких концепции нервизма: «В организме человека нет ни одной части, которая существовала бы сама по себе, без всякой связи с другими частями; но ни одна из частей нашего тела не связана так существенно со всеми остальными, как головной мозг. Не входя ни в какие подробности, довольно сказать, что в нем сосредоточиваются нервы движения и чувствования. Понятно поэтому, в какой близкой связи находится деятельность мозга с общим состоянием тела».

Также Н. Г. Чернышевский решительно высказывался против всякого проявления дуалистического понимания соотношения психического и физического. Он писал: «Наблюдениями физиологов, зоологов и медиков отстранена всякая мысль о дуализме человека». Вместе с тем Н. Г. Чернышевский резко выступал и против высказываний вульгарных материалистов, отождествлявших материю и сознание. Он утверждал, что «мысль не имеет материальной формы».

Этого рода высказывания замечательных русских философов-материалистов, их страстная борьба за материалистические принципы, сливавшиеся у них с их демократическими и революционными убеждениями, в разной мере, но все же неизменно влияли на формирование теоретических взглядов русской интеллигенции, в частности русских врачей XIX века.

Материалистические взгляды были среди русских врачей и физиологов широко распространены. Несомненно, под влиянием русской философской мысли уже до И. М. Сеченова ряд отечественных физиологов приближался к вопросам нервизма. Это, например, можно сказать о работах А. И. Бабухина, Н. М. Якубовича, Ф. В. Овсянникова. Но величайшее значение для построения отечественной физиологии, медицины и психологии имели материалистические работы И. М. Сеченова —

виднейшего борца русского материалистического лагеря, выдающегося физиолога, оказавшего огромное влияние на развитие отечественной медицины в направлении нервизма. То обособление психики, «духа», которое лежало и лежит в основе ряда ведущих в капиталистических странах психотерапевтических концепций, нашло резчайшее осуждение в трудах И. М. Сеченова, писавшего: «...исходная точка метафизики и есть обособление духовного человека от всего материального — самообман, упорно поддерживающийся в людях».

И. М. Сеченов решительно выступал против столь характерного для идеалистической психотерапии взгляда, что психические особенности человека в основном являются врожденными. Он писал о том, что психическое содержание на $\frac{999}{1000}$ определяется воспитанием в обширном смысле этого слова. Роль И. М. Сеченова в развитии отечественной науки лучше всего охарактеризована в широко известных словах И. П. Павлова, который считал И. М. Сеченова гордостью русской мысли и отцом русской физиологии. Мысли И. М. Сеченова оказали решающее влияние и на развитие отечественной психотерапии.

И. М. Сеченов не уделял специально внимания вопросам психотерапии, но его материалистические работы приобрели огромное значение для развития взглядов отечественных ученых на психотерапию. Особое место занимает его учение о корковом торможении. Большое значение для научного развития психотерапии имело также указание И. М. Сеченова, что представление о том или ином раздражении может воздействовать на организм при известных условиях аналогично тому, как воздействует на него данный раздражитель.

Отечественные физиологи допавловского периода в своих трудах подошли также непосредственно к некоторым вопросам психотерапии.

Весьма активно боролся с ложным пониманием гипноза, многократно выступая с разоблачением шарлатанов-«магнетизеров», И. Р. Тарханов.

В своей посвященной вопросам гипнотизма брошюре, вышедшей в 1886 г., когда многие западноевропейские научные общества и подавляющее большинство западноевропейских авторов еще не отделили проблемы гипнотизма от магнетизма, телепатии и всякой про-

чей мистической чепухи, И. Р. Тарханов писал: «Главная цель настоящей брошюры — это показать, что основные черты этих, столь с виду загадочных явлений гипноза, внушения и чтения мыслей находят достаточное объяснение в известных уже в науке психофизиологических фактах и не нуждаются в признании новых и смелых фантастических гипотез».

Преследуя указанную им цель, И. Р. Тарханов пытался на уровне современных ему знаний решать проблему гипнотизма с позиций физиологии головного мозга.

Интересны проведенные И. Р. Тархановым опыты произвольного учащения пульса, показавшего связь коры головного мозга с внутренними органами.

Вместе с тем следует отметить, что И. Р. Тарханов не сумел еще правильно оценить сущность гипнотического состояния: он утверждал, что гипноз представляет собой временное помешательство.

Обращался к вопросам гипноза и Н. Е. Введенский, отмечавший большие возможности внушения в гипнотическом состоянии.

История отечественной психотерапии прочно связана с именем одного из виднейших русских физиологов — В. Я. Данилевского. Велики заслуги В. Я. Данилевского в разработке правильных в своей основе положений о близости состояния гипноза у животных и у человека и о научном значении этой близости. Факты такого рода были известны науке и раньше, но не было дано их принципиальной оценки. Уже в 1636 г. Атанасий Киршнер писал, что у курицы после того, как ей связывали ноги возникало состояние обездвижения и продолжалось после ее освобождения. В 1828 г. был описан новый прием при ковке лошадей. Прочно привязав лошадь, ее осаживали назад, поднимали ей голову и вытягивали шею: таким образом часто достигали того, что она становилась совершенно бездвижной. Отмечали, что иногда достаточно произвести легкое поглаживание поперек глаз лошади, чтобы достичь такого же эффекта. Интересны исследования, проведенные Чермаком (1873), Рише (1875), Прейером (1878). Много интересных фактов этого рода собрал и описал в 1881 г. Бирд (G. Beard). Следует отметить, что Бирд, опубликовавший свою работу после В. Я. Данилевского,

также, в отличие от В. Я. Данилевского, не сделал из них сколько-нибудь значительных теоретических выводов.

Сходные опыты над лягушками и птицами производил в 1876 г. киевский профессор Гейбель. В. Я. Данилевский сообщил на заседании медицинского общества в Харькове в 1889 г. о такого рода своих опытах. В 1889 г. В. Я. Данилевский сообщил о своих опытах и их оригинальном понимании на конгрессе, посвященном физиологической психологии, в Париже. Мало кто из членов конгресса поддержал докладчика. Неприемлемость концепции русского ученого для виднейших западноевропейских ученых нашла, в частности, выражение в работе известного физиолога Ферворна (M. Ferworn), который в опубликованном в 1898 г. исследовании противопоставлял описанное явление обездвижения животных явлению гипноза у человека. Ферворн в отличие от В. Я. Данилевского в понимании первых видел физиологическую основу, которую он отвергал для вторых.

Для Ферворна и некоторых других зарубежных физиологов была неприемлема попытка русского ученого подвести физиологическую основу под это явление, т. е. дать материалистическое понимание явлений гипноза у человека.

В. Я. Данилевский формулировал свою задачу как борьбу с мистицизмом, с позиций которого решают вопрос идеалисты. Он писал: «До сих пор еще даже наиболее авторитетные знатоки гипнотизма признают, что эти явления присущи только человеческой душе и что животный гипноз не имеет ничего общего с человеческим... Подобный неправильный вывод является неправильным результатом излишнего сосредоточения на одном лишь объекте — человеке. Такое резкое разграничение душевых явлений постепенно уже теряет почву. Придет скоро время, когда такое воззрение будут называть мистическим».

В. Я. Данилевский, расходясь с распространенной за рубежом концепцией ограничения психотерапии клиникой неврозов, писал: «Психическое воздействие в умелых руках оказывается нередко весьма благотворным и не только при лечении функциональных неврозов, но и всяких других болезней, где есть показания к такому вмешательству со стороны настроения больного, его

воображения, эмотивных симптомов». Это положение В. Я. Данилевского надо признать совершенно правильным и важным и в настоящее время.

Широкое применение психотерапии в клинике различных органических заболеваний вытекает у В. Я. Данилевского главным образом из его понимания психических изменений, возникающих в результате болезни (непсихической. — *М. Л.*). Он писал о том, как резко изменяются под влиянием болезни настроение, темперамент, характер человека, его отношение к себе и окружающим, к своим делам и занятиям. Он отмечал, что у больных людей наблюдается упадок духа, апатия, что часто у больного замечается резкое ослабление самообладания. Следует обратить внимание на понимание В. Я. Данилевским изменений в психике под влиянием болезни в плане концепций И. М. Сеченова о задерживающих или тормозящих влияниях головного мозга.

Проблема материалистического понимания явления гипноза в России занимала не только научных работников, к ней было привлечено внимание широкой общественности и публицистики. Отметим здесь хотя бы следующий факт. Когда в 1881 г. вышла в переводе на русский язык под редакцией И. П. Павлова книга Р. Гейденгайна о гипнозе, в газете «Русская речь» появилась на нее рецензия, автор которой писал, что русскому читателю необходимо принять точку зрения на гипноз как «на законный естественный результат специфических состояний органов центральной нервной системы».

В высокой мере благоприятствовал формированию отечественной научной психотерапии на материалистической основе и в единстве с другими разделами медицины тот большой интерес, который неизменно проявляли к вопросам психического лечения выдающиеся отечественные клиницисты.

Большого внимания заслуживают высказывания одного из основоположников русской клиники М. Я. Мудрова, приведенные в его «Наставлениях молодым врачам»: «Главнейшее же наставление состоит в удалении больного от забот домашних и печалей житейских, кои сами по себе суть болезни. Зная взаимные друг на друга действия души и тела, долгом почитаю заметить, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело. Они почерпаются из науки мудрости, чаще из психоло-

гии. Сим искусством печального утетишь, сердитого умягчишь, нетерпеливого успокоишь, бешеного остановишь, резкого испугаешь, робкого сделаешь смелым, скрытного откровенным, отчаянного благонадежным. Сим искусством сообщается та твердость духа, которая побеждает телесные боли, тоску, метание».

М. Я. Мудров, таким образом, хорошо знал и прямо говорил в своих «Наставлениях» о «душевных лекарствах», врачующих тело. Он понимал, что психика и организм не разделимы и что психотерапия предназначена не только для лечения психогенных нарушений, но, конечно, не мог в то время физиологически обосновать такое влияние психического воздействия. Заслуживает внимания и то, что М. Я. Мудров правильно оценивал роль душевного покоя в лечении болезней, подходя в какой-то мере к идее охранительной терапии.

Говоря об укреплении бодрости больного, М. Я. Мудров понимал, что здесь речь не может идти о простом «похлопывании по плечу» больного, как это, к сожалению, и сейчас представляют себе некоторые врачи, лишенные опыта, соответствующих знаний и врачебного такта. М. Я. Мудров говорил о научных путях к психотерапии, о роли при этом «науки мудрости и психологии». Весьма интересна мысль М. Я. Мудрова о «нервических» болезнях.

И сегодня не потеряли своего значения следующие слова: «Чтобы правильно лечить больного, надо узнать, во-первых, самого больного во всех его отношениях; потом надобно стараться узнавать причины, на тело или на душу его воздействовавшие; наконец, надобно обнять весь круг его болезни; тогда болезнь сама скажет вам имя свое, откроет внутреннее свойство свое и покажет наружный вид свой». Какой глубокий смысл в указании, что врач должен «узнать... больного во всех его отношениях». Большое значение имеет положение Мудрова о необходимости учитывать одновременно факторы, влияющие как на тело, так и на душу, т. е. на психику больного. У нас есть все основания сказать, что М. Я. Мудров в начале прошлого века заложил основы правильного психотерапевтического подхода к больным с самыми различными заболеваниями, а также и правильного до какой-то степени понимания роли психогении в широкой клинике

В связи с этим интересно, мы полагаем, остановиться еще на некоторых практических указаниях М. Я. Мудрова, проистекающих из изложенных его общих принципов.

М. Я. Мудров требовал от врача, чтобы тот добивался полного к себе доверия больного, его любви, но, конечно, не в смысле сексуального «перенесения» на себя, о котором говорят фрейдисты.

М. Я. Мудров писал, что врачу не следует щадить времени, а надо запастись и необходимым терпением, и «напряжением ума».

М. Я. Мудров понимал, что весьма ценно и эффективно присоединение психотерапевтического метода к медикаментозному: «Больной делается крайне сомнительным к искусству нашему (врачей.—*М. Л.*), ежели врач будет долго сидеть над чистым рецептом, станет его перемаривать либо рвать старый и писать новый. Поверьте, что рецепт должно не писать, а переписать готовый, одним разом и четким почерком, а наипаче при опасности больного и при восчувствовании его возмущения в своем духе; перечитать оный два раза внимательно, положить на стол, протолковать больному и предстоящий образ употребления предписанного лекарства, и сказать вкус, цвет, запах и действие оногo. Тогда больной будет принимать его с восхищением; а сие восхищение, радость и уверенность бывают иногда полезнее самого лекарства. Больной считает часы и минуты, ожидая действия от лекарства и думает более о выздоровлении, нежели о болезни».

Эмпирическим путем М. Я. Мудров пришел к выводу, который полностью соответствует современным нашим представлениям.

Как и многие отечественные клиницисты более позднего времени, М. Я. Мудров отмечал важность учета «привычек» больного как его «второй природы». И это требование М. Я. Мудрова, сохраняющее свою силу по сей день, нашло теперь обоснованное теоретически физиологическое объяснение.

Глубокого интереса полны и психотерапевтические идеи великого отечественного хирурга Н. И. Пирогова, в студенческие годы учившегося у М. Я. Мудрова. Н. И. Пирогов в книге «Начала общей военно-полевой хирургии» отмечал большое значение особенностей

личности больного в лечении ран и требовал в связи с этим от врача заботы о личности больного.

В этой книге, вышедшей в 1863 г., Н. И. Пирогов писал: «У раненого солдата являются нередко болезненные прихоти, капризы, приметы, предчувствия, и т. п. Иногда больной солдат, пролежав несколько времени в лазарете, пристращается к углу, где стоит его койка, к служителю, к фельдшеру, к соседу, товарищу; особенно это случается там, где прислуживают сестры. Врач не должен упускать этого из виду; иногда просьба больного оставить его на том же месте не будет выслушана, он безутешно тоскует или на него нападает страх смерти».

Н. И. Пирогов придавал огромное значение психическому моменту также при решении вопроса о хирургическом вмешательстве: «...самое главное, по-моему, это то, чтобы больной, оперируемый или исследуемый, был внутренне убежден, что боль и операция, которым он подвергается, не напрасны, а неизбежны для его блага» (там же). Этот завет Н. И. Пирогова хирурги (и не только хирурги) всегда должны помнить.

Н. И. Пирогов имел здесь в виду необходимость при сомнениях у больного в целесообразности операции до назначения операции подготовить его к ней, добиться образования у него правильного отношения к предстоящей операции, т. е. необходимость проведения психотерапевтической работы.

Огромное значение для развития психотерапевтических идей в России сыграли труды С. П. Боткина. И. П. Павлов, сотрудничавший, как известно, в первый период своей научной деятельности с С. П. Боткиным, впоследствии писал о плодотворном влиянии на его физиологические взгляды того глубокого и широкого, часто опережавшего экспериментальные данные нервизма, который «...составляет важную заслугу Сергея Петровича перед физиологией». Конечно, это влияние отразилось не только на физиологии, но и на клинике. Идеи нервизма оказали огромное влияние на развитие отечественной клиники и отношение к психотерапевтической проблеме и обусловили научную направленность психотерапевтической мысли отечественных клиницистов.

С. П. Боткин под несомненным влиянием И. М. Сеченова, в непосредственном сотрудничестве с И. П. Пав-

ловым показал зависимость состояния внутренних органов от состояния психики, понимаемой как деятельность головного мозга. Эта зависимость была раскрыта в работах С. П. Боткина на основе рефлекторного механизма. Особенно в «Курсе клиники внутренних болезней», изданном в 1868 г., С. П. Боткин настойчиво обращал внимание на связь состояния внутренних органов с головным мозгом. Эти взгляды С. П. Боткина прочно вошли в клинику и в значительной степени определили дальнейшие пути ее в нашей стране.

Большую роль психотерапевтическому моменту в лечении придавал Г. А. Захарьин. В его «Клинических лекциях» сказано: «Следует помнить, что серьезно больные вообще, за редчайшими исключениями, находятся, уже в силу самого своего болезненного состояния, в угнетенном настроении духа, мрачно, малонадежно смотрят на будущее. Для самого успеха лечения врач должен ободрить больного, обнадежить выздоровлением или, по крайней мере, смотря по случаю, поправлением здоровья, указывая на те хорошие стороны состояния больного, которых последний в своем мрачном состоянии не замечает или не ценит... если припомнить факты, относящиеся к области того, что называется внушением, то сделается понятным, что здесь предсказание совпадает с лечением».

Это высказывание замечательного клинициста полно глубокого практического, клинического смысла. Г. А. Захарьин явно исходил из представления о единстве организма, сознавая, что состояние психики, зависящее от состояния организма в целом, оказывает в свою очередь влияние на весь организм, на его состояние, на течение болезни. Отсюда и возникает требование к врачу: быть внимательным к психическому состоянию больного.

Глубоко психотерапевтична мысль Г. А. Захарьина о роли предсказания как элемента лечения. Уметь оперировать этим звеном, учитывая особенности личности больного и характер его болезни, — важное и ценное искусство, которым врач должен обладать и постоянно пользоваться.

Столь же ценно и верно указание Г. А. Захарьина об обязанности врача всячески направлять внимание больного на обнадеживающие моменты в течении его

болезни, перестраивая этим его настроение, его отношение к своему состоянию. Г. А. Захарьин требовал, чтобы врач ободрял больного не случайно подвернувшимися несодержательными и недоказательными словами, а словами, наиболее для него в его состоянии значащими, наиболее способными благотворно воздействовать, на его сознание, на его разум и эмоции одновременно, на его личность, объединяя внушение, убеждение и эмоциональное воздействие в единую систему.

Говоря о лечебной роли прогноза, нельзя, конечно, не ставить также вопроса о том, как вести себя врачу, если прогноз тяжел, неблагоприятен. Об этом Г. А. Захарьин писал так: «Больному следует открыть этот взгляд (т. е. прогноз, неблагоприятный для больного.— М. Л.) лишь настолько, чтобы он понимал свое положение и свою индивидуальную гигиену, умел бороться с вредными влияниями, избегать их и сохранять свое здоровье, но не настолько, чтобы лишить его бодрости духа, отнять у него необходимую для борьбы энергию».

Огромный интерес представляют и выдающееся значение имеют высказывания Г. А. Захарьина о по существу психотерапевтическом подходе врача (с позиции павловского учения мы бы сказали — об охранительном подходе) к назначениям, делаемым им больному. Как в свое время М. Я. Мудров и Н. И. Пирогов, так и Г. А. Захарьин предостерегает от таких назначений, которые игнорируют удобства, привычки, интересы больного.

Г. А. Захарьин резко осуждал врачей, направляющих больных на курорты, не индивидуализируя каждого назначения, не взвесив всех особенностей больного, предписывающих поездку больному, которому тяжело и неприятно отрываться, хотя бы и на недлительное время, от близких людей, от привычной обстановки и т. п.

Г. А. Захарьин, таким образом, обращал внимание на необходимость для врача уметь правильно соотносить ожидаемый положительный эффект от физических лечебных факторов с неизбежными при пользовании ими психическими воздействиями. Эти советы Г. А. Захарьина весьма полезны и их должны помнить лечащие врачи и в наше время.

Психотерапевтические взгляды Г. А. Захарьина нашли замечательное отражение в его высказываниях о

методе собирания анамнеза. Об этом нам придется говорить в специальном разделе, посвященном данному вопросу, поэтому мы не станем останавливаться на нем здесь.

Много внимания роли психики в происхождении болезни и в лечении уделяли такие выдающиеся клиницисты, как Ф. И. Иноземцев и В. А. Манассеин. Ф. И. Иноземцев неоднократно указывал, что тяжелые психические переживания могут вызвать болезнь и ухудшить ее течение. Его взгляды на данный вопрос полностью совпадали с взглядами Г. А. Захарьина. Связь психических моментов с внутренними болезнями Ф. И. Иноземцев раскрывал как основанную на нервных механизмах, воздействующих на кровообращение.

В. А. Манассеин много писал о «так называемом психическом способе лечения». Он уделял особое внимание проблеме настроения больного и считал, что врач должен всегда заботиться об эмоциональном его состоянии.

Обращает на себя внимание в работах В. А. Манассеина его стремление физиологически объяснить роль психического фактора в происхождении и лечении болезни посредством механизма, близкого в его описании к механизму временной связи: «Если раз известная группа представлений была связана с известными болезненными явлениями в данном организме, то уже тем самым дается склонность к тому, чтобы при повторении этих болезненных явлений повторялись и известные определенные представления, и наоборот».

Интересно подошел к ряду вопросов психотерапии А. Яроцкий в своей книге «Идеализм как физиологический фактор». Надо отметить, что термин «идеализм» А. Яроцкий применял не в его философском значении, как об этом писал и он сам, а имея в виду «состояние психики человека, стремящегося к идеалу». По существу, стоя на материалистических позициях и явно находясь под влиянием взглядов С. П. Боткина, А. Яроцкий рассматривал психику как функцию головного мозга, и с этих позиций подходил к вопросам психотерапии, которой он придавал большое значение. Указывая на недопустимость недооценки психического момента при лечении больных, А. Яроцкий писал, что такая недооценка грозит медицине потерей своей специфики как

медицины человеческой. Дискутируя с Шарко, А. Яроцкий высказывался за применение психотерапии не только при неврозах, но и в клинике внутренних болезней.

Нет необходимости в пределах настоящей книги останавливаться еще на многочисленных аналогичных высказываниях крупнейших отечественных клиницистов дореволюционного периода. Мы полагаем, что и сказанного достаточно, чтобы убедиться в том, насколько глубоко, последовательно и научно подходили корифеи отечественной медицины, не занимавшиеся специально психотерапией, к вопросам психотерапии и ее места в клинике.

Немногие приведенные нами иллюстрации показывают, что основоположники отечественной клинической медицины стремились к внедрению психотерапевтических принципов во всю лечебную работу. Вопросу такого построения всей лечебной системы, которая бы учитывала человеческую сущность больного, его внутренний мир, его индивидуальные потребности, его переживания, его отношение к окружающему, выдающиеся деятели русской медицины уделяли очень большое внимание. Относительно меньше отечественная наука занималась разработкой частных специальных методик психотерапии. Такое соотношение интересов характерно и для выдающихся отечественных психиатров. Сделав весьма много для развития и обоснования отдельных специальных методов психотерапии, особенно гипнотического, русские психиатры все же уделяли внимание преимущественно более широким проблемам психотерапии.

В своих лекциях по психиатрии, прочитанных студентам Петербургской медико-хирургической академии 100 лет назад, выдающийся деятель отечественной психиатрии И. М. Балинский уделил много внимания вопросам «морального лечения» при психических заболеваниях: «Рассматривая физическое лечение умопомешательства, мы видим, что главная цель его состояла отчасти в удалении физических причин душевного расстройства, отчасти же в прекращении поддерживающих его или осложняющих патологических процессов. Помощью же морального лечения не только удаляем неблагоприятные моральные влияния, но действуем уже непосредственно на болезненные припадки, на отправ-

ления мозга». Отсюда И. М. Балинский ставил перед психотерапией такие задачи:

«1. Удалить моральные влияния, произведшие и поддерживающие болезни.

2. Ослабить болезненные чувства, идеи и болезненную деятельность умалишенного.

3. Возбудить в нем правильные чувства и идеи, а также охоту к занятиям, стараясь всеми мерами поддерживать исчезающую моральную его самостоятельность».

Не останавливаясь на отдельных деталях приведенных формулировок, нельзя не признать, что идеи, здесь высказанные, представляют глубокий интерес и сохраняют свое значение в целом и в настоящее время. И. М. Балинский правильно ставил вопрос о необходимости индивидуального подхода психотерапевта к каждому больному. В его лекциях также освещен ряд других важных вопросов психотерапии.

В высокой мере показательны в этом же отношении труды С. С. Корсакова.

Разрабатывая вопросы психотерапии, С. С. Корсаков главным образом стремился обосновать общие гуманистические принципы этого вида лечения и необходимость вносить психотерапевтические принципы в систему всякого лечения.

В своем курсе психиатрии С. С. Корсаков выделил главу «о психическом лечении», где мы читаем: «Сюда прежде всего относится успокоение больного. Помещение больного в лечебницу и уединение на дому есть... весьма важная терапевтическая мера». С. С. Корсаков рассматривал вопросы обращения с больными, надзора, влияния больных друг на друга, режима и т. п., расширяя, таким образом, понимание психотерапии, включая в нее методы не только словесного, в узком его смысле, воздействия и уделяя большое внимание, если можно так выразиться, вопросам психотерапевтической тактики врача.

Придавая большое значение психотерапии при различных заболеваниях, С. С. Корсаков писал: «В деле лечения всяких болезней психическое влияние врача играет в высшей степени важную роль, и способность пользоваться психическими факторами в деле лечения составляла всегда одно из выдающихся свойств замечательных врачей всех времен».

Спустя 10 лет после смерти С. С. Корсакова его значение в развитии принципов психотерапии охарактеризовал Н. А. Вырубов. Он писал: «Прошло 10 лет со дня смерти С. С. Корсакова; за это время психотерапия сделала громадный шаг на пути эволюции, успела обособиться в самостоятельный отдел медицинского знания, с своими совершенно оригинальными и новыми методами как исследования, так и лечения, но гуманитарные принципы ее как науки об облегчении страданий человеческой души остаются все те же, и в отношении этих принципов образ С. С. Корсакова всегда будет светить ярким светом как поборника истинной человечности, как служителя справедливости и добра».

Необходимо стремиться к тому, чтобы замечательные взгляды классика русской психиатрии на психотерапию были глубоко усвоены современными врачами всех специальностей, в первую очередь психиатрами, и стали для них руководством к действию.

Здесь все важно. Особенно следует обратить внимание на то, что С. С. Корсаков не ограничивал применение психотерапии в психиатрической и неврологической клиниках неврозами, как это считали правильным многие авторы за рубежом. С. С. Корсаков подчеркивал значение психотерапии и при лечении психозов. Такую позицию нельзя, конечно, рассматривать оторванно от широкого понимания самого метода «психического лечения» и от такого понимания С. С. Корсаковым психозов, при котором полностью учигывалась роль внешних моментов в их возникновении и течении.

В значительной мере требования С. С. Корсакова к психическому лечению психически больных совпадают с физиологически обоснованным И. П. Павловым принципом охранительного лечения.

В соответствии с идеями других выдающихся русских клиницистов С. С. Корсаков считал психотерапию необходимым элементом лечения не только страдающих неврозами и психозами, но и всеми другими болезнями.

Психотерапию С. С. Корсаков, как мы видели, ценил очень высоко. Способность и умение правильно пользоваться средствами психотерапии С. С. Корсаков считал одним из «выдающихся свойств» врача.

Подлинное значение С. С. Корсакова в развитии отечественной психотерапии невозможно правильно оценить, не рассмотрев наряду с его собственными трудами и работы его ближайших сотрудников.

Первым среди них должен привлечь к себе наше внимание А. А. Токарский, занимавшийся в руководимой С. С. Корсаковым клинике вопросами психотерапии и медицинской психологии. Заслуги А. А. Токарского как в области психотерапии, так и в области медицинской, клинической психологии, построенной на материалистических основах, весьма велики.

Чтобы правильно оценить теоретические позиции А. А. Токарского и его роли в науке, мы полагаем, целесообразно познакомиться с отношением к нему его идейных противников. Стоявший на крайних идеалистических позициях Л. Лопатин, злейший враг материализма, участвовавший в работе Московского психологического общества одновременно с С. С. Корсаковым и А. А. Токарским, писал о последнем после его смерти: «По своим психологическим взглядам А. А. Токарский принадлежал к числу самых решительных и последовательных сторонников реалистического (этот термин Л. Лопатин употреблял вместо термина «материалистический» как для него вполне равнозначный.—*М. Л.*) и чисто физиологического воззрения на душевную жизнь».

Надо особо отметить, что А. А. Токарского как представителя возглавляемой С. С. Корсаковым группы ученых, идейные враги не только считали материалистом, но и видели в нем решительного и последовательного борца за материалистические взгляды. Недаром весьма близкий к А. А. Токарскому А. Н. Бернштейн так характеризовал его в некрологе: «Убежденный позитивист (вместо „материалист“. — *М. Л.*) лицом к лицу с представителями противоположного мировоззрения, он считал свою оппозицию (идеалистам.— *М. Л.*) не только личным делом, но и общественным долгом».

А. А. Токарский в области психотерапии проявил себя главным образом в разработке собственно клинической стороны применения лечения в гипнотическом состоянии. Он разработал основные положения этого метода, внося в него много нового по сравнению с тем, что ко времени публикации его работ имелось в отечественной и зарубежной литературе.

А. А. Токарский решительно выступал против опытов с гипнозом, проводимых людьми, не имеющими врачебного образования.

Следует указать, что такое отношение А. А. Токарского и других передовых русских ученых к публичным сеансам гипнотизирования нашло отражение и в законодательстве. В своем докладе на IV съезде русских врачей в 1891 г. А. А. Токарский привел следующее сообщение, которое, мы думаем, заслуживает того, чтобы быть здесь приведенным полностью.

«25 июля 1890 года в „Правительственном Вестнике“ напечатан следующий циркуляр Медицинского Департамента от 9-го июля 1890 г. за № 4682: «Новгородский губернатор представил на усмотрение Министра внутренних дел ходатайство местного общества врачей о воспрещении в России производства публичных гипнотических представлений. Приняв во внимание 1) что публичные гипнотические представления причиняют значительный вред здоровью как тех лиц, на которых производятся опыты с гипнозом, так и зрителей этих опытов, причем у гипнотизируемых развиваются различные истерические нервные и даже душевные заболевания, превращающиеся иногда даже в настоящую эпидемию гипнотической мании; 2) что подобные публичные спектакли гипнотизма дают злоумышленникам возможность изучить во время сеанса приемы, употребляемые для загипнотизирования и применять их впоследствии для достижения безнравственных или преступных целей; 3) что вообще гипнотические представления без соответственных разумных объяснений могут порождать в публике ложные понятия и даже укоренять предрассудки, а послегипнотические внушения могут быть причиной нарушения загипнотизированными лицами общественного порядка и тишины и даже совершения ими преступных деяний — Медицинский совет постановил:

1. Воспретить производство публичных сеансов гипноза и магнетизма.

2. Применение же гипноза с лечебной целью должно быть разрешаемо административной властью только врачам при соблюдении требований закона, т. е. не иначе, как лишь в присутствии других врачей».

Мы сочли полезным привести этот циркуляр полностью, как показатель того внимания, которое медицин-

ская общественность уделяла вопросам психотерапии в России в конце прошлого века и которое заставило царское Министерство внутренних дел прислушаться к ее голосу. Кроме того, этот циркуляр, подсказанный Медицинским обществом, хорошо иллюстрирует его серьезное отношение к гипнозу, понимание последнего как метода научного и лечебного, которым не следует оперировать для антинаучных и шарлатанских целей; такое понимание было в высокой мере характерно для научной отечественной мысли и в тот период.

Нельзя вместе с тем не обратить внимание на то преувеличение опасности гипнотического влияния, которое нашло выражение в приведенном документе. Но оно вполне понятно для того времени, когда вопросы гипнотизма и внушения были изучены еще очень мало, а за рубежом эти приемы как раз широко использовали для вредных целей шарлатаны и невежды.

Не случайно, можно думать, А. А. Токарский привел, публикуя свой доклад, полностью этот циркуляр медицинского департамента. Взгляды С. С. Корсакова и А. А. Токарского, несомненно, отразились в общей прогрессивной тенденции этого документа.

А. А. Токарский, активно пропагандируя применение методов психотерапии, в частности гипноза, в медицинской практике, в то же время не уставал предупреждать о вреде всяких извращений при применении этих методов и решительно восставал против грубого «гипнотизерства», которое иногда допускали врачи, не получившие достаточной соответствующей подготовки. Он требовал еще до попыток усыпления больного тщательной предварительной подготовки его врачом к гипнотизированию.

Доклад А. А. Токарского «К вопросу о вредном влиянии гипнотизирования» на III съезде русских врачей в 1889 г., а также упоминавшийся доклад «Терапевтическое применение гипнотизма» на IV съезде русских врачей являются свидетельством большого интереса русских врачей всех специальностей к вопросам психотерапии. И в дальнейшем съезды отечественных врачей не игнорировали вопросов психотерапии. Доклад о психотерапии был сделан и на IX пироговском съезде в 1904 г. Повышающийся интерес к психотерапии сказался и на организованном в то же время цикле лекций

А. А. Токарского о гипнотизме при Московском университете. Отметим еще, что нарастало внимание к научной постановке психотерапии и у отечественных психиатров и невропатологов. На I съезде Русского союза психиатров и невропатологов в 1911 г. Б. С. Грейденберг сделал доклад на тему «Психологические основы нервно-психической терапии». В нем нашла выражение тенденция русских психотерапевтов в отличие от взглядов подавляющего большинства зарубежных психотерапевтов не сводить психотерапию к излюбленному тем или иным автором психотерапевтическому методу. Б. С. Грейденберг указывал, что при психотерапии следует пользоваться как внушением в гипнотическом состоянии, так и воздействием на бодрствующее сознание больного. Еще раньше обращал внимание на значение метода убеждения в целях психотерапии И. Р. Тарханов, а также А. А. Токарский.

На II съезде психиатров доклад о психотерапии был представлен Г. И. Россолимо.

Огромное влияние на формирование русской психотерапии имел выдающийся ученый В. М. Бехтерев. Все его работы, в частности работы, посвященные вопросам психотерапии, отличаются неизменной материалистической направленностью.

В области психотерапии В. М. Бехтерев особенно много внимания уделил природе внушения и гипнотического состояния. В частности, он решительно опроверг концепции, согласно которым гипноз есть не что иное, как своего рода невроз, и что гипнотическое состояние как состояние патологическое вредно. В. М. Бехтерев рассматривал гипнотическое состояние как особое видоизменение нормального сна, совершенно безвредное и вызываемое у здоровых людей так же, как и у невротиков и других больных.

Это положение Бехтерева в свое время сыграло весьма большую роль, утвердив научную обоснованность, целесообразность и правомерность применения гипноза при лечении.

Интересы В. М. Бехтерева к психотерапии не исчерпывались изучением гипноза — В. М. Бехтерев стремился разрабатывать новые методики психотерапии и, в частности, разработал особый метод психотерапии, названный им «психо-рефлекторным». В. М. Бехтерев раз-

работал сочетательно-рефлекторный метод лечения истерического паралича, истерической глухоты и т. п.

Рекомендуя рефлекторный метод лечения при патологически образовавшихся «сочетательных» рефлексах, В. М. Бехтерев одновременно предлагал противодействовать их возникновению путем образования через слово тормозящих впечатлений. Тормозящий эффект В. М. Бехтерев рекомендовал создавать, указывая больным на несоответствие патологического сочетательного рефлекса природе организма и на происходящий отсюда моральный и физический вред здоровью. Вместе с тем он предлагал упрочивать связь таких патологических рефлексов с реакцией отвращения. Исходя из этой своей концепции, В. М. Бехтерев предлагал применять при алкоголизме рвотные средства.

Среди патологически образующихся рефлексов В. М. Бехтерев, в частности, описал синдром боязни подписывать бумаги.

В. М. Бехтерев применял лечение музыкой, отвлечением. Он разрабатывал вопросы коллективной психотерапии.

Большое значение имеют, в частности, работы В. М. Бехтерева по лечению фобий.

При лечении фобий В. М. Бехтерев считал нужным в психотерапевтических целях оживлять все реакции, тормозящие развитие страха, прежде всего путем убеждения о полном здоровье организма, вселять в сознание больного уверенность в том, что ему в действительности ничто не угрожает. В. М. Бехтерев значительно расширил показания к психотерапии.

Уделял внимание вопросам психотерапии и П. Б. Ганнушкин. Этот виднейший отечественный психиатр считал перевоспитание одним из звеньев психотерапии психопатов.

Большой интерес представляет работа Г. Д. Неткачев «О заикании», опубликованная в 1909 г.

В этой монографии Г. Д. Неткачев изложил свою точку зрения на лечение не только заикания, которое он понимал как одно из выражений невроза, но и на лечение неврозов вообще.

Мы полагаем, то, что Г. Д. Неткачев много занимался именно психотерапией заикающихся, наложило особый отпечаток на формирование его взглядов на психотера-

пию и дало ему известные преимущества. Врачу очень удобно следить за динамикой болезненных явлений у заикающихся, удобно это и самому больному. И то, и другое очень важно как для углубленного изучения эффекта психотерапии, так и для повышения успешности ее.

Книга Г. Д. Неткачева, вышедшая через 5 лет после появления на французском языке книги Дюбуа, обобщает большой многолетний опыт автора, накопленный независимо от швейцарского психотерапевта, и, по нашему мнению, имеет существенные преимущества по сравнению с работой Дюбуа.

Метод Г. Д. Неткачева, который сам автор называл «психологическим методом лечения», построен на детальном и точном изучении «психологического строения личности» больного. Г. Д. Неткачев рекомендовал изучать в «каждом конкретном случае» все симптомы болезни в их взаимозависимости и личность больного.

Лечение должно прежде всего дать возможность больному «узнать сущность, причины и симптомы своей болезни... и механизмы происхождения» отдельных патологических явлений.

Г. Д. Неткачев требовал, чтобы врач, объяснив больному стоящие перед ним трудности и пути их преодоления, реорганизовал его нарушенную деятельность. Он считал необходимым воспитывать в больном «активность борца, жаждущего побед и заслуженных успехов».

Давая общую характеристику своего метода, Г. Д. Неткачев писал: «Психологический метод, преобразуя совершенно личность больного на новых началах, приобретенных собственной работой воли и мысли, постоянным синтезом их, может как единственный рациональный метод прочно *излечивать* без возвратов как это страдание (заикание. — М. Л.), так и другие сходные с ним психо-неврозы».

Таким образом, Г. Д. Неткачев, хотя в отличие от Дюбуа и не отрицал роли гипноза в лечении неврозов, вместе с тем развивал одновременно с Дюбуа систему психотерапевтического воздействия на больного, находящегося в состоянии бодрствования.

Г. Д. Неткачев считал необходимым настойчиво добиваться сознательного отношения больного к своему заболеванию. Но Г. Д. Неткачев, не отрывал интел-

лекта, разума от личности, не противопоставлял его другим сторонам психики, а стремился к «синтетическому» воздействию на психику.

Для концепции Г. Д. Неткачева характерно стремление обосновывать психотерапевтическое воздействие глубоким ознакомлением с больным, с его личностью и болезнью.

Г. Д. Неткачев рекомендовал и применял метод тренировки, указывая на необходимость использования при этом врачом успехов лечения для укрепления веры больного в успех лечения и как следствие этого — для дальнейшего продвижения больного по пути к выздоровлению.

Очень большое значение имеет требование Г. Д. Неткачева об активности больного в борьбе за свое выздоровление и оценка им роли этой активности.

Г. Д. Неткачев был пропагандистом глубоко продуманного сочетания индивидуального метода психотерапии с коллективным.

Г. Д. Неткачев предложил заслуживающую внимания и применения в некоторых случаях методику самостоятельного ведения страдающих невротами своих историй и дневников болезни. Эту рекомендацию при лечении некоторых больных можно использовать с большим успехом.

Значительный интерес представляют высказывания о психотерапии С. А. Суханова, специально останавливавшегося на теснейшей связи состояния психики со всем организмом и обосновывавшего эту связь нервными связями внутренних органов с корой головного мозга.

Большой вклад в научное изучение психотерапии внесли О. О. Мочутковский, В. И. Яковенко, П. П. Подъяпольский, Б. Н. Бирман, К. И. Платонов. На работах этих исследователей мы еще будем иметь случай остановиться более подробно.

Характерно для отечественной психиатрии то широкое понимание психотерапии, которое дано в работах Ю. В. Каннабиха. Он относил к психотерапии такие методы: 1) метод понижения внешних раздражителей (покой, изоляция), 2) метод применения стимулирующих факторов (несловесного порядка), 3) словесное воздействие (в гипнотическом и бодрствующем состоянии) и 4) трудовая терапия.

Интерес русских врачей к вопросам психотерапии нашел также выражение в творчестве великого русского писателя А. П. Чехова. Образованный врач и великий знаток человеческой души, А. П. Чехов неоднократно в своих письмах и художественных произведениях касался вопросов состояния психики в течении болезни и роли психотерапии.

Заболевшему А. Суворину А. П. Чехов писал: «Вам нужно главным образом хорошее расположение духа, а не пьявки». В рассказе «Случай из практики» А. П. Чехов описывает, как врач, оказавшийся достаточно чутким, излечил своим участием и моральной поддержкой больную, до него безрезультатно длительно лечившуюся различными медикаментами.

А. П. Чехов также обращал внимание на шарлатанские попытки мистификации, которые предпринимали различные «магнетизеры». В этом отношении примечателен его рассказ «На магнетическом сеансе».

Русские психотерапевты стремились использовать возможно шире различные психотерапевтические методы, не замыкаясь, как это характерно для большинства западноевропейских психотерапевтов, в рамки какого-либо одного метода.

В ряде работ было достигнуто существенное приближение к физиологическому пониманию психотерапии, во всяком случае было выражено стремление к научному пониманию ее.

Но как бы ни были значительны достижения отечественных ученых в области психотерапии в дореволюционное время, только в советское время были созданы условия для развития подлинно научной теории ее. Эта теория базируется на замечательном павловском учении.

Павловская концепция психотерапии не могла не оказать влияния даже на некоторых буржуазных авторов. Назовем хотя бы Дюбуа, писавшего о том, что его клинические наблюдения «находят глубокое обоснование» в работах И. П. Павлова. В последние годы влияние работ И. П. Павлова на зарубежных психотерапевтов, особенно на психотерапевтов стран народной демократии, значительно расширилось.

Учение о высшей нервной деятельности, обосновывающее единство организма и психики, раскрывая законо-

мерности физиологии головного мозга и роль коры головного мозга в жизнедеятельности организмов высших животных, является единственно возможной базой научного построения психотерапии.

Чем глубже проникает учение И. П. Павлова в теорию и практику советской медицины, тем более тесно и прочно увязывается в СССР материалистическая психотерапия с единой медицинской теорией и устраняется отчужденность широких врачебных кругов от теории и практики психотерапии.

Психотерапия получила в учении И. П. Павлова впервые возможность подлинно физиологического обоснования.

Особое положение психотерапии среди отраслей медицины сделало ее наиболее доступной для приложения идеалистических вымыслов. Только учение И. П. Павлова окончательно обеспечило включение клиники неврозов (где психотерапию всегда больше всего применяли) и психотерапии в единую медицину и прекратило обособленное их положение в медицине.

И. П. Павлов говорил: «Психотерапия и другие приемы (лечения. — М. Т.) считаются радикально различными, а для меня они и не представляются столь различными». Великий ученый правильно определил отношение к психотерапии, существовавшее раньше, и обосновал свое утверждение об отсутствии абсолютной противоположности влияния психотерапии, с одной стороны, и других методов лечения — с другой.

Учение И. П. Павлова не только дало психотерапии возможность построить свою научно обоснованную теорию, но и непосредственно разрешило ряд серьезных теоретических вопросов этой отрасли медицины.

Огромное значение для теории психотерапии имеет концепция И. П. Павлова о двух сигнальных системах и их взаимодействии. Впервые в науке врач получает физиологическое обоснование лечения словом, воздействия через психику, через сознание на весь организм. Эта концепция о сигнальных системах дает исчерпывающие доказательства большого значения психотерапии в лечении соматических заболеваний. Она окончательно снимает те ограничения показаний для психотерапии, которые пропагандировали ряд зарубежных пси-

хотерапевтов и врачей других специальностей, допускавших применение психотерапии лишь при неврозах или даже только при истерии.

Еще в прошлом веке был накоплен весьма значительный материал, показывающий влияние словесного внушения на соматические процессы. Мы уже отмечали кратко исследования И. Р. Тарханова о произвольном учащении пульса. А. А. Токарский еще в 1891 г. показал, что посредством внушения мы можем изменять деятельность органов чувств, функции двигательных и чувствительных нервов, влиять на сосудистую систему, изменять деятельность сердца и дыхательного аппарата, оказывать влияние на двигательную функцию кишечника, на мочеотделение и потоотделение.

В. М. Бехтерев показал, опираясь на опыт операций на коре головного мозга, ее влияние на частоту пульса, артериальное давление, дыхание, половую деятельность и пр.

Но только концепция И. П. Павлова дала стройное научное объяснение этим фактам, уложив их в единую физиологическую систему. Важнейшую роль в теории психотерапии играют факты, собранные в павловских лабораториях.

Значительный интерес представляет работа А. О. Долина, Е. Т. Минакер-Богдановой и Ю. А. Поворинского, показавших в четком эксперименте, что внушение может оказать влияние, соответствующее его содержанию, на химические процессы в организме человека. Авторы давали пить двум испытуемым, находящимся в гипнотическом состоянии, чистую воду и внушали им, что они пьют сладкий сироп, после чего обнаруживали у них в крови повышение содержания сахара. Если же испытуемые пили сироп, а им внушали, что они пьют воду, содержание сахара в крови не повышалось.

Таким образом, в этом случае внушение, использующее образовавшиеся у больного в прежнем жизненном опыте временные связи, давало эффект, выражающийся в изменении обменных процессов. Конечно, далеко не всегда сила внушения так велика, но действие внушения на химизм крови в принципе бесспорно и подтверждается в других исследованиях как закономерность.

Многочисленные факты такого воздействия внушения на различные соматические процессы собрал в сво-

ем большом клиническом и экспериментальном опыте К. И. Платонов.

Некоторые авторы показали, что у отдельных испытуемых можно вызвать внушением в гипнотическом состоянии возникновение выраженных кожных изменений типа ожога.

В опытах, проведенных К. И. Платоновым при нашем участии, было отмечено, что под влиянием внушения в гипнотическом состоянии можно достигнуть значительного ослабления и отдаления опьяняющего действия алкоголя. Такое воздействие слова на процессы в организме установлено не только при внушении в гипнотическом состоянии.

Сошлемся на исследование сотрудника К. М. Быкова А. Т. Пшоника, установившего, что при плетизмографическом исследовании сосуды у некоторых испытуемых реагируют на слова «даю горячее» более резко, чем на подлинное приложение горячего к их коже.

А. Г. Иванов-Смоленский и его сотрудники показали в экспериментальных исследованиях, что слово может вызывать учащение или замедление сердечного ритма, повышение кровяного давления, сужение или расширение зрачков и т. д. в условиях полного бодрствования и не только когда оно произносится экспериментатором, но и тогда, когда его произносит сам испытуемый. Предстоит еще более подробно исследовать механизм такого воздействия. Но самые факты установлены прочно.

Для обоснования лечебного эффекта психотерапии имеют значение не только данные, полученные при внушении человеку, но также и полученные на животных факты влияния условных раздражителей на различные процессы в организме.

В лабораториях И. П. Павлова доказано, что при некоторых условиях через мозговую кору могут быть существенно изменены функции организма животного. В опытах А. О. Долина показано, что тем же кортикальным путем может быть проведена и экспериментальная терапия так возникших нарушений.

Большое значение для теории психотерапии имеют опыты, проводившиеся в лабораториях, руководимых К. М. Быковым.

И. Т. Курцин, длительно воздействуя на желудок химически активными веществами, наблюдал повышение его секреторной функции. На основе этого результата был образован условный рефлекс. Условный раздражитель вызывал тот же эффект, что и химически активные вещества.

Два другие сотрудника К. М. Быкова — В. Е. Делов и Е. Т. Петрова — показали, что условный индифферентный раздражитель, ранее связанный с введением нитроглицерина или морфина, вызывает изменение сердечной деятельности с нарушением электрокардиограммы, характерное для действия этих ядов.

С. Д. Рейзельман показал, что при повторном введении меркузала у больных, страдающих расстройствами кровообращения с наличием отеков, удается получить значительный условнорефлекторный диурез, который допускает уменьшение количества вводимого меркузала.

Конечно, следует не упускать из виду различий между экспериментом и лечебной практикой. Лечение должно воздействовать на патологические процессы, а не на нормальные. Лечение имеет своей задачей преимущественно устойчивую перестройку тех или иных процессов, тогда как в эксперименте такой задачи нет. Но, конечно, описанные только что эксперименты убедительно показывают значение сигнальных факторов для организма и во всяком случае показывают, как и клинические факты, что их присоединение к безусловным раздражителям может усилить или ослабить действие последних.

В психотерапии невозможно резко отделять воздействие слова от воздействия условных раздражителей первой сигнальной системы.

В свете учения И. П. Павлова психотерапия как ценный метод воздействия на кору головного мозга в целях нормализации динамики мозговых процессов в связи с перестройкой отношения больного к своей болезни, ко всей актуальной для него ситуации, к обстановке, в которой он находится, получает широкое применение.

Одним из ценных методов психотерапии является внушение в гипнотическом состоянии, как и самое пребывание больного в этом состоянии. В течение многих

веков человечество знало этот метод, не умея его научно объяснить.

Павловская концепция гипноза полностью устраняет из объяснения гипнотического состояния всякую мистику. Она также устраняет возможность противопоставления состояния бодрствования гипнотическому как абсолютно противоположных.

И. П. Павлов показал сущность перехода от состояния бодрствования к различным степеням гипнотического состояния. Опираясь на опыты на животных, И. П. Павлов установил ряд важнейших бесспорных положений, впервые дающих надежную основу материалистического физиологического понимания гипноза как своеобразного состояния сна.

Гипнотическое состояние, вызываемое у человека в лечебных целях, есть, как показал И. П. Павлов, вид частичного сна, менее глубокого, чем обычный физиологический сон здорового человека, и не распространившегося на всю кору головного мозга и подкорку. Именно это представляет собой положительное качество гипнотического состояния, вызываемого врачом у больного со специальными лечебными целями. Частичный характер этого вида сонного состояния обеспечивает возможность общения врача с больным и наиболее действенное влияние слов врача на больных, находящихся в этом состоянии.

Павловское понимание существа внушенного гипнотического состояния у человека вооружает психотерапию способом объективного подлинно научного определения различных стадий этого состояния по глубине торможения и по степени его распространения по коре и под кору.

Много внимания уделили выяснению природы внушения и гипнотического состояния у человека ученики И. П. Павлова — Б. Н. Бирман, А. О. Долин, Б. В. Андреев, Ф. П. Майоров и др.

Представляет интерес работа И. И. Короткина и М. М. Суловой, доказавших наличие на известной глубине гипнотического сна ультрапарадоксальной фазы, наличие которой может многое объяснить в существе гипнотического внушения.

В. Е. Рожнов представил большой и убедительный экспериментальный материал, доказывающий динами-

ческую подвижность гипнотических фаз на всех стадиях гипноза и относительную избирательность раппорта даже в самом глубоком, сомнамбулическом гипнозе. В этом исследовании приведены факты, показывающие, что и мозг глубоко загипнотизированного иногда способен отвечать на ряд слуховых и иных раздражений, не связанных с гипнотизирующим лицом.

Объяснив на основе накопленного экспериментального материала о гипнотическом состоянии у животных физиологическую основу внушенного гипнотического состояния у человека, И. П. Павлов, исходя также из результатов исследования животных, объяснил и методы вызывания гипноза у человека.

Будь то так называемые пассы, звуки метронома или тихо, однообразно повторяемые слова, вызывающие ассоциации со сном, — все эти приемы главным образом основаны на применении однообразных и слабых раздражителей, преимущественно способных служить условными раздражителями для получения сонного тор-можения.

Гипнотическое состояние у человека можно вызвать иногда только сигналами первой, но главным образом второй сигнальной системы. Опыт показывает, что в этих целях, по крайней мере в некоторых случаях, бывает целесообразно применять одновременно раздражители словесные и несловесные. И. П. Павлов отмечает, что выбор средств, избираемых врачом для введения больного в гипнотическое состояние, должен соответствовать особенностям нервной системы больного. Так, И. П. Павлов, как и Шарко, обращал внимание на то, что истеричных людей иногда удобно гипнотизировать воздействием на них сильных внезапных раздражителей. Это, конечно, может быть применимо не ко всем страдающим истерией, а лишь к относительно малой части их, но данное указание служит иллюстрацией индивидуальных особенностей гипнотизабильности в зависимости от типа и состояния центральной нервной системы.

В своих трудах И. П. Павлов вплотную подошел и к вопросу о разности степени гипнотизабильности людей с различными типами нервной системы. Он также указывал, что повышенная гипнотизабильность страдающих истерией объясняется тем, что для них даже и обычные

жизненные раздражения являются сверхмаксимальными, вызывая запредельное торможение.

По нашим наблюдениям, и приобретенная слабость центральной нервной системы, в частности, например, при послетравматических астенических состояниях, как правило, значительно повышает гипнотизабильность. То же можно сказать, и это неоднократно отмечалось, о лицах, страдающих хроническим алкоголизмом.

Большое значение для психотерапии имеет разработка И. П. Павловым концепции внушения. Значение павловского понимания механизма внушения становится особенно понятным, если обратиться к тому, как неправильно многие, даже наиболее видные, психотерапевты понимали внушение раньше. Вспомним хотя бы, что Бернгейм понимал внушение как всякое проникновение идеи в сознание человека, объединяя, таким образом, в понятие «внушение» и процесс обучения, и акты убеждения и т. п.

Для Бине (А. Binet) внушение есть давление, которое одна личность производит на другую при посредстве интеллекта, эмоций и воли. Чем вызывается и обуславливается это давление, при этом остается нераскрытым.

Значительный интерес представляет определение внушения В. М. Бехтеревым: «Внушение сводится к непосредственному прививанию тех или других психических состояний от одного лица к другому, прививанию, происходящему без участия воли (внимания) воспринимающего лица». Выигрывая при сравнении с другими определениями, определение В. М. Бехтерева также лишено еще физиологической основы и не вскрывает механизма этого процесса. И только И. П. Павлов сумел расплывчатому и не опирающемуся на физиологию пониманию внушения противопоставить свое понимание, свободное от указанных недостатков.

И. П. Павлов писал, что в гипнозе и в здоровой и сильной коре положительный тонус понижается вследствие иррадиированного торможения. Когда на такую кору направляется слово гипнотизирующего, оно концентрирует раздражительный процесс в соответственном пункте, что сопровождается отрицательной индукцией, которая благодаря малому сопротивлению распространяется на всю кору, в связи с чем это слово являет-

ся в известной мере изолированным от других влияний и действует особенно сильно.

Конечно, нужно иметь в виду, что, как отмечал И. П. Павлов, у человека в еще большей мере, чем у животных, много фаз гипнотического состояния. Следовательно, и сила так понимаемого внушения может быть различной. Но внушение всегда понижает (хотя, конечно, и в весьма разной мере) влияние всего ему мешающего, всегда тормозит ряд конкурирующих с ним влияний.

В положениях, установленных И. П. Павловым, мы находим физиологическое обоснование не только влияния внушения в гипнотическом состоянии различной глубины, но и внушения в состоянии бодрствования, а также всякого другого психотерапевтического воздействия, в котором момент внушения может участвовать уже в силу того, что к больному обращается врач, авторитет которого как специалиста для него велик.

Психотерапевтическое воздействие возможно главным образом при большом доверии больного к врачу, при достаточной склонности больного придавать словам и действиям врача, относящимся к его болезни, особенно большое значение. Поэтому слова и действия врача, оказывающего на больного психотерапевтическое воздействие, всегда в той или иной мере служат раздражителями, концентрирующими раздражительные процессы в соответственном пункте, как писал И. П. Павлов о внушении в гипнотическом состоянии.

Исходя из концепций своего учителя, ученик И. П. Павлова, много работавший именно в области психотерапии, Б. Н. Бирман писал: «Внушать какой-нибудь акт — это значит вызывать его путем условного раздражителя» и дальше: «Послегипнотическое внушение есть условный следовой рефлекс».

Учитывая огромную роль своего воздействия на больного, врач должен особенно помнить, как могут быть опасны и вредны для больного неосторожные слова и действия, способные в той или иной мере, помимо воли самого врача, вопреки его планам, намерениям и желаниям, вызвать внушающий эффект с отрицательным результатом, ведущим к ухудшению состояния больного (иатрогения). Особенно здесь, конечно, приходится опасаться всего того, что может внушить больному не-

правильное и нежелательное представление о степени опасности его болезни.

Огромное значение имеет для психотерапии павловское понимание физиологического механизма различных психопатологических явлений, в частности учение о роли фазовых состояний. Оно дает основание для критического подхода к концепции «понятности» психогенных расстройств в ее идеалистической трактовке и помогает психотерапевту избрать правильный путь лечения. Исключительное значение для психотерапии имеет павловская концепция неврозов.

Трудно перечислить все, что дало учение И. П. Павлова для научного обоснования и практики психотерапии. Необходимо, для того, чтобы построить подлинно материалистическую психотерапию при рассмотрении каждого частного вопроса психотерапии, как и при решении наиболее общих вопросов этой отрасли лечебной медицины, руководствоваться учением И. П. Павлова.

Учение И. П. Павлова, доказавшее важнейшее значение коры головного мозга для всех процессов в организме, давшее физиологическое обоснование воздействия слова, а также первой сигнальной системы на протекающие в организме человека процессы, делает психотерапию научно обоснованным методом лечения, решительно расширяет показания для психотерапии, поднимает метод психотерапии до уровня одного из важнейших и необходимейших методов лечения.

Учение И. П. Павлова — важнейший вклад нашей отечественной науки в теорию психотерапии.

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХОТЕРАПИИ

Психотерапия имеет своей задачей воздействие на психику больного в целях урегулирования нарушенной динамики нервных процессов, установления наиболее благоприятного соотношения процессов торможения и возбуждения. Это воздействие может и должно быть весьма многообразным. Его успех в основном требует перестройки отношения больного к сложившимся обстоятельствам, к окружающим, к своей болезни и болезненным ощущениям (В. Н. Мясищев). Должна учитываться задача перестройки побуждений больного, направленности его интересов, форм его поведения.

Мы уже отмечали, что, говоря о психотерапии, мы имеем в виду как применение специальных методов лечения, относимых к ней, так и внесение в общую систему лечения в необходимой мере элементов психотерапии. Таким образом, мы и здесь говорим о психотерапии как о специальном методе лечения и в какой-то мере о психотерапии как об общем принципе лечения в том плане, как это понимали классики нашей клиники М. Я. Мудров, Н. И. Пирогов, С. С. Корсаков, советские виднейшие клиницисты, из которых упомянем лишь выдающегося советского хирурга Н. Н. Петрова, требующего, чтобы хирург заботился не только о теле больного, но и о его психике.

Психотерапия в основном является лечебным методом, воздействующим на вторую сигнальную систему, а через нее — и на весь организм больного.

Однако неправильно сводить психотерапию лишь к воздействию словом. Слово — важнейшее и основное средство воздействия психотерапевта, но невозможно слово врача оторвать от мимики, жеста, от всего его

поведения. Более того, нельзя оторвать воздействие врача на больного от обстановки, в которой оно осуществляется, от обстоятельств, в которых больной находится во время лечения и будет находиться после него и на которые врачу в целях психотерапии также приходится в той или иной мере, тем или иным способом тоже воздействовать. Нельзя оторвать психотерапевтическое воздействие от влияния врача на режим больного, на его труд и быт, на окружающих больного людей. Таким образом, психотерапия, мы полагаем, должна быть рассматриваема как широкая лечебная система, как широкое воздействие врача на психику больного доступными ему средствами, не выходящими за пределы врачебной компетенции.

Психотерапия не может быть рассматриваема суженно как только гипнотерапия или как только лечение убеждением и т. п. Как правило, психотерапевтическое воздействие не может ограничиться применением одной частной психотерапевтической методики. Его нельзя сводить и к психотерапевтическим приемам в кабинете врача. Все виды общения, прямого и косвенного, врача с больными должны быть по мере необходимости психотерапевтическими. Психотерапия прибегает как к непосредственному воздействию на самого больного, так и к воздействию на него через окружающих и через обстановку, через другие методы лечения, которым врач может, а весьма часто должен, придать, кроме присущего им непосредственного воздействия на организм, вместе с ним, и психотерапевтическую значимость.

Один из виднейших русских невропатологов, уделявший много внимания психотерапии, М. И. Аствацатуров писал: «Психотерапия представляет довольно трудную задачу. Если в некоторых нередких случаях достаточно однократной беседы с больным или применения какого-либо косвенного внушения, то во многих случаях восстановление душевного равновесия больного требует многих месяцев. Для такой психотерапии со стороны врача требуется большая выдержка, уверенность в себе, умение овладеть доверием больного, а главное — вдумчивое отношение к каждому. Психотерапия не должна принимать характер шаблонного метода; даже совершенно тождественные симптомы требуют различных способов отношения к больному в зависимости от

его общей психической организации, степени его интеллектуального развития, его внушаемости и доверия к врачу.

При применении психотерапии должны приниматься во внимание все факторы, содействовавшие развитию болезни, а так как эти факторы в большинстве случаев многочисленны и разнообразны, то всякий метод лечения, имеющий в виду лишь одну причину и игнорирующий все остальное, должен быть признан нецелесообразным».

Методики психотерапии многообразны. Мы полагаем, что советская психотерапия должна быть построена как единая система лечения, включающая различные научно обоснованные методики в их целесообразном при данных обстоятельствах соотношении. Нами должно быть отброшено характерное для многих зарубежных психотерапевтов признание какой-либо одной методики психотерапии при игнорировании всех остальных и отказе от них.

Высказанный здесь взгляд всегда разделялся ведущими отечественными психиатрами и психотерапевтами.

Особенно широко понимал психотерапию, или «психическое лечение», С. С. Корсаков, относивший сюда устранение сильных раздражителей, правильное, продуманное обращение с больными, использование влияния одних больных на других, лечение трудом, различного рода развлечения, внушение, беседы, упражнения воли и др.

В том же широком плане подходил к использованию методик психотерапии один из виднейших отечественных психотерапевтов Ю. В. Каннабих. Он писал в 1914 г. в своей работе «Циклотимия», что к психотерапевтическим методам следует относить устранение сильных раздражителей, где это показано, использование по мере необходимости стимулирующих факторов несловесного порядка, а также словесного воздействия на больного в гипнотическом состоянии и в состоянии бодрствования, лечение трудом.

Не было у нас и резкого противопоставления методов индивидуальной и коллективной психотерапии, что видно из трудов В. М. Бехтерева, Г. Д. Неткачева, В. А. Гиляровского и многих других авторов.

Широкое понимание метода психотерапии было присуще И. П. Павлову и его сотрудникам (Б. Н. Бирман и др.). Такое понимание психотерапевтического метода характерно и для взглядов большинства современных советских психотерапевтов.

Рядом экспериментальных исследований и клиническими повседневными наблюдениями установлено, что слово подкрепляет воздействие несловесных факторов. Но и слово теряет свою силу, если не находит подкрепления во всем предшествующем опыте человека, на которого оно призвано воздействовать. Самые будто бы убедительные слова врача не будут эффективными, если они противоречат фактам, основным тенденциям личности больного, его принципиальным позициям. И наоборот, непрерывно опираясь на факты, на всю сложную действительность, на собственный опыт больного, учитывая особенности его личности, врач добивается того, что слова приобретают то значение, которое имеет в виду врач. Если слова врача чужды всему прошлому, настоящему и будущему больного, как он их понимает, они не окажут желаемого воздействия.

Говоря о роли словесного воздействия как о важнейшем средстве психотерапии, необходимо учитывать сложность этого воздействия.

Две фразы, как будто содержащие одну и ту же мысль, могут вместе с тем оказывать далеко не одинаковое воздействие на больного. Правильный выбор наиболее нужных и действенных слов в каждом отдельном случае, в каждый данный момент — очень важное условие успешности психотерапии.

Врач может сказать больному: «Не обращайтесь внимания на боли в сердце, не страшитесь их». Но может сказать и так: «Третируйте страхи; ваш враг не сердце, а страх за него, совершенно не обоснованный, относитесь к этим страхам враждебно или лучше иронически». Речь идет об одном и том же, а значение для больного того или иного обращения будет разным.

Слово не только обозначает предмет, действие, качество: оно выражает и отношение говорящего к ним, оно вызывает те или иные эмоции, в той или иной мере побуждает к действиям или, наоборот, приостанавливает, предупреждает их. Все это необходимо учитывать; все смысловые нюансы слова и речи в целом должны быть

правильно использованы врачом в психотерапевтических целях.

Мысли психотерапевта, их формулировка, форма передачи (интонация, мимика и пр.) должны быть подобраны так, чтобы найти наиболее полный отклик у того больного, к которому они адресованы. Ни в коем случае нельзя допустить, чтобы слова, обращенные к больному, допускали разное толкование, могли показаться ему двусмысленными или неясными. Формулировать свои слова психотерапевт (и всякий врач) должен предельно ясно и точно. Это осуществимо лишь тогда, когда врач предварительно отчетливо представит себе конкретную задачу, которая перед ним стоит в его общении с каждым отдельным больным.

Советские психотерапевты не считают возможным применять методики, основанные только на воздействии в гипнотическом состоянии больного или, наоборот, только на воздействии в состоянии бодрствования.

Мы думаем, что основой психотерапевтического воздействия всегда должно быть воздействие на бодрствующее сознание больного. Вместе с тем никак нельзя недооценивать важности и необходимости во многих случаях воздействовать в лечебных целях на частично заторможенную кору головного мозга.

Влияние на бодрствующее сознание наиболее способно обеспечить образование необходимой для успешной психотерапии связи врача с больным, системы их взаимоотношений и одновременно эмоциональное воздействие на больного, воздействие на его интеллект, на всю его личность. Только такое влияние обеспечивает наиболее широкие связи слов врача с опытом больного, с его представлениями, может подготовить больного к разумной переработке сказанного врачом, к наиболее полному освоению его слов, его мыслей.

Недооценив значение своего воздействия на бодрствующее сознание больного, врач нередко теряет важнейшие возможности обеспечить прочность терапевтического эффекта, если он и достигнут. Именно в состоянии бодрствования больного врач может наилучшим образом полностью ознакомиться с больным и его болезнью, а также подготовить его к внушению в гипнотическом состоянии, если оно нужно.

Вместе с тем именно включение гипнотического метода в психотерапевтическую систему в ряде случаев помогает достигнуть быстрого и значительного лечебного эффекта.

Отечественные психотерапевты стояли чаще всего на позиции единства двух указанных способов воздействия на больного, применяемых в различных соотношениях в зависимости от характера заболевания, состояния больного, типа его нервной системы, отношения его к той или другой методике лечения, а также от задач, возникающих в каждом случае перед врачом.

В Западной Европе и в Америке большинство психотерапевтов отрицательно относится к использованию гипнотического метода в целях психотерапии. Такое отношение здесь порождено все еще широким признанием ведущей роли в психотерапии психоанализа и отсутствием подлинной теории гипнотического метода, которую дает лишь павловское учение; это учение сторонники психоанализа, конечно, не могут принять должным образом, не сходя со своих позиций. Все же следует указать, что в последние годы и за рубежом, в частности в США, как видно из публикуемой литературы, значительно возрастает интерес к этой психотерапевтической методике. Большую роль здесь играет растущее разочарование в практической ценности психоанализа и все большее признание идей И. П. Павлова.

Павловское учение не только дает теоретические основания для применения в психотерапии как гипнотического метода, так и метода воздействия на больного в состоянии бодрствования, но и помогает решению вопроса о том, когда и для решения каких задач может быть использован каждый из этих методов. Об этом мы будем еще говорить в дальнейшем, здесь же остановимся кратко на вопросе о значении в выборе той или иной методики отношения к ней больного.

Конечно, недоверие больного к избранной врачом методике, в частности гипнотической, отрицательно сказывается на результатах лечения. С этим необходимо считаться, но все же отношение больного к методу лечения не может во всех случаях быть решающим. Приходится иметь в виду, что оно может быть сложным и наряду с отрицательными компонентами содержать в себе и элементы или возможность их возникновения поло-

жительного отношения. Задача врача, если он считает применение той или иной методики показанным, — подготовить больного к ее применению, помочь ему отбросить, преодолеть отрицательные установки в отношении этой методики и усилить или образовать положительные. В распоряжении врача имеются различные способы повышения подготовленности больного к применению того или иного метода, например повышение гипнотизабильности снотворными медикаментами.

Для иллюстрации понимания отечественными психотерапевтами соотношения различных методик приведем высказывание видного психотерапевта Е. Н. Довбни.

Е. Н. Довбня лечил больную, которая в течение 5 лет страдала истерической астазией-абазией.

Автор пишет: «Большинство врачей говорило больной, что она может ходить; больная пыталась, но получилось то же, что и раньше. Желание пользоваться ногами, как и все люди, у больной было сильное, иногда она и сама пробовала, но, по обыкновению, неудачно. Некоторые врачи — не по Бабинскому, а скорее по собственному разумению, требовали от нее, чтобы она ходила, так как она это может, и, когда больная не ходила, заявляли ей, что она не хочет. Настойчивое требование и обвинение больной, что она не хочет, было в данном случае, как у Бабинского, роль же устрашающей машинки и сильных электрических токов с успехом играла вся обстановка и реакция окружающих на заявление врачей. Но больная все-таки не ходила и, надо думать, не могла ходить. Для актов хождения и стояния, кроме мышечной силы ног, необходимо еще возбуждение соответствующих центров головного мозга. Мало требовать, надо убедить ее сначала, что она может ходить, а потом доказать это... После моего первого гипноза, во время которого я мало участливым тоном говорил ей, что она может ходить и т. д., ожидания мои не оправдались: слова мои не были для больной новы и совсем не убедительны... После же второго и каждого следующего сеанса результаты были очень демонстративны. Перед каждым из следующих сеансов я долго беседовал с больной, убеждал ее, доказывал, объяснял ей механизм и причину заболевания, приводил примеры и т. д., во время же гипноза я повторял то же самое, но более кратко. Позже больная говорила: „Мне ка-

жется, что после разговора с вами я и без гипноза пошла бы, а после гипноза я совсем уже была уверена, что буду ходить". Внушение с убедительными аргументациями в фиксационном состоянии закончило работу убеждения на яву».

Связывая с достаточным основанием возникновение астазии-абазии у разбираемой больной с ее боязнью за беременность, Е. Н. Довбня рекомендовал ей временные меры предупреждения беременности и этим, как он справедливо думал, помог ее выздоровлению.

Мы не предпринимаем разбора приведенного высказывания в его частностях, из которых не со всеми, может быть, следует согласиться.

Столь подробно остановившись на работе одного из видных наших психотерапевтов, мы хотели показать тот подход к построению системы психотерапевтического воздействия, который издавна характеризовал отечественную психотерапию и который остается правильным и в наше время при нынешнем состоянии теории психотерапии, а также отношение к некоторым ложным зарубежным концепциям. Автор цитированной работы в общем верно оценивает наивную и примитивную «психотерапию», строящуюся на простом понуждении больного к преодолению болезни и даже на устрашении. Важно и указание на часто наблюдающееся бессилие простого приказа, отданного больному, находящемуся в гипнотическом состоянии.

В цитированной работе подчеркивается значение поисков врачом пути для временного выхода из ситуации, тягостной для больного (совет применять противозачаточные мероприятия в описываемом случае), силы убеждения, а также правильного соотношения основного смысла этого убеждения с содержанием внушения в гипнотическом состоянии. Внушение в гипнотическом состоянии, находящееся в преемственной связи с ранее проведенным лечебным воздействием в состоянии бодрствования, формулируется более сокращенно; воздействие в состоянии бодрствования больного не отрывается от гипнотического внушения и ему не противопоставляется.

Приведем еще для иллюстрации целесообразности соединения при лечении некоторых больных воздействий в состоянии бодрствования и в гипнотическом состоя-

нии, а также места, какое может при этом занять каждый из названных видов психотерапевтического воздействия, краткое описание лечения одной из больных.

Больная С., 26 лет, девица, бухгалтер. С детства отличалась мнительностью. Несколько месяцев назад отравилась колбасой. После этого болела около месяца — были явления ботулизма. С тех пор все время считает себя тяжело больной. То утверждает, что у нее туберкулез легких, то болезнь сердца и т. п. Страдает запорами, бессонницей, отмечаются кошмарные сновидения; шум в ушах, депрессивность. При первых беседах выясняется, что С. испытывает огорчение в связи с неустроенностью своей личной жизни. Несколько повышено сексуальна. Мы показываем больной письменные заключения терапевтов об отсутствии у нее заболеваний внутренних органов, результаты анализов, объясняем ей нынешнее ее состояние в связи с чертами ее характера и условиями жизни. Говорим, что полностью ручаемся за ее здоровье, что ей ничто не угрожает. Намечаем пути лечения и указываем на необходимость ее активного в нем участия. После этих бесед настроение больной заметно улучшается. Для того чтобы быстрее освободить больную от тяготящих ее отдельных патологических явлений, мы проводим несколько сеансов гипноза с внушением, направленным на эти явления. Быстро ликвидируются запоры, тяжелые сновидения и бессонница, значительно уменьшается шум в ушах. Но больная все еще не уверена в себе. Она боится, что после выписки из больницы, где мы ее лечим, она опять будет себя чувствовать плохо. Мы вновь целиком переводим психотерапию на беседы с больной в состоянии бодрствования, стремясь побудить ее при нашем содействии пересмотреть отношение к своей личной жизни, укрепить в ней надежды на будущее и т. п. Вскоре больная была выписана в хорошем состоянии. Спустя 2 месяца она посетила амбулаторию — состояние остается хорошим.

Анализ подробных записей течения болезни у этой больной и ее лечения показывает, что психотерапевтические беседы сыграли решающую роль в перестройке отношения пациентки к своей болезни и к своей жизни в целом. Под влиянием этих бесед она стала спокойнее относиться к особенностям своей личной жизни, правильно оценивать положительные стороны настоящей ее жизни и также стоящие перед ней жизненные перспективы. Это главным образом и повело к значительному улучшению общего состояния С.

Внушение в гипнотическом состоянии помогло здесь относительно скорее, чем этого можно было бы достигнуть вне гипнотического состояния, ликвидировать отдельные патологические явления. Нельзя сомневаться, что эти успехи внушения в гипнотическом состоянии были обусловлены подготовкой больной беседами.

Присоединение же внушения помогло устранить отдельные патологические явления, облегчило состояние больной, подготовило ее к дальнейшей перестройке, повысило необходимое для успеха психотерапии доверие к врачу и лечению.

Отметим в приведенной истории болезни еще один момент. Соматическое заболевание, оказывая влияние на центральную нервную систему, способствовало выявлению результатов длительного воздействия травмирующих обстоятельств и возникновению невроза. Приведенное наблюдение, таким образом, иллюстрирует не только целесообразность сочетания гипнотической и негипнотической методик психотерапии, но также до известной степени и значение психотерапии в соматической клинике. Весьма часто здесь недоучитывают возможность возникновения, как у больной С., при соматическом заболевании невроза и роли психотерапии в лечении таких больных. Мы совершенно согласны с В. Н. Мясищевым, который писал: «Психотерапия является... одним из существенных средств в системе лечения внутренних болезней, применяясь в различных формах и сочетаниях внушения, гипноза, убеждения, отвлечения, ободрения, разъяснения».

В построении системы психотерапевтического воздействия следует исходить из положения, что психотерапия ни в коем случае не может рассматриваться как метод, обрекающий больного на пассивность. Наоборот, психотерапия должна строиться при неприменном активном сотрудничестве больного с врачом. Конечно, активность больного следует понимать во всем разнообразии степени и формы ее.

Психотерапевт должен стараться обеспечить активное стремление больного выздороветь, преодолеть имеющиеся у него расстройства и их причины, устранить побуждения и мотивы, играющие отрицательную роль, укрепить и усилить положительные и полезные для здоровья больного побуждения и мотивы. Необходимо помнить наряду с психотерапией щадящей, охранительной, с психотерапией поддерживающей и о психотерапии стимулирующей и активизирующей, не противопоставляя чрезмерно одну другой, не отрывая их друг от друга.

Задачи успокоения и активирования в той или иной мере, в тех или иных соотношениях между собой пере-

плетаются. Та или иная форма активности большого веса часто является необходимым и лучшим средством его успокоения. Своевременное успокоение является непременным условием повышения активности больного, без чего мы не мыслим выздоровления.

Самую активность, конечно, было бы неправильно понимать лишь как внешне, двигательно выраженную. Активное стремление больного к выздоровлению или хотя бы к улучшению своего состояния является одной из форм активности и одним из условий, без наличия которых существенные успехи психотерапии невозможны. Психотерапия требует того, чтобы больной был активным и в возможной для него форме и степени деятельным союзником и сотрудником врача, чтобы им руководило побуждение следовать по намеченному врачом при его собственном участии пути.

Как может мешать лечению и препятствовать его эффективности отсутствие у больного стремлений, совпадающих со стремлением врача, иллюстрирует следующий пример, приведенный Дюбуа.

«Больная была упряма... сдаться и оставить свое предвзятое мнение было для нее нравственно невозможно, по крайней мере пока она находилась у меня. Когда она уехала, это стало для нее легко, и она уступила. Но это дурное чувство больные всего чаще проявляют не по отношению к врачу; нет, они не любят признаваться в своем выздоровлении перед родственниками и друзьями, и это довольно понятно. Они боятся, что им придется услышать: «Как, вы в два месяца выздоровели от болезни, тянувшейся годы, и только благодаря психотерапии? Ну, конечно, вы были лишь мнимой больной и давно бы выздоровели сами, если бы у вас было больше характера». Некоторые больные так боятся этих суждений, что намеренно затягивают выздоровление».

В этом высказывании следует обратить особое внимание на то, как трудно бывает даже крупному и опыльному психотерапевту добиться, чтобы больной стремился к скорейшему выздоровлению вместе с ним, чтобы их отношение к лечению и его перспективам совпадали. Вместе с тем мы не можем не усомниться в том, правильно ли анализирует Дюбуа изложенные факты. Явления невроза, конечно, не снимаются полностью сейчас

же после того, как больной занял по отношению к ним более правильную позицию. В приведенном толковании сказывается интеллектуализм концепции автора, недостаточное его внимание к сложности процесса перестройки личности и сознания больного невротом, игнорирование им физиологических основ невроза и выздоровления больных, страдающих последним.

Остановимся на одной нашей больной, у которой мы тоже не могли достигнуть необходимого стремления к излечению.

Больная Р., которую мы увидели впервые спустя почти полтора года после трагической гибели ее единственного сына, была в состоянии тяжелой депрессии.

По словам самой больной и ее родных, она все время, прошедшее после постигнутого ее несчастья, целиком фиксирована на своей потере, говорит почти только о покойном, почти ничего не делает, запустила дом, почти не заботится о членах своей семьи, очень много плачет, постоянно тосклива, спит только после приема снотворных. Резко за это время исхудала, так как очень мало ест. Почти никуда на выходит, ни с кем не встречается, небрежна в одежде.

В прошлом у больной бывали истерические припадки после неприятностей. Семейная жизнь ее внешне благополучна, но, очевидно, не удовлетворяет больную. Можно думать, что поведение больной связано с этой неудовлетворенностью и выражает ее непримиримость с потерей сына на почве этой неудовлетворенности.

В связи с настоящим заболеванием ее лечили уже несколько врачей, рекомендовавших поместить Р. в психиатрическую больницу, от чего она все время категорически отказывается.

В беседе больная отстаивала ту мысль, что она не смеет себя вести иначе, чем ведет. Она высказывает убеждение, что ее поведение — единственно правильная реакция на смерть сына. Вместе с тем Р. явно непоследовательно не возражает против приглашения к ней врачей, т. е. соглашается с тем, что она больна. Внутренние противоречия сказываются и в том, что, не жалуясь прямо на семейную жизнь, она все же о ней говорит, хотя как бы вскользь, отрицательно.

От систематической психотерапии больная уклоняется, может быть, выражая этим как бы и свою обиду на членов семьи, которые, как она полагает, относятся к ней недостаточно хорошо. Единичные встречи с врачами при таком ее отношении к своему состоянию, естественно, не могли быть эффективными. Необходимая в подобных случаях настойчивая систематическая психотерапия, способная перестроить отношение больного к своей болезни, была здесь невозможна вследствие отказа Р. от систематического лечения.

Психотерапевту приходится иногда встречаться с больными, у которых воля, стремление к излечению по разным причинам ослаблены. Часто более полное взаимное знакомство врача с такими больными

помогает соответствующей их перестройке, но для этого необходимо время и хотя бы частичная готовность большого серьезно лечиться.

Приведем еще краткое описание больной, у которой удалось весьма быстро обеспечить вовлечение ее в активное преодоление болезненных явлений.

Больная 56 лет, педагог. Невроз навязчивых состояний. Больна 8 лет. Всегда боялась мертвецов. В начале настоящего заболевания показалось, что при еде что-то у нее застряло в горле. Не могла от этого ощущения избавиться несколько дней. Спустя некоторое время ощущение постороннего тела в глотке вновь появилось и с небольшими перерывами не оставляет больную все эти 8 лет. В связи с этим ощущением больная испытывает страх смерти от удушья. Она многократно обращалась к отоларингологам, которые ей неизменно говорили, что у нее нет никакого постороннего тела. Их заверения не оказывали положительного влияния на больную. За последние месяцы состояние больной значительно ухудшилось: она ест только бульон, пьет чай. Бойтся также переходить улицу. За год потеряла в весе 6 килограммов.

Поступила в клинику. После первой же психотерапевтической беседы решила все есть. Впервые за последние несколько лет стала есть густые супы, мясо и даже рыбу, к которой боялась в течение всех 8 лет прикоснуться. Беседы продолжаются, говорится, что она должна все есть, что мы ручаемся за ее благополучие, что она не должна мучить своих близких отказами от еды. Затрагиваются общие вопросы жизни больной. Спустя месяц после начала психотерапии больная освободилась от страхов, стала есть все без исключения и уехала из Москвы. Психотерапия не была закончена, и спустя год, как мы узнали, наступил рецидив, обусловленный, очевидно, вынужденным ранним перерывом психотерапии.

В успехе (хотя и нестойком) лечения сыграли роль: хороший контакт больной с психотерапевтом, привлечение ее с первого же дня лечения к активному сотрудничеству с врачом для преодоления своих страхов, наличие у больной положительных сонных установок.

Конечно, не всегда так благоприятно складывается лечение. Иногда по тем или иным причинам затруднен контакт больного с врачом, и это, конечно, отрицательно отзывается на ходе лечения.

Бывает, что по разным причинам врач вообще не может непосредственно общаться с больным. В таких случаях психотерапевт может попытаться помочь больному хотя бы через окружающих его людей: указать, как им лучше вести себя с больным, какие создать для него условия и пр. Нельзя пренебрегать и такой помощью.

Мы даже считаем возможным говорить о психотерапии полностью заочной, когда по тем или иным причи-

нам врач не может встретиться с больным, а знакомится с ним лишь через близких к последнему людей, через которых он также вынужден пытаться оказывать больному самую элементарную психотерапевтическую помощь, конечно намечая осторожно весьма ограниченные задачи. Возможны в некоторых случаях попытки психотерапевтической помощи и путем обмена с больным письмами. Нередко писал такого рода письма И. П. Павлов. Но и здесь необходимо остерегаться штампов, механического повторения приемов психотерапии.

Само собой разумеется, что при некоторых формах заболевания, особенно на ранних этапах психотерапии, врачу не приходится ожидать активности больного, а нужно, довольствуясь хотя бы его согласием лечиться, встречаться с врачом, выполнять некоторые его требования. Нередко первой и важнейшей задачей психотерапевта бывает успокоить, ободрить, дать надежду больному, исподволь готовить его к более активному сотрудничеству с врачом, по возможности перестраивать для него в желательном направлении обстановку, условия жизни, режим и пр.

Активное сотрудничество больного с врачом, быстро или постепенно достигнутое, должно сказаться на его мыслях, желаниях, чувствах. Оно должно найти выражение и в его действиях. Эти изменения также служат для врача критерием эффективности его усилий.

Нередко психотерапию необходимо сочетать с настойчивой тренировкой больного. Если он, например, боится ходить по улицам, неправильно было бы одновременно с психотерапевтическим воздействием врача, под влиянием этого воздействия, не требовать от него хотя бы попыток ходить уже на ранней стадии лечения.

Если мы лечим от алкоголизма, вряд ли можно добиться какого бы то ни было успеха, если больной не перестанет уже в начале лечения активно сопротивляться своему влечению. Если больной боится глотать пищу, то в процессе психотерапии (как это было описано выше) врач должен добиваться, чтобы он стал есть по возможности всякую пищу. Нередко такая активная психотерапия требует ее соединения с трудовой терапией, с обучением и т. п.

Можно поставить под сомнение правомерность понятия «самовнушение» (мы полагаем, что большей частью то, что называют самовнушением, есть лишь результат внушения) и особенно наивно-механистически проводимого лечения «самовнушением», но невозможно игнорировать значение активной работы больного над собой (повышение регулирующей роли второй сигнальной системы) под руководством врача в направлении самоизлечения.

Активную деятельность больного не следует понимать, конечно, механически. Такая активность больного в процессе тренировки, «самовнушения» и т. п. должна помочь ему правильно оценивать свои возможности и перспективы, укреплять его волю и правильно направлять ее. При этом врач должен опираться на малейшие достижения больного для дальнейшего продвижения по пути излечения. Правильное понимание врачом значения активности больного на пути к излечению исключает, в частности, такие примитивные и зачастую не только не осуществимые, но и прямо вредные, ничем не подкрепленные и необоснованные «советы»: «Возьмите себя в руки» или «Вы не больны, у вас ничего нет» и т. п. Активность больного, правильное понимание им своей болезни, его работу над собой в целях психотерапии и достижения стоящих перед ней задач надо продуманно организовать, воздействуя и на разум больного и на его эмоциональную и волевую сферу.

Г. Д. Неткачев, пропагандировавший построение психотерапии заикания с привлечением к ней активной работы больного над своей речью и над всем своим поведением, писал, что больной, своей активностью добившийся излечения, будет знать, что здоровье «есть его собственное приобретение — плод труда и энергии — и уже никогда не отнимется от него».

Интересный пример психотерапевтической работы больного над собой мы находим в биографии крупнейшего европейского врача первой половины XVIII века Бургава. Страдая долгое время тяжелыми болями, он себе помогал, заставляя себя напряженно думать о теоретических, глубоко занимавших его вопросах и отвлекаясь таким путем от болей, или же слушая музыку, которую он очень любил, и т. п.

Перед любого рода лечением не всегда может быть поставлена задача полного выздоровления больного. Это, конечно, относится и к психотерапии. Иногда мы даже не можем точно сказать, что такое полное выздоровление. При неврозах, например, после проведенного лечения больной может себя чувствовать, жить и работать, как вполне здоровый человек. А вместе с тем не только новая психотравма, но и соматическое, иногда легкое заболевание или дополнительные жизненные трудности могут повести к рецидиву с восстановлением как будто ранее полностью устраненных патологических явлений. Учитывая это, психотерапию следует, где это возможно, продолжать до тех пор, пока можно будет надеяться на отсутствие опасности рецидива. Она должна быть связана с системой профилактических мероприятий, возможно, предохраняющих больного от рецидивов. При лечении разных больных, а также на разных стадиях лечения каждого больного, перед лечением в целом и перед каждым из применяемых методов, в частности перед психотерапевтическим, могут быть поставлены различные по объему и по значению задачи.

Задача психотерапии может заключаться или в частичном улучшении состояния больного, или в подкреплении эффекта других лечебных мероприятий. Психотерапия может быть в одних случаях единственным и основным методом лечения, в других же случаях основную лечебную задачу должны решать иные, непсихотерапевтические методы. Ограничение задач, решение которых преследует психотерапевтический метод, может быть связано, не говоря уже о наличии соматического заболевания или органического поражения головного мозга, с невозможностью добиться радикальной перестройки личности в силу известной необратимости имеющих изменений, например, у больных шизофренией в стадии дефекта, при тяжелых психопатиях и т. п. Иногда объем психотерапевтических задач зависит от срочности вмешательства, от ограниченности времени, в течение которого можно будет проводить лечение, и пр.

Наряду с задачей излечения больного возникает иногда необходимость облегчить психотерапией страдания, например в связи с болями. Это, особенно при

безнадежном состоянии больного. может в некоторых случаях оказаться единственной реальной задачей врача.

Где такой безнадежности нет, где перед лечением в целом должна быть поставлена задача выздоровления больного, врач может встретиться с необходимостью одновременно с методами и средствами лечения, призванными решать основную задачу, использовать и те методы и средства, в частности психотерапевтические, которые облегчают временные страдания больного или помогают ему переносить основное лечение, если оно трудно переносимо, или усиливают его лечебный эффект. В подобного рода случаях приходится учитывать, что такое облегчение страданий больного сплошь и рядом укрепляет его состояние, облегчает борьбу с болезнью.

Иногда трудно оценить роль, какую играет облегчение болей, бессонницы или беспокойства больного. Нередко такое лечение, устраняющее факторы, истощающие нервную систему больного, приобретает значение воздействия, первостепенного в разрешении основной задачи — излечения больного полностью.

Вряд ли можно, например, оспаривать, что устранение психотерапией той или иной нервной реакции у больного гипертонической болезнью может оказать весьма большое положительное влияние на течение основной болезни.

Иногда психотерапия имеет перед собой лишь две задачи — устранить необоснованное беспокойство больного по поводу своей болезни и всячески смягчить обоснованное. Эти задачи трудно, конечно, отделить от профилактической задачи: не вызвать неосторожными словами и поступками или назначениями, чрезмерно детальной (для больного) диагностикой, прогнозом, исследованием преувеличенную настороженность и беспокойство у больного и членов его семьи, предупредить так называемые натрогении.

В некоторых случаях психотерапия призвана подготовить больного к другому виду лечения. Например, психотерапия может устранить страх больного перед хирургическим вмешательством, которое необходимо, но неосуществимо или трудно осуществимо вследствие этого страха.

Хорошо известно, что страх перед операцией может резко ухудшать общее состояние больного и отозваться как на течении операции, так и на послеоперационном периоде. Напомним лишь в виде примеров о большом лейкоцитозе, нередко наблюдаемом перед операцией, или о бессонных ночах у ожидающих ее больных. Своевременная психотерапия в подобных случаях может вполне себя оправдать.

В ряде случаев непереносимость больным отдельных лекарств и процедур может быть снята психотерапией. Можно облегчить, например, процедуру взятия желудочного сока у людей, трудно ее переносящих. Должно особо отметить большое место, какое в практических задачах психотерапии занимает возвращение больного к труду или повышение его трудоспособности и стимулирование процессов компенсации, где это целесообразно.

Задачи психотерапии врач устанавливает каждый раз в зависимости от состояния больного, от характера заболевания, от той роли, какую именно в болезни этого больного играет кора головного мозга, психика. При многих болезнях те или иные вторичные нарушения высшей нервной деятельности настолько тесно переплетаются с основной болезнью, что лечение основной болезни по существу невозможно без уделения заметного места психотерапии.

Мы исследовали многих больных с различными поражениями лица, которые пострадавшие переносят крайне тяжело и которые вызывают у них своеобразные и тяжелые неврозы. Эти неврозы требуют психотерапевтического вмешательства. Отсутствие его нередко ведет к фиксации на патологических переживаниях и к такой перестройке личности, которая может быть условно определена как психопатизация.

Наш опыт говорит, что у этой группы больных весьма важно самую систему последовательных хирургических операций, обычно необходимых, строго соотносить с психотерапевтическими задачами. Нередко, например, больные под влиянием своих тягостных переживаний требуют от хирурга операций, мало им показанных и не обещающих эффекта. Иногда некоторые хирурги идут на это, вызывая самой операцией и разочарованием после нее углубление невроза. Наряду с

задачей участвовать вместе с хирургом (если последний сам не обеспечивает и психотерапевтической стороны) в определении плана хирургической помощи перед психотерапевтом в таких случаях стоит задача обеспечить правильную оценку больными достигнутых успехов и дальнейших возможностей хирургического лечения, оценку жизненных перспектив, которые ими весьма нередко необоснованно рисуются преувеличенно тяжелыми, оценку неустраненного еще или неустранимого дефекта и т. п.

Мы полагаем, что можно говорить об особой форме неврозов после ампутации. Неврозы в этих случаях, как и в ряде других, являются заболеваниями вторичными, но вместе с тем очень тяжелыми для больного и, к сожалению, часто врачами не учитываемыми. Психотерапию таких неврозов нельзя не рассматривать как сугубо важный момент лечения подвергшихся ампутации.

Бывает полезно и помочь обучению больного владению протезом, и показать ему приспособление к жизни людей, перенесших аналогичную ампутацию, и наметить индивидуальные и пригодные для больного таким неврозом пути трудоустройства, и облегчить фантомные боли, если таковые есть, и т. п. Нет оснований считать психотерапевтическую помощь нуждающимся в ней больным, независимо, конечно, от того, проводит ли ее специалист-психотерапевт или подготовленный к такой врачебной работе травматолог, маловажной или незначашей среди других элементов хирургической и травматологической помощи. Иллюстрации многообразной роли психотерапии можно, безусловно, заимствовать из любого другого раздела клиники.

Из сказанного, мы полагаем, становится достаточно ясным большое разнообразие задач психотерапии применительно к разным больным и места ее в их лечении. Установление реальной, выполнимой задачи психотерапии является особенно важным моментом в применении этого метода лечения.

Приступая к психотерапии, независимо от того, ведет ли ее специалист-психотерапевт или врач другой специальности, в каждом отдельном случае врач должен формулировать не только самому себе, но и больному, где это возможно, задачи, стоящие перед ним и

перед больным, как перед двумя участниками предстоящего лечебного процесса.

Надо остерегаться как преувеличивать, так и преуменьшать эти задачи и связанные с лечением надежды. Очень важная задача врача — при применении любых методов лечения — правильно и оптимистически осветить больному перспективы, стоящие перед ним, показать, что больному должен делать сам, как себя вести, чтобы полнее использовать все имеющиеся у него возможности в борьбе с болезнью. Не соразмеряя свой прогноз с возможностями, преувеличивая перспективы лечения, врач рискует потерять доверие больного, а вместе с ним иногда и надежду даже на частичный успех, которого при более правильном прогнозе можно было бы достигнуть. Переоценка возможностей лечения и отдельных методов его может отрицательно повлиять на лечение в целом, повести к ошибочному построению плана лечения больного.

Наоборот, преуменьшая в общении с больным объем стоящих перед ним задач и недооценивая при этом имеющиеся возможности, врач рискует лишить больного столь важных для успеха его лечения надежд и сделать меньше, чем это на самом деле возможно.

Устанавливая объем психотерапевтических задач, врач, конечно, обязан сопоставить их с возможностями и перспективами других методов лечения. Например, вредно и опасно для больного шизофренией пренебрежение лечением инсулином или аминазином и использование только психотерапии.

При применении специальных психотерапевтических методов следует в ряде случаев сначала лишь осторожно осветить больному перспективы применения этого метода, а затем постепенно раскрывать эти перспективы по мере достижения частичных успехов и опираясь на них.

Доверие больного к лечению растет с этими первыми успехами, что в той или иной степени расширяет дальнейшие возможности психотерапии.

Если обращается за помощью больной с истерическим параличом, то врачу необходимо сначала поставить перед собой задачу снять паралич, а потом уже можно поставить задачу сильного устранения самих истерических механизмов, приведших к параличу, и,

наконец, радикального (более или менее) лечения истерии, с соответствующей перестройкой личности больного в целях предупреждения возможности возникновения новых патологических явлений—припадков, эмоциональной возбудимости и т. п.

Таким образом, при постановке конкретных задач и установлении их очередности от врача требуется большая гибкость. Объем и задачи психотерапии могут варьировать в процессе лечения, изменяться по мере раскрытия особенностей заболевания и индивидуальности больного, условий его жизни, особенностей его нервной системы, выявления результатов лечения.

Большое значение может иметь при активирующем лечении различных больных использование механизма отрицательной индукции. Этот принцип должен найти выражение и в непосредственном применении психотерапевтического метода, и в комбинировании психотерапии с другими методами.

Применяя психотерапию, врач нередко по тем или иным соображениям не прямо (или не только прямо) воздействует на патологически образовавшийся очаг возбуждения, а стремится создать новый сильный очаг возбуждения, который мог бы, как часто говорят, «отвлечь» больного от травмирующего его события, от болевого ощущения, от беспокойства и т. п. Такой очаг не только «отвлекает», но, несомненно, и прочно тормозит последствия психотравмы, патологический очаг в головном мозгу. Конечно, источник этой отрицательной индукции должен обладать рядом свойств: он не должен перегружать нервную систему больного, должен быть подобран в соответствии с особенностями личности больного.

Сошлемся на одно наблюдение специалистов по внутренним болезням, утверждающих, что экстрасистолы «вагусной» природы чаще возникают в покое и исчезают при работе, если условия последней благоприятны для больного. Здесь явно велика роль отрицательной индукции, понимаемой как весьма сложный механизм.

В этом плане следует учитывать и роль лечебного труда. Положительное влияние правильно подобранного и дозированного труда на многих больных особенно хорошо известно психиатрам. Не только специаль-

ный лечебный труд, но и труд профессиональной должен быть учтен в лечебных целях. Не следует спешить с временным освобождением больного, особенно невротика, от работы, а тем более с переводом его на инвалидность. Вместе с тем, где это показано, врач должен помочь больному в наиболее полезной для последнего организации труда. Следует учесть, что иногда болезнь настолько изменяет поведение больного, что он сам создает на работе для себя повышенные трудности, в свою очередь вредно воздействующие на него. Помочь больному ликвидировать этот «порочный круг» — важная задача психотерапевта.

Не только слова, но и поведение врача любой специальности должны быть подчинены психотерапевтическим и психопрофилактическим принципам, чтобы ни в коем случае не вредить больному, а максимально помогать ему. То же следует сказать о поведении всего медицинского персонала и об обстановке лечебного учреждения.

Неприятная обстановка в процедурной и приемной или небрежное отношение персонала к лечению больного могут образовать тормозы, более или менее значительно сказывающиеся на лечебном эффекте. Положительное воздействие всех этих факторов, наоборот, усиливает эффект лечебных мероприятий и дополняет его.

Отсутствие заботы врача и всего медицинского персонала о психотерапевтической стороне лечения сплошь и рядом отражается на результатах лечения: отмечается меньшая его эффективность, фиксация больного на болезненных ощущениях и переживаниях, возникновение и закрепление вторичных невротических наклонений и т. п.

Психотерапевтический момент лечения требует от врача осторожности при назначении лечебных мероприятий и медицинских исследований. Часто вредно влияет на больного, если его заставляют подолгу ожидать процедуры, особенно — серьезной операции или ответственного и трудного исследования. Нередко недостаточно обоснованные назначения врача, излишество в них вызывают беспокойство больного, не обоснованное действительным его состоянием.

Приведем кратко историю болезни, к сожалению, не являющуюся исключительной, чтобы показать вредные

результаты отсутствия у врача психотерапевтического подхода к больному, в частности выразившиеся в неправильном направлении последнего на курорт.

Больной К., 32 лет, мастер завода, всегда несколько мнительный и нерешительный. С детства боится мертвецов, поэтому не мог быть на похоронах не так давно умершего отца, которого очень любил. В декабре 1951 г. внезапно умер от болезни сердца его друг. К. сразу же стал испытывать неприятные ощущения в области сердца: мучило удушье, сердцебиения, часто казалось, что он умирает, и он требовал вызова неотложной помощи. По назначению терапевтов длительно принимал различные сердечные средства, часто получал освобождение от работы. Был направлен в Кисловодск. Находясь на курорте, беспокоился за жену и детей. Здесь его состояние резко ухудшилось: на него тяжело влияло, по его словам, общение с сердечными больными. Вернулся в Москву в состоянии депрессии, был неработоспособен; все время беспокоили ощущения в сердце, боялся один ходить по улицам, часто обращался к терапевтам, вызывал неотложную помощь. Врачи-терапевты его направили в психоневрологический диспансер. Здесь в течение нескольких дней психотерапия (психотерапевтические беседы) сняла все описанные явления. Больной полностью работоспособен, хорошо себя чувствует. Дальнейшее длительное наблюдение показало, что он все время продолжал работать, не обращался за помощью к терапевтам, изредка обращался к нам с жалобами на слабость и утомляемость. Сердце не беспокоит. После бесед с ним его состояние каждый раз улучшалось.

Даже не анализируя здесь сколько-нибудь подробно приведенную историю болезни, мы имеем основание сказать, что больного К. лечившие его врачи долго понимали неправильно, не учитывая происхождения его болезни, ее характера (на рентгенограмме, электрокардиограмме, как и при клиническом исследовании, не было обнаружено органической патологии сердца) и роли коры головного мозга в ней. Длительное время не только не применялась психотерапия, но на больного оказывалось до известной степени «антипсихотерапевтическое» воздействие — поддержка надежд на лечение в Кисловодске, многократные инъекции камфары, «бюллетени», приводившие к закреплению идеи о частичной потере трудоспособности, и т. п. В основе этих ошибок, несомненно, лежит неумение врачей, лечивших К., соотносить болезнь с психикой, с личностью больного, отсутствие психотерапевтического подхода к больному.

Посылка без необходимости на курорт нередко способствует, как было и с К., фиксации больных на их болезни, прививает им или усиливает у них тенденцию видеть себя серьезно больными, когда к тому нет оснo-

ваний. Это меняет всю жизнь больного, перестраивает отношение его к себе и к окружающим, отрицательно влияет на эмоциональную сферу больного, травмирует его.

И другие неосторожные назначения врача могут привести к столь же нежелательным результатам. Например назначение особо суровой диеты может приучить человека жить жизнью больного, постоянно думать о своем здоровье. Кроме того, такая диета создает нежелательный стереотип, определяющий неправильное функционирование органов пищеварения, ведет к вторичным расстройствам.

Нередко смелое расширение диеты, конечно с учетом действительно необходимых ограничений, показывает больному, что он способен справиться с более достаточным количеством пищи, и это благотворно воздействует на его психику, на регулирующие функции коры, и на весь организм.

Дюбуа понуждал своих больных, длительно страдающих функциональными расстройствами кишечника и годами находящихся на голодной диете, обильно питаться. Больные при поддержке Дюбуа убеждались, что их желудок и кишечник вполне способны справляться с обильным питанием, и это помогало устранению беспорядков в функциях органов пищеварения, а также приводило к значительному общему улучшению их состояния.

Так же как и при невротических расстройствах кишечника и желудка, у ряда больных следует проводить лечение и при неврозах с функциональными расстройствами сердечной деятельности. Если для первых необходимо расширение диеты, то у последних следует постепенно расширять и увеличивать нагрузку на сердце, учитывая его состояние. Неправильно назначенный режим ограничения нагрузки нередко ведет к неврозам, которые могут справедливо быть названы иатрогенными. Конечно, при наличии таких нарушений психотерапия должна быть направлена не только на эти симптомы невроза, но и воздействовать на всю личность больного с ее патологическими изменениями.

Приведем случай безответственного запугивания больного врачом. К сожалению, такие случаи иногда еще отмечаются,

К нам обратилась молодая женщина с первой беременностью. У нее компенсированный порок сердца. Вначале в консультации ей не предлагали прервать беременность, на седьмом же месяце сочли необходимым предупредить, что при родах придется накладывать щипцы, что опасно при плохом состоянии ее сердца. Это тяжело повлияло на женщину. Родила она благополучно, но у нее не доставало молока, что весьма осложнило ее жизнь. Вполне вероятно, что это было следствием описанной психотравмы.

Столь грубые ошибки в поведении врача, конечно, недопустимы. Предупреждение беременной об угрожающей ей опасности не было здесь связано с какими-либо профилактическими рекомендациями, не имело никакого положительного значения, а психотравму нанесло. К счастью, такие грубые ошибки не столь часты. Более часты менее грубые ошибки, но все же способные повредить больному, травмировать его.

Нередки еще случаи недооценки врачами возможности психотравмы в результате недифференцированного обращения с больными, различными по складу личности.

Некоторых больных врач может травмировать неосторожной отрицательной характеристикой лечения, ранее назначенного другим врачом. На мнительного больного может травмирующе повлиять частая смена назначений. Каждому больному следует освещать его болезнь, назначать исследования и пр., учитывая особенности его личности. Врач самым серьезным образом должен считаться с особенностями личности больного при всех своих назначениях, при своих высказываниях и пр.

Необходимо правильно оценивать характер больного, его отношение к своей болезни, его чувствительность, и в возможном соответствии с этими индивидуальными особенностями говорить с больным, назначать ему лечение и режим, опрашивать его, информировать его о прогнозе и диагнозе и т. п.

При недостаточно внимательном отношении врача к психике больного, к особенностям его личности самая совершенная как будто форма медицинской помощи может иногда принести вред. Так, врачи нетложной помощи изредка, чрезмерно считаясь с жалобами больного

неврозом, делают ему инъекции камфары, нанося этим несомненный вред.

И. П. Павлов отмечал, что «психиатру необходимо быть психологом, хотя бы эмпирическим». Мы полагаем, что в настоящее время правильно сказать, что каждому врачу необходимо быть вооруженным психологическими знаниями, быть подготовленным к тому, чтобы уметь «формулировать явления субъективного мира» (И. П. Павлов) и учитывать эти явления в своей работе.

Психотерапия требует в качестве обязательного условия возможно глубокого знания врачом больного и его болезни. Вместе с тем самая возможность высказаться, отношение врача к тому, что говорит больной, имеют уже огромное психотерапевтическое значение.

И когда психотерапия играет лишь подчиненную роль, например при лечении тяжелых соматических больных, врачу не следует упрощенно, по одной определенной схеме представлять себе переживания больного и свои обязанности, в связи с этим пред ним стоящие. Такие больные могут быть подавлены физическими страданиями, страхом возможной боли, опасениями за свое будущее, тревогой за порученное им дело или за семью. Иногда причиной их подавленности являются в немалой мере те или иные воспоминания, возникшие в связи с болезнью. Важную роль в страхах, тревоге, угнетенном настроении может играть нарушение динамики нервных процессов в головном мозгу, возникшее рефлекторно, через импульсы от пораженных болезнью органов. Не ориентируясь достаточно в состоянии нервно-психической сферы больного, в причинах ее изменения, врач далеко не всегда сумеет правильно отнестись к нему.

Одни больные, например, несколько повышенное внимание к ним врача и всего медицинского персонала могут воспринять как грозный признак, другие особенно тяжело воспринимают недостаточное проявление к ним внимания. Одним больным ни в коем случае не следует сколько-нибудь подробно объяснять их болезнь. Для других такое объяснение, умело сделанное, весьма полезно. К одному больному нельзя допускать посетителей, для другого, поскольку позволяют обстоятельства, это очень желательно.

Врачу любой специальности приходится считаться с тем, что при лечении многих больных психотерапия становится не только подсобной, но основной, важнейшей, а может быть, и единственной его задачей. Последнее, например, может относиться как к безнадежному больному, так и к больному, в основном страдающему от своей мнительности.

Решение задач, стоящих перед психотерапией, должно по возможности укладываться в ограниченное время. Это важно не только потому, что дорого время как врача, так и больного. Затягивание лечения без особой надобности грозит создать у больного установку на постоянную поддержку врача и на снижение собственной самостоятельности, создать фиксированную привычку рассматривать себя как больного. Чрезмерно затянувшееся лечение нередко истощает терпение больного, вызывает его разочарование в применяемом методе. Иногда при этом больной отказывается от лечения с вредом для себя.

Но представляет известную опасность для устойчивости результатов лечения и слишком раннее прекращение врачом связи с больным. Для многих больных, пользовавшихся лечением, особенно психотерапией, в стационаре, в условиях отрыва от обычных условий жизни, крайне важно, хотя бы недолго, продолжать лечение и после выписки. Возвращение к прежним условиям жизни может породить трудности, с которыми больной не справится. Поэтому следует еще на некоторое время обеспечить ему поддержку и помощь врача.

При психотерапии, занимающей значительное место в лечении больного, особенно при неврозах, не всегда легко решить вопрос об успехе лечения.

Нередко приходится наблюдать как переоценку, так и недооценку эффекта лечения как врачом, так и самим больным и его близкими.

Устранение симптомов, отсутствие жалоб у больного на свое состояние нередко не гарантируют от быстрого наступления рецидива. Но бывает и так, что больной-невротик уходит от врача как будто недолеченным, а в самом скором времени выздоравливает. Вспомним больную Дюбуа, о которой мы писали выше (стр. 90).

Результаты психотерапии необходимо тщательно изучать. Они должны расцениваться врачом на основе

глубокого ознакомления с динамикой переживаний больного, с его отношением к своей болезни, к тому, что его травмировало прежде и пр. Ценно, где это возможно, исследовать высшую нервную деятельность, биотоки мозга, вегетативные реакции и пр.

Психотерапия не должна проводиться по трафарету — этот метод особенно требует индивидуального подхода к больному.

С одним больным психотерапевт должен быть требовательным и категоричным. Иногда бывает уместна, например, угроза прервать лечение при несоблюдении больным требований врача. Требовательность особенно необходима при лечении психопатов, алкоголиков и наркоманов, а также больных с неправильными установками. Другие больные нуждаются в большой мягкости обращения. Последнее относится главным образом к больным робким и сенситивным, к больным со свежей и тяжелой психотравмой.

По-разному должны строиться взаимоотношения больного и врача на разных этапах болезни и лечения. В известной мере характер этих взаимоотношений определяется и некоторыми особенностями врача. Например, пожилой врач может себя вести с больным не так, как молодой врач. Играет роль авторитет врача как зарекомендовавшего себя специалиста. Приходится считаться и с полом врача и больного. Вообще вопросу о характере взаимоотношений врача с данным больным должно быть уделено серьезное внимание. Строить их врач должен с учетом всех условий, при которых осуществляется лечение. От врача всегда требуется большой такт.

Психотерапевту, да и всякому врачу, следует серьезно продумать вопрос о частоте обращений больного к нему. Некоторым больным вредна возможность чрезмерно часто обращаться к врачу.

Одних больных, склонных недооценивать заботы о своем здоровье и необходимость лечения, следует всячески побуждать к этому; с другими же, склонными к фиксации тревоги за свое здоровье, нужна другая линия поведения — обоснованная регламентация обращений к врачу. Таких больных нельзя часто посещать на дому, им должны быть запрещены чрезмерно частые обращения к врачам. Особенно желательно не

допускать обращения без нужды к разным врачам. Конечно, указанные ограничения можно вводить с большой осторожностью, на основе глубокого знания больного.

Очень важно, чтобы больной, особенно невротик, возможно меньше говорил о своей болезни с кем-либо, кроме врача, у которого лечится. Если этого нельзя обеспечить, то следует всячески добиваться, чтобы окружающие своими словами, своим поведением не вредили, а помогали психотерапии.

Конечно, оценка больным травмирующей ситуации, своей болезни и пр. может не совпадать с той, которую дает врач. Больной может в ряде случаев без трудностей принять концепцию врача. Иногда же концепция больного и концепция врача в той или иной мере противоречат друг другу и столкновение их может вести к конфликту. И врачу часто приходится ставить перед собой вопрос о том, в какой мере, когда и как можно пойти на такой конфликт с больным, на обострение ситуации для успеха психотерапии. Для этого важно правильно выбрать время.

В одних случаях врач может сразу же решиться на более острое выявление противоречия между концепцией больного и тем своим пониманием заболевания, которое он считает необходимым передать пациенту в целях успешного его лечения. В других случаях придется до возможной и принципиально приемлемой степени, особенно в начальном периоде лечения, представлять больному эти разногласия смягченно, допускать известный временный компромисс с установками больного, чтобы хоть частично облегчить его состояние.

Если можно так выразиться, в палитре психотерапевта и каждого врача при обращении его с больным должно быть множество различных красок, и пользоваться ими он должен на основе глубокого знания больного, не стесняясь по мере накопления опыта общения с данным больным несколько менять характер своего воздействия на него, если это необходимо.

Во всех случаях, при всех обстоятельствах врач обязан быть внимательным к больному. Не может быть допущено пренебрежительное отношение к его жалобам, недопустимы также попытки безапелляционного прини-

жения значения того, что больного беспокоит. Уважение к больному, чуткость, тактичность, неизменное сочувствие ему — обязательные условия работы врача.

Мы решительно отвергаем мысль об особых требованиях к типу личности врача, применяющего психотерапевтические приемы, идет ли речь о гипнотическом или другом методе лечения.

От врача-психотерапевта, конечно, должно требовать высокого уровня общей культуры, принципиальности и такой формы поведения, которые способны поддержать в больных подлинное уважение и доверие к нему как к врачу и человеку. Психотерапевт должен обладать большой врачебной компетентностью и, безусловно, особенно хорошо ориентироваться в вопросах своей специальности.

Собственный психотерапевтический опыт врач должен непрерывно анализировать. В процессе этого анализа успехи и неудачи психотерапии следует связывать с их причинами, в частности с теми, которые обусловлены поведением самого врача, примененными методиками. Материал этого анализа служит врачу для постоянного совершенствования в психотерапевтической его деятельности, в умении правильно ориентироваться в психологии больного и в соответствии с ней строгить свое поведение, психотерапию.

Психотерапевтический опыт всякого врача, а не только психотерапевта-специалиста должен развивать в нем врачебный такт, терпеливое отношение к больному, гуманность, подтянутость, самоконтроль, неизменную благожелательность. Этот опыт должен все более делать личность врача соответствующей высокому его долгу.

А. М. Горький писал, что «велика магическая сила слова, оживленного любовью». Больной должен быть уверен, что его страдания не безразличны для врача, что врач сочувствует ему, глубоко заинтересован в его выздоровлении или облегчении его страданий. Даже строгость, иногда необходимая в отношениях врача к больному, должна быть согрета теплым чувством. Воздействие на эмоциональную сферу больного — весьма важная сторона психотерапии. На эмоции же следует воздействовать эмоционально. В психотерапии разумное ядро должно быть согрето эмоцией, а эмоции врача должны быть проникнуты разумом, строго под-

чиняться поставленной задаче лечения, не выходить за пределы этой задачи.

И. П. Павлов указывал, что «нервная терапия» может пользоваться ограничением внешних раздражений. Об этом, конечно, необходимо помнить при психотерапии. Устранение сильных для данного больного раздражителей на определенное время, несомненно, может действовать нормализации корковой динамики его.

Иногда полезна изоляция больных-невротиков в стационаре для того чтобы оберечь их, хотя бы временно, от непосильных для них раздражителей, от отрицательно воздействующих влияний. Здесь обычно к тому же и более возможны регулярные и более частые встречи психотерапевта с больным. Наиболее подходящим типом стационара для страдающих неврозами следует считать учреждение типа профилированного санатория. К сожалению, у нас таких учреждений еще недостаточно.

Вместе с тем приходится учитывать, что стационарирование невротиков, особенно в больницах, имеет и ряд отрицательных сторон: отрыв от обычной среды, привычной работы, домашней обстановки и привычного режима, возможность фиксации на болезни, отрицательное влияние других больных и т. п.

Нередко приходится наблюдать, что больные в стационаре почувствовали себя хорошо, а выписавшись или даже при намечающейся выписке начинают чувствовать себя хуже. Такое течение болезни говорит, конечно, о серьезной неудаче; в процессе лечения нельзя ни на минуту забывать, что больной лечится для возвращения в обычную обстановку.

Также в целях временного уменьшения нагрузки на нервную систему при амбулаторном лечении иногда приходится освобождать больного от работы. К признанию временной нетрудоспособности, а тем более инвалидности особенно в связи с функциональными и психогенными расстройствами центральной нервной системы следует подходить с сугубой осторожностью.

Часто для устранения сверхсильных для такого больного раздражителей рациональнее ставить задачу ослабления силы этих раздражителей или их временного устранения без изоляции в стационаре, путем освобождения от работы. Конечно, необходимо учитывать,

что сила раздражителя не зависит в основном от его физических свойств (громкие звуки, яркий свет и пр.), а в большей мере от того значения, которое он приобрел для больного, став в силу тех или иных причин ему неприятным, и т. п. Перед психотерапевтом в связи со сказанным возникает следующая задача: перестроить отношение больного к травмирующим его обстоятельствам или перестроить, где это возможно, эти обстоятельства. Нередко, конечно, приходится сочетать оба момента.

Особенно большое значение имеет перестройка отношения к травмирующим обстоятельствам.

Должно учитывать, что психотравма всегда представляет сложную систему. Отдельное обстоятельство наносит психическую, патогенную травму в силу того, что оно падает на индивидуальную почву, на особенности личности, образовавшиеся в результате прежних переживаний, в связи с общей ситуацией, создавшейся для субъекта. Психотерапевт не может эффективно воздействовать на психогенные расстройства, не учтя сложной обусловленности психотравмы.

Психотерапевт не может пытаться отрывать субъективное от объективного — отношение больного к окружающему от той действительности, которую он тяжело переживает, к которой он болезненно относится, которую, может быть, в той или иной мере даже сам создает (в силу раздражительности, подозрительности и пр.). Перестроить отношение больного к той или другой стороне действительности можно лишь стимулируя его к тому, чтобы он стал активнее относиться не только к ней, но и к самому себе.

Неврозы, как правило, характеризуются снижением активности больного (снижением силы или перестройкой побуждений) в отношении к окружающему, взятому в целом, или избирательно — к отдельным обстоятельствам. В процессе психотерапии необходимо заставить больного преодолевать такое снижение активности.

Если травмирующие больного обстоятельства не должны или не могут быть изменены, то психотерапия должна помочь ему переоценить эти обстоятельства, установить к ним иное отношение. Больной должен с помощью врача увидеть в них то положительное или

обнадеживающее, чего он до сих пор в них не видел, или, наоборот, врач должен стремиться убедительно показать больному, что то, что он в них как будто видит, на самом деле не существует, не присуще им, не имеет того значения, которое больной им придает. Если это нужно и возможно, следует побудить больного активно воздействовать на неблагоприятно сложившиеся обстоятельства.

Если обстоятельства действительно непоправимо тяжело сложились для больного, психотерапия должна пойти по линии выработки компенсаций и замещений в жизни больного в его интересах и потребностях. Если мать потеряла ребенка и на этой почве возникло реактивное заболевание, то перед психотерапией стоит задача вместе с успокаивающей, тормозящей терапией также содействовать больной в активной перестройке ее интересов, в перестройке их соотношения так, чтобы новые или усиленные очаги возбуждения могли в порядке индукции оказать тормозящее действие на патологический очаг с целью создания новой доминанты.

Матери нельзя вернуть потерянное дитя. Но может облегчить ее горе сознание долга ее перед детьми, оставшимися в живых, перед мужем, перед обществом, возможное переключение ее внимания на то, что сохранилось для нее в жизни после понесенной утраты и в чем она сумеет проявить свою активность.

Нередко реакция на изменение обстоятельств связана с неправильной оценкой больным ситуации, известной переоценкой им значения для него того, что потеряно, и недооценкой того, что сохранилось. Здесь задача врача в основном состоит в том, чтобы помочь больному по возможности переоценить потерянное и сохранившееся. Не всегда, конечно, целесообразно ставить перед собой такую задачу при наличии острой реакции, когда больной может оказаться еще не в силах пойти по этому пути. Приведем пример неудачного лечения больной, не подготовленной к тому, чтобы полностью переоценить травмирующую ситуацию, преодолеть ее с помощью врача.

Больная У., 46 лет, вдова, педагог с высшим образованием, обратилась за помощью. Она была всегда нервной, раздражительной, плаксивой. Но никогда до последних лет особенности ее нерв-

ной системы не мешали ей вести нормальную жизнь. Она очень дружно жила с покойным мужем, была на хорошем счету в школе как педагог. Года три назад у нее возникла интимная связь с товарищем педагогом, работающим с ней в одной школе. Этот человек моложе ее, женат, имеет детей, семьей дорожит. Уже года полтора он явно стал тяготиться связью с У., делал попытки эту связь порвать, но наталкивался, как это можно было выяснить со слов больной, на ее сопротивление. Отношения ухудшались. В последнее время, по словам У., любимый ею человек стал вести себя с ней грубо, умышленно компрометирует ее перед товарищами. У. воспринимает это крайне тяжело, но не в силах прекратить ставшие столь ненормальными отношения. У нее было несколько тяжелых истерических припадков, в прошлом не случавшихся, несколько раз она была вынуждена прервать урок и в слезах выбежать из класса. К ней стали неодобрительно относиться и педагоги, и учащиеся.

К нам больная пришла в тяжелом состоянии, прося срочной помощи. Она говорит, что если не сумеет освободиться от своей ставшей бессмысленной и прямо опасной для нее привязанности, то «сойдет с ума» и во всяком случае, что весьма правдоподобно, потеряет возможность работать педагогом.

Учитывая, что больная как будто правильно оценивает создавшуюся тяжелую для нее ситуацию, но не может справиться со связанными с ней эмоциями, а также тяжелое состояние больной, мы попытались в основном пойти по линии внушения в гипнотическом состоянии. Мы понимали, насколько опасно воздействовать внушением на такого рода привязанности, судьба которых должна, конечно, сознательно разрешаться самим больным. Но здесь, казалось, обстоятельства допускали применение такого внушения. К тому же больная очень настойчиво просила именно такого метода лечения, возлагая на него все свои надежды, как она говорила. Помощь была необходима здесь срочная ввиду сложности и прямой опасности ситуации для больной.

Но с самого начала мы убедились в тщетности наших попыток: при первом же усыплении У. прервала гипнотическое состояние бурным истерическим припадком. Она приходила еще два раза. Несмотря на то, что больная была введена в глубокое гипнотическое состояние, она явно проявляла сопротивление внушению (дрожание, кашель), которое мы с трудом гасили. В третий раз больная жгтовалась, что ей стало еще тяжелее. Проведенная беседа не принесла существенного улучшения, и У. больше не приходила. Попытки продолжать связь она не прекратила, как это мы потом узнали.

Больная оказалась не подготовленной к тому, чтобы пойти по внушаемой нами и ею же самой как будто добровольно избранной линии. Здесь необходимо было выяснить полнее причины и характер патологически проявляющейся привязанности, добиться глубокой и стойкой переоценки больной создавшейся травмирующей ситуации. Она должна была бы в процессе лечения прийти к убеждению, что все равно существовавшие ранее отно-

шения, безусловно, безвозвратно ею потеряны, что, затянув их на некоторое время, она растратит здоровье и завоеванное ею большой трудовой жизнью уважение товарищей и учеников, потеряет возможность работать на любимом поприще. Вероятно, следовало бы глубже остановиться на соотношении ценностей того, за что она борется, и того, что она при этом безнадежно теряет. Мы этого не успели сделать, так как больная прервала лечение.

Но можно думать, что мы и неправильно начали ее лечение. Очевидно, следовало начать с менее решительного и требовательного внушения, следовало притормозить истерические реакции, успокоить больную, перестроить хотя бы частично ее поведение, а потом уже, смотря по обстоятельствам, продвигаться дальше. Прочного эффекта лечения нельзя было, вероятно, здесь достигнуть без того, чтобы ситуация не была при активном участии больной решительно изменена. Но больную надо было привести в такое состояние, когда это стало бы для нее осуществимым.

В тех случаях, когда психотерапия должна не ограничиваться перестройкой отношения больного к ситуации, а содействовать и активной перестройке ситуации самим больным (а иногда и другими людьми — родственниками, товарищами по работе), врач не всегда может уклониться целиком от участия в этой перестройке, врачу приходится не только давать советы больному, но и поговорить с членами семьи и указать им на их обязанности по отношению к больному, иногда целесообразно помочь больному перестроить в известной мере условия его работы. Советский врач, конечно, в своих действиях всецело руководствуется нормами морали нашего общества, сознанием обязанности советского гражданина. При необходимости изменить условия работы от врача требуется особенно большая осторожность и большой такт. Советы его и еще больше действия не должны выходить за пределы врачебной компетенции и должны быть тщательно соотнесены с состоянием, с подлинными стремлениями больного и имеющимися у него возможностями перестройки, а также с интересами окружающих и дела, с которым связано поведение и болезнь пациента, с общественными интересами. Указывая на то, что именно в ситуации, в обстоя-

тельстввах может вредить здоровью больного, врач должен остерегаться прямо подсказывать решения, к которым больной еще не подготовлен. Врач особенно должен остерегаться решать за больного, если больной по своему состоянию вообще не способен еще решать (например, в реактивном состоянии). Конечно, мы здесь не говорим о меропрятиях, неотложных и жизненно показанных.

При наличии у больного нужной и полезной решимости врач может и более непосредственно воздействовать на ситуацию, сложившуюся для больного, в интересах его здоровья, поддержать его в его правильных требованиях. Такая поддержка не только помогает выравниванию ситуации, облегчению ее для больного, но укрепляет также влияние врача на него и усиливает эффективность психотерапии.

Здесь уместно вспомнить описание в книге Б. Полевого «Повесть о настоящем человеке» заботы о товарищах, которую неизменно проявлял комиссар. Когда лежащие с ним в одной палате больные особенно мучительно переживали свое состояние, он организовал доставку им писем, что действительно чудодейственно изменяло их настроение. Комиссар имел полное право сказать по этому поводу медицинской сестре: «Мое-то лекарство куда лучше, чем все ваши люминалы и вероналы». Действительно, такое «лекарство» вполне пристало и врачу, конечно, не в буквальном смысле — врачу не годится, может быть, давать такие письма больному, но подражать здесь надо заботе о душевном состоянии больного. Вообще надо сказать, эта книга имеет все основания служить во многих отношениях руководством для советских психотерапевтов, а также служить непосредственному психотерапевтическому воздействию на многих больных при ее чтении ими.

Как правильно подмечено писателем, забота о настроении больного должна играть большую роль в уходе за ним и быть предметом внимания как врача, так и среднего и младшего медицинского персонала и, конечно, близких больного. Врачу следует соответствующим образом организовать среду больного.

Говоря о воздействии в психотерапевтических целях на окружающую больного обстановку, следует указать, что наряду с общими требованиями к ней, соблюдение

которых важно и необходимо при лечении любого больного, должно учитывать и индивидуальные моменты. Всякая попытка сделать это по трафарету может привести к результатам, противоположным желаемым. То, что для одного человека трудно и нежелательно, для другого таким отнюдь не является.

Одно из важнейших условий успешного лечения — это правильное отношение больного к своей болезни. Неправильное отношение может явиться серьезным препятствием для лечения, и не только специально психотерапевтического, поэтому врач должен всячески стремиться достигнуть его перестройки. Там, где такая задача поставлена, ее необходимо решать методами психотерапии при любом заболевании. Врач любой лечебной специальности не имеет права не разъяснить своему больному в должной (целесообразной) мере характер его болезни, прогноз, характер лечения и исследований.

К сожалению, далеко не всегда это требование должным образом соблюдается. Нередко еще врач предоставляет больному возможность строить совершенно неправильные догадки о своей болезни или же спрашивать о ней некомпетентных людей, рыться в медицинских книгах. И так бывает не только с особо мнительными больными, которых надо лечить от этой повышенной мнительности и тревожности. Больной ищет иногда ответа на вопрос, относящийся к его болезни, потому что врач ему ничего не объяснил и повел себя так, что больной и не надеется получить у него нужные объяснения. Такое положение, конечно, должно быть признано нетерпимым и вредным для больного, для его лечения, а также для авторитета советского врача.

Если врач не может точно ответить на все вопросы, возникающие у больного, он должен и это объяснить ему, всячески сняв все возможности для возникновения необоснованного и нежелательного беспокойства. Должно быть признано совершенно недопустимым умалчивание врача о том, что волнует больного. Не имеет права врач заставить больного лишь догадываться о его (врача) мнении о болезни. Мнение врача должно быть своевременно и соответственным образом сообщено им больному. Мы уже не говорим о недопустимости неосторожных высказываний врача на этот счет, способных вызвать у больного пессимистические настроения.

Высказываться следует возможно более оптимистично, нельзя, конечно, сообщать больному худшие предположения или наиболее тяжелую правду, и вместе с тем врач должен формулировать свои высказывания так, чтобы не вызвать у больного к себе недоверия. Высказывания врача должны быть убедительными. Врач любой специальности обязан позаботиться о том, чтобы больной имел соответствующее интересам его лечения представление о своей болезни и перспективах лечения.

Особенно больные со слабым типом нервной системы, по своему характеру мнительные и тревожные, требуют соответствующего воздействия. Страх смерти, инвалидности, душевной болезни нередко тяжело осложняет у них течение заболевания. Наряду с лечебным воздействием на эти патологические переживания врач обязан уделять серьезное внимание профилактике таких расстройств, опять-таки наиболее тщательно у больных, особенно к ним предрасположенных.

Крайне важно, чтобы и окружающие больные выражали положительное отношение к лечению, к прогнозу врача. Они должны поддерживать каждого находящегося среди них больного. Очень важно проводить коллективные беседы с больными стационаров и амбулаторий, инструктирующие их в этом направлении.

Как недостаточное внимание близких к больному и его болезни, так иногда и преувеличенное внимание окружающих может отрицательно повлиять на его состояние.

Важно, чтобы окружающие по возможности создавали такую обстановку, которая наиболее благоприятствовала бы лечению и была согласована с планом лечения, разработанным врачом.

Врачам, преимущественно терапевтам и хирургам, приходится встречаться и с больными, для которых характерно пренебрежение к болезни, склонность не соблюдать врачебные предписания. И такое отношение к болезни требует внимания врача. Оно бывает, в частности, нередко у алкоголиков и вообще у наркоманов и у ряда больных с органическими поражениями головного мозга. Такого рода больные могут скрывать (алкоголики, наркоманы) проявления своей болезни от врача или же (при органических заболеваниях) не осознают их или не могут рассказать о них. Психотерапия

здесь связана с необходимостью особо подчеркнуть опасности, стоящие перед больным.

Следует сказать и о так называемой «установке на болезнь», когда больной обнаруживает тенденцию не выходить из состояния болезни, когда состояние болезни создало известного рода стереотип, который больному трудно преодолеть, и у него создалась таким образом зафиксированность болезненного самочувствия.

Патологическую «установку на болезнь» И. П. Павлов понимал как выражение слабости коры головного мозга. Упоминая об устанавливаемом клиницистами среди других состояний истерии явления «бегства в болезнь», «воли к болезни», И. П. Павлов рассматривал его как выражение свойственной этим больным слабости нервной системы. Можно думать, что нередко такого рода явления на известном этапе болезни фактически являются выражением охранительного торможения.

Патологическая инертность корковых процессов также может оказаться серьезным препятствием для перехода от состояния болезни и форм жизни, с ней связанных, к иным формам жизни и деятельности — к жизни и деятельности здорового человека.

Фиксированная болезненная установка может быть связана с тяжелыми переживаниями в быту или на работе, если они имели место.

Иногда «установка на болезнь» является выражением невольного и неосознаваемого или не вполне осознаваемого стремления продолжать пользоваться некоторыми преимуществами, предоставляемыми больному, например, большим по сравнению с обычным вниманием. Иногда она является выражением желания уйти от тех или иных трудностей. Все это особенно характерно для психопатических личностей.

На подобные состояния обращали внимание и писатели. Замечательно характеризовал такого рода людей М. Горький. Горький писал: «Есть же люди, для которых самым ценным и лучшим в жизни является какая-нибудь болезнь их души или тела. Они носятся с ней все время жизни и лишь ею живы. Страдая от нее, они питают себя ею, они на нее жалуются другим и этим обращают на себя внимание ближних. За это взимают с людей сочувствие себе, и кроме этого у них нет ниче-

го». Конечно, такие состояния для нашей страны, нашего общества теперь нехарактерны и могут наблюдаться весьма редко.

Даже в тех случаях, где в картине заболевания отчетливо выступают тенденции к преувеличенным жалобам, врач не должен пренебрегать ими, отрицать их значение. Если пациент не просто по тем или иным осознаваемым им мотивам явно притворяется больным, врач должен относиться к нему, как к больному, с полным доверием и сочувствием. Даже отдельные элементы притворства ни в какой мере не могут быть доказательством симуляции и отсутствия болезни. Например, у истеричного больного некоторые необоснованные жалобы вполне возможны под влиянием подлинных нарушений высшей нервной деятельности. Некоторые больные шизофренией «притворяются» из бредовых соображений. Врач должен подойти ко всем этим проявлениям болезни, если она есть, как к такому, различая их только по их большей или меньшей доступности влиянию психотерапевтического метода или других методов лечения.

Расскажем кратко об одном находившемся под нашим наблюдением больном, с характерной «установкой на болезнь».

Больной — художник по профессии, квалифицированный специалист — был ранен на фронте. При ранении у него тяжело пострадало лицо. Значительно выраженных явлений травмы головного мозга не было, но все же при ранении, несомненно, имела место и контузия. Ранение лица резко снизило функции дыхания. Больной тяжело страдал главным образом в связи с деформацией лица.

В соответствии с требованиями хирургического лечения больной длительное время находился в стационаре в Москве, где проживала и его семья — жена и трое детей. С семьей и до ранения, и после него у больного были прекрасные отношения. Жена и дети больного длительное время живут на пенсию больного и на очень небольшой заработок жены. При этом жена регулярно тратит значительную часть средств на покупку мужу изысканной еды, которой широко снабжает его, пополняя получаемое им в лечебном учреждении и вообще вполне достаточное питание.

У больного были возможности, не прерывая лечения в стационаре, выполнять некоторые заказы и улучшить, таким образом, материальное положение семьи, но он от этого категорически отказывался, мотивируя свой отказ плохим самочувствием.

Весь поглощенный мыслями о дефекте лица и о ходе лечения, непрерывно следя за состоянием своего лица, почти не расставаясь с зеркалом, больной не в состоянии был переключиться хотя бы временно на труд.

Фиксация внимания на болезни, образование застойного очага раздражения в коре головного мозга повлекли за собой возникновение вокруг него в силу отрицательной индукции обширной зоны торможения.

Психотерапевт, содействуя образованию новых оцениваемых им положительно очагов возбуждения, способствует развитию торможения в патологически возникшем очаге. В этом отношении, в частности, огромное значение приобретает лечение трудом.

Фиксирование внимания на болезни, как это видно и из приведенной истории болезни, бывает у больных неизбежно связано с изменением их отношения к окружающим, к своим обязанностям; болезнь при этом меняет характер тенденций личности, ее интересов и потребностей. Терапия должна стремиться восстановить их, насколько возможно, а если это невозможно, добиться их новой наиболее желательной структуры.

Так, например, для упомянутого художника долг отца и мужа должен приобрести в результате лечения значение большее, чем собственная внешность. Психотерапевт должен стремиться помочь этому больному в том, чтобы его семья и искусство компенсировали ему дефект лица, чтобы он в искусстве, в семье, в своем труде увидел важнейшую ценность своей жизни. Конечно, у такого больного следует добиваться и возможно лучших результатов пластической хирургии, и укрепления всеми возможными средствами его ослабленной нервной системы.

Мы остановились столь подробно на этом вопросе, чтобы показать, что «установка на болезнь» в подобных случаях, т. е. у подлинно больных, является патологическим образованием и в этих случаях требует лечения. «Установка на болезнь», отражающая антисоциальные тенденции и не имеющая патогенетической основы, конечно, не является объектом психотерапии.

Внимание врача к больному, умение и готовность внимательно его слушать, врачебный такт, эффективность лечения, а также успешное лечение этим же врачом и других больных, о чем данный больной знает, достаточная уверенность и спокойствие врача при одновременной скромности, осторожная и правильная оценка состояния больного — все это имеет большое значение в обеспечении доверия больного врачу.

Чуткость, тактичность врача, особенно по отношению к тяжелобольным, должны найти выражение во всех его действиях и поступках. Но внимательность и теплота в обращении с больным не должны доводиться до фамильярности. Сочувствие врача больному не должно переходить в своеобразное подлаживание, как это иногда бывает, особенно в условиях частной практики за рубежом, оно должно сочетаться с принципиальной требовательностью.

Специалисту-психотерапевту или врачу-психиатру нередко приходится высказывать больному свое мнение по медицинским вопросам, выходящим за пределы его узкой врачебной специальности. Как в интересах правильного лечения и диагностики, так и для того, чтобы не подвергать в глазах больного сомнению свой авторитет, следует по мере возможности консультироваться по таким вопросам с авторитетным специалистом и опираться в своих высказываниях и действиях на эти консультации.

Обязательно всегда устанавливать контакт и обеспечивать согласованность действий психотерапевта и другого лечащего врача, если не достижимо наиболее, конечно, желательное объединение всех методов лечения в руках одного врача. Но для такого объединения совершенно необходимо углубление знаний врачей всех специальностей в области психотерапии.

Одним из непрременных условий доверия больного к врачу является умение сохранять «врачебную тайну». Врач, без необходимости злоупотребивший доверием больного, поведавшего ему то, что он считает тайной, не только сам рискует потерять доверие больного, но и содействует подрыву авторитета других врачей.

Само собой разумеется, что существует огромная разница между смыслом и значением врачебной тайны в условиях социалистического общества и ее значением и смыслом в дореволюционной России и в капиталистических странах в настоящее время. Здесь достаточно вспомнить, насколько большое значение придавали хранению врачебной тайны передовые русские врачи до Великой Октябрьской социалистической революции. Царское правительство нередко добивалось нарушения врачебной тайны в целях борьбы с носителями передовых идей, с борцами за дело рабочего класса. Вопрос о

врачебной тайне неоднократно ставился и горячо обсуждался на врачебных съездах и на заседаниях врачебных обществ. Этот вопрос стоял на повестке Пироговского съезда в 1893 г. и в том же году — в Обществе киевских врачей. Для советских врачей в вопросе о врачебной тайне нет и не может быть той политической и классовой подоплеки, которую имел этот вопрос во время царизма. Обычно врачу сообщают о семейных взаимоотношениях. Помогая решать больному возникающие в связи с этим вопросы со всем необходимым тактом, необходимо стараться обеспечить интересы как больного, так и его семьи и окружающих.

Очень часто вопрос о врачебной тайне превращается в вопрос об ошибочных взглядах больного, который видит тайну там, где ее нет и не должно быть. В таких случаях врач должен выправить эти взгляды больного.

Конечно, если стремление больного сохранить те или иные обстоятельства в тайне обосновано, не вызвано патологическими мотивами и эти обстоятельства не угрожают серьезно ни обществу, ни самому больному, ни членам его семьи и никому иному, то тайну больного врач должен неуклонно сохранять.

Каждый врач должен заботиться о том, чтобы применяемый им метод лечения пользовался доверием больного и по возможности не вызывал у него страхов или вызывал их как можно меньше, не вызывал также по возможности никаких других отрицательных эмоций.

Успешное применение методов психотерапии также невозможно, если они вызывают у больного неприятные эмоции или недоверие. Иногда отношение больного к применению специальных психотерапевтических методик бывает весьма сложным. Приведем для иллюстрации такого своеобразного отношения письмо, полученное нами от одной больной, которую мы лечили непродолжительно и прервали лечение задолго до того, когда могли бы считать его доведенным до конца. Перерыв произошел по причинам, не зависящим ни от нас, ни от больной.

У больной М. было протрагированное реактивное состояние вследствие тяжело сложившейся семейной жизни. На этой почве у нее часто возникало изменение сознания истерического типа, возникали зрительные галлюцинации и другие патологические явления типа истерических реакций.

Учитывая ограниченный период времени, которым больная располагала для лечения (она должна была скоро уехать из Москвы),

а также характер имевшихся у нее расстройств, часто лишавших ее возможности обслуживать себя сколько-нибудь нормально, мы в основном сочли необходимым использовать и метод внушения в гипнотическом состоянии. Истерические изменения сознания, как показал опыт психотерапии, при применении этого метода лечения часто снимаются весьма быстро.

Вместе с внушением в гипнотическом состоянии мы применили (как мы это считаем обязательным при любой форме лечения гипнозом) и метод бесед.

Основной задачей психотерапии в данном случае было устранение частых у больной расстройств сознания и галлюцинаций и возможное ее успокоение. Мы не могли в связи с ограниченностью времени прибегнуть к более радикальному лечению, которое имело бы задачей более серьезную перестройку больной, укрепление ее второй сигнальной системы, образование иного соотношения между сигнальными системами.

Результаты лечения, как будто эффективного и справившегося с решением поставленных перед ним задач, вместе с тем показали и недостаточность, паллиативность такой «скорой» психотерапии.

В письме, полученном нами от уехавшей больной, между прочим, было сказано: «Я Вам правду скажу, профессор, что когда благодарю Вас за лечение, то не имею в виду отобранный Вами у меня фантастический мир и введение меня в реальный мир, в реальную жизнь. Я, признаюсь, не настолько «сознательна», чтобы Вас благодарить за это. Что я буду теперь делать, стоя ногами на земле? Опоры нет — опять упаду. Самой пробиваться через трудности нет сил. Я уже устала и ослабела. Мне очень тяжело. Я бесконечно благодарю Вас за те счастливые часы полного отдыха, полного покоя, которые мне давало Ваше лечение. Эти часы были большой радостью для меня...».

И действительно, в процессе лечения было ясно видно, что больная весьма положительно относится к психотерапевтическим беседам и особенно к тем нескольким сеансам гипнотерапии, которые удалось провести. Но уже тогда обозначилось если не отрицательное, то двойственное ее отношение к целям и результатам лечения. Когда больная прервала лечение и наше непосредственное влияние на нее прекратилось, отрицательный момент в ее отношении к лечению, его задачам и результатам выявился более отчетливо.

Такое различное отношение больного к процессу лечения, с одной стороны, и к целям лечения, с другой — всегда должны вызывать у врача настороженность. Такое противоречивое отношение к лечению наблюдается чаще, когда в него введены сеансы гипноза.

Иногда истеричные больные относятся к пребыванию в гипнотическом состоянии положительно при недостаточной заинтересованности в излечении. Так же относятся к лечению с применением гипноза иногда и больные шизофренией. У некоторых больных этой группы оно бывает выражено особенно резко, что само по

себе представляет весьма поучительный факт, который еще надлежит понять и объяснить.

Закрепление у больных сверхположительной установки на гипноз и на общение с врачом при отсутствии достаточно выраженного стремления к выздоровлению делает в некоторых случаях лечение бессмысленным, а иногда даже вредным, если, конечно, врачу не удастся постепенно изменить отношение больного.

Иногда больные независимо от применяемой методики лечения неправильно связывают свое состояние с личностью врача, с его постоянной поддержкой, поэтому перерыв лечения ведет у них к ухудшению. Отсюда же нередко возникает повышенная требовательность к врачу: требование более частых встреч с ним, повышенного с его стороны внимания и т. п. Само собой разумеется, что здесь речь идет не о «фрейдовском» перенесении на врача сексуальных тенденций, хотя, конечно, не исключены и отдельные случаи сексуального оттенка в отношении больного к врачу, как они не исключены и при других формах взаимоотношений людей разного пола.

Больного необходимо ориентировать на постепенное нарастание независимости его от врача, показать, что достигнутое выздоровление или улучшение устойчиво и удержится без помощи врача.

У некоторых больных, чаще с психастенией, связь с психотерапевтом все же должна быть весьма длительной. У некоторых из леченных нами больных психастенией с навязчивостями в результате лечения последние снимались, но после прекращения лечения возникали вновь. Возобновление лечения вновь быстро их устраняло. Такие больные иногда сами отмечают, что они, пользуясь помощью врача, которому доверяют, который им уже ранее помогал, приобретают уверенность в себе, так недостающую им обычно.

Конечно, следует стремиться укрепить самостоятельность больного, но это не всегда удается в полной мере и скоро, поскольку не всегда удается окончательное излечение невротика, а тем более психопата. В соответствующих случаях целесообразно после основного курса психотерапии длительно продолжать поддерживающую психотерапию, чтобы предупредить рецидив.

Встречи врача с такими больными должны быть все же возможно более редкими.

Иногда и при положительном эффекте лечения больной прерывает его раньше времени. Нужно укреплять у больного терпение и сознание необходимости довести лечение до конца. В условиях бесплатной медицинской помощи врачу легче требовать этого от больного.

Однако отметим еще раз, что опасно и вредно затягивание лечения дольше необходимого: это содействует привыканию к болезни, к лечению, к помощи врача, а порождает чрезмерную зависимость от врача, конечно, нежелательно.

Мы нередко встречались с больными, которые, привыкнув к тому, что лечить можно только лекарствами, с трудом и не сразу могли примириться с лечением без лекарств, что в ряде случаев весьма целесообразно. В зависимости от характера болезни и особенностей личности больного приходится уже с самого начала перестраивать его отношение как к психотерапии, так и к лекарствам. Иногда приходится временно пойти по пути компромисса и комбинировать в той или иной мере психотерапию с полезными больному другими методами лечения, хотя вполне можно было бы ограничиться психотерапией.

Конечно, часто и при лечении собственно психогенных заболеваний некоторые медикаменты, например серпазил, бромиды, снотворные, могут облегчать психотерапию.

Мы уже отмечали, что в некоторых случаях врач должен в психотерапевтических целях воздействовать на обстановку, в которой живет и работает больной. Очень важно организовать психотерапевтическое воздействие на больного через обстановку, в которой проводится его лечение. Воздействие на обстановку может иметь значение положительного косвенного внушения.

Неприятная обстановка в процедурной, небрежность персонала, низкое качество ухода, неудачное замечание врача или его помощников о назначенном лечении, как правило, снижают эффект лечения.

Мы говорим о «косвенном внушении» до известной степени условно. В такого рода положительных и отрицательных влияниях всегда присутствует элемент, убеж-

дающий больного, заставляющий его разумно, обоснованно надеяться или не надеяться на лечение, строить свое положительное или отрицательное отношение к нему.

Нельзя, конечно, не видеть, что здесь мы имеем дело с условнорефлекторной терапией, пожалуй, в наиболее важном ее варианте.

Психотерапия, конечно, не всегда может дать, во всяком случае быстро, положительный эффект. Иногда психотерапевту приходится считаться с положением, что «время лечит». Но следует иметь в виду, что время лечит не само по себе, а главным образом через то, чем оно заполнено. Жизнь больного с психогенным заболеванием может в одних условиях повседневно закреплять болезненные явления, в других — лечить. Психотерапевт, будучи вынужден прервать лечение до окончания излечения такого больного, должен стремиться достигнуть хотя бы такого состояния больного, при котором его последующая жизнь, его отношения со средой, его труд и т. п. смогут в дальнейшем тормозить болезненные явления, а не закреплять их, находя для этого опору в здоровых побуждениях больного, в том, что было заложено психотерапией. Если не удалось больного вылечить, то надо помочь ему построить такую жизнь, которая будет его неизбежно лечить в дальнейшем, будет предохранять от рецидива, если он ушел в хорошем состоянии.

Как психотерапевты, так и врачи других специальностей, которым приходится направлять своих больных к психотерапевту, должны добиваться правильного понимания больным значения различных сторон психотерапии.

Для большинства больных при правильном применении психотерапии характерно нарастающее доверие к лечению, нарастание авторитета врача и самого эффекта лечения. Конечно, если врач допускает существенные ошибки в процессе лечения, если он недостаточно разобрался в причинах болезни или обещал больному такой успех лечения, которого явно не удастся достичь, если он разочаровывает больного почему-либо своим поведением, например невнимательностью или, наоборот, чрезмерным потворством, и т. д., изменение отношения больного к лечению в противоположном на-

правления вполне понятно. Так же оно понятно, если неблагоприятно для больного складываются его личные обстоятельства.

Но бывает и так, что отношение больного к лечению резко меняется без достаточных оснований. Особенно часто приходится наблюдать такие колебания, как будто совершенно не обоснованные или обоснованные явно патологическими мотивами и движением процесса болезни, у больных шизофренией. Недостаточность и неоправданность этих мотивов в той или иной мере наблюдаются у многих психопатов. Психопаты нередко обнаруживают особенно выраженную тенденцию к перемене врача, чаще всего необоснованно теряющего в их глазах свой авторитет.

Психотерапевт никогда не должен стремиться к легкому успеху больного, который не выдержит проверки временем, к показному эффекту в ущерб прочности достигаемых результатов. Он не должен также переоценивать значение успехов в лечении, когда еще не обеспечена их прочность. Конечно, как и при всяком лечении, правильность построения психотерапии, пользу этого метода проверяют динамикой терапевтического эффекта. Обычно положительный эффект, хотя бы в малой мере, проявляется уже скоро после начала лечения. К этому и должен стремиться врач. Отсутствие успеха на первом этапе лечения заставляет задуматься о правильности избранного пути. Нельзя не учесть, что длительное отсутствие терапевтического эффекта разочаровывает больного и может уменьшить вследствие возникновения недоверия к применяемому методу или к врачу вероятность дальнейшего успеха. Основные задачи психотерапии требуют длительной работы, но желательно добиваться частичного улучшения самочувствия больного и устранения отдельных патологических явлений вскоре после начала лечения. И это, мы полагаем, полностью относится к врачам и других специальностей. Частичный успех лечения нередко явно повышает влияние врача, обуславливает сознательное следование больного его указаниям. Неправильно иногда недооценивают значение так называемого «симптоматического лечения» как стадии патогенетически обоснованного радикального лечения.

Если нет оснований рассчитывать на быстрый эф-

фект, следует подготовить больного к длительному лечению, укрепить его волю, образовать у него нужную направленность, сделать его достаточно терпеливым, поддерживать все время его надежду на успех.

Но важнейшей задачей психотерапии, как и всякого иного лечения, является получение именно устойчивого положительного эффекта. И поэтому, уже сняв те или иные патологические явления, психотерапевт не может этим удовольствоваться и не принять мер для возможной профилактики рецидива. Психотерапия неотделима в этом смысле от профилактики.

Предупреждение рецидива требует большей частью серьезной перестройки личности больного и укрепления не только нервной системы, но и всего его организма.

Рецидивы невроза (также и вторичного, после других заболеваний) нередко возникают под влиянием перегрузки нервной системы сильными эмоциями, в связи с большой работой без нужного отдыха, трудными условиями жизни, соматическими заболеваниями, общей астенизацией.

Учитывая это, психотерапевт, улучшив состояние больного, должен наметить для него правильный и выполнимый режим, помочь ему наладить такие условия жизни, которые не будут ухудшать его состояние, а также подготовить его к более правильному отношению к окружающему, способному устранить излишние эмоциональные напряжения и повысить приспособляемость центральной нервной системы к возможным трудностям.

Очень важно в целях профилактики рецидива в соответствующих случаях подготовить больного к отказу от алкоголя, возможно, табака и различных излишеств.

Поставленные здесь вопросы, мы полагаем, имеют большое значение для каждого врача, занимающегося лечебной работой. Конечно, мы не могли осветить здесь все важные общие вопросы психотерапии, понимаемой в более широком и в более специальном плане, но такой задачи мы и не могли взять на себя. Ряд вопросов будет освещен в процессе дальнейшего изложения.

ОЗНАКОМЛЕНИЕ С БОЛЬНЫМ

Психотерапевтическое воздействие врача на больного требует возможно более глубокого знания больного врачом. Какая бы роль ни отводилась в лечении больного психотерапии, врач, проводящий систематическое лечение, особенно более или менее тяжело больного, должен хорошо знать все необходимое о причинах, происхождении и течении болезни, об условиях жизни больного и его переживаниях, об отношении его к своей болезни, прошлых заболеваниях, психотравмах и пр. Без этого врач не сможет выполнить надлежащим образом свой врачебный долг. Конечно, от характера болезни и состояния больного, от стоящих перед врачом лечебных задач зависит, какое место и сколько времени надо уделить такому ознакомлению с больным, глубина и полнота этого ознакомления с личностью и психикой больного, важнейшее место в котором занимает анамнез.

Понятие «ознакомление», конечно, не совпадает с более часто применяемым понятием «анамнез». Ознакомление врача с больным основывается на данных, полученных при опросе больного и окружающих, на материалах наблюдения поведения больного (речь больного, его мимика, жесты, характер тех или иных реакций и пр.), истории его болезни и, конечно, на результатах глубокого объективного исследования. Все полученные при таком исследовании факты должны быть при анализе сопоставлены друг с другом и объединены в единую систему.

Слово «анамнез» проникло в современные языки из древнегреческого языка и буквально обозначает «воспоминание». В медицине анамнезом называют высказы-

вания больного, основанные на воспоминаниях об истории его болезни и жизни. Также нередко к анамнезу относятся и сообщения не самого больного, а других людей, в силу тех или иных обстоятельств знающих о болезни и жизни больного.

Но обычно термин «анамнез» понимают более широко: сюда относят и жалобы больного, и описание им своего нынешнего состояния, и все прочее, что может быть полезным для задач врача в рассказах больного и в его ответах на вопросы врача.

Нередко эту область исследования, которая основана на высказываниях самого больного, называют «субъективным анамнезом» или даже «субъективным исследованием». Мы полагаем, что следует преодолеть такое понимание анамнеза. В подлинной науке нет и не может быть места «субъективному исследованию». Конечно, когда больной рассказывает врачу о своих связанных с болезнью переживаниях, о своих болезненных ощущениях, он говорит о субъективном. Полностью отрицая возможность применения в истинной науке субъективных методов исследования, мы вместе с тем не можем, не имеем права игнорировать во врачебном исследовании субъективное и должны делать и его объектом своего исследования. При этом надо исходить из недопустимости чрезмерного противопоставления объективного и субъективного.

Субъективное — отражение объективного, материального и имеет своей материальной основой физиологические процессы в головном мозгу.

В высказываниях больного представлены собственные его ощущения, переживания, мысли. Эта сторона анамнестических данных может потребовать проверки путем опроса сторонних наблюдателей, а главное — сопоставления с данными клинического исследования. Даже при установлении таким путем, что часть анамнестических данных не соответствует действительности, сообщенное больным не обесценивается, так как оно является вполне объективным материалом для суждения о личности больного — о склонности его искажать или неспособности правильно расценивать факты, о его склонности переоценивать или недооценивать свою болезнь и т. п. Эти выводы, если они достаточно обосно-

ваны, безусловно, также представляют для врача весьма ценный материал.

Таким образом, описание больным своих, связанных с болезнью, переживаний, критически оцененное врачом, дает большого значения объективный материал для знакомства не только с существом болезни, но и с личностью больного, с состоянием его нервной системы. Склонность к преувеличенным жалобам, чрезмерно картинное их представление может, например, говорить о наличии у больного невроза и о типе его. Чрезмерная мнительность в какой-то мере позволяет говорить о слабости коры и т. д.

Иногда больные, занятые и увлеченные работой, разносторонними интересами, меньше способны и склонны обращать внимание на болезненные явления, и об этих явлениях они или совсем не упоминают в беседе с врачом, или отмечают их не в полном объеме, иногда как-то пренебрежительно. Иногда рассказ больного о своей болезни извращается штампами, ходячими представлениями о болезнях, усвоенными больным. Врач должен уметь правильно оценить и использовать все эти особенности.

Анамнестические данные, полученные, выверенные и проанализированные опытным и вдумчивым врачом, представляют собой ценный и подлинно объективный материал для знакомства не только с болезнью, но и с больным человеком, что также очень важно учесть при оценке этого материала.

Отечественная клиника всегда высоко ценила анамнестический метод, или метод расспросов.

Исключительно большое значение приобрела в разработке теории и практики анамнеза деятельность выдающегося русского клинициста Г. А. Захарьина.

В своем предисловии к труду Г. А. Захарьина «Клинические лекции и избранные статьи» В. Ф. Снегирев писал: «Самую драгоценную часть в этих лекциях составляют, несомненно, расспросы больных. Это есть оригинальное достояние так называемой Захарьинской школы. Расспрос, основанный на логике всех медицинских сведений, подтвержденных массой наблюдений, обработан вдумчивым, усидчивым, гениальным клиницистом, и каждый, читая его и вдумываясь, согласится, что, несмотря на массу физических пособий, которыми

мы пользуемся в настоящее время при диагностике болезней, подобный расспрос играет выдающуюся роль, не только пополняя и направляя наши сведения к познанию болезни, но и служит основой для индивидуального лечения. В продолжение 35 лет аудитория слушала, поучалась и наслаждалась гармонией такого расспроса. Я считаю это главным ключом, главным гвоздем всей славной медицинской деятельности покойного Захарьина. Это составило гордость и оригинальность терапевтической школы Московского университета».

Замечательное раскрытие значения анамнеза, принадлежащее знаменитому соратнику и другу Г. А. Захарьина, интересно не только тем, что в нем отмечена большая роль в клинике метода расспросов: здесь четко сформулированы также некоторые весьма существенные принципы этого метода в разработке его Г. А. Захарьиным.

Согласно взглядам Г. А. Захарьина, разделявшимися В. Ф. Снегиревым, расспросы больного врачом должны быть обоснованы широкими медицинскими знаниями. Правильно построить расспрос больного и оценить сообщенное им врач может, таким образом, лишь владея глубоким и широким знанием клиники. Только при этом условии он может правильно решить для себя вопрос, что ему необходимо узнать о больном у него самого и, может быть, у других людей.

Но мало еще собрать нужные сведения: данные анамнеза приобретают подлинную ценность, лишь будучи глубоко и компетентно обработаны.

Замечательные образцы использования материалов, полученных из опроса больного, богато представлены в трудах С. П. Боткина.

Приведем выдержку из описания С. П. Боткиным в лекции больной микседемой. Резюмируя полученные при опросе этой больной данные, С. П. Боткин говорил: «Главная ее жалоба в настоящую минуту заключается в том, что у нее болит поясница, болят ноги и вообще все тело, что она очень слаба и что настроение ее постоянно печальное, угнетенное. Уже из недолгого разговора моего с больной, происходившего сейчас перед вами, вы можете убедиться в значительном ослаблении ее памяти и сообразительности, что, впрочем, и она сама замечает. Хотя ответы ее правильны, логичны, но

вы замечаете, как они медленны: видимо, ей стоит значительного труда сообразить предложенный вопрос и правильно на него ответить. При этом она нередко ошибается в хронологических данных, события позднейшие относит к более раннему периоду, и наоборот... собрание анамнеза стоило больной труда».

Замечательный мастер объективного исследования С. П. Боткин, таким образом, процесс собирания анамнестических данных использовал для глубокого ознакомления с больной, для составления обоснованного заключения о состоянии ее психики — о снижении памяти и сообразительности, о замедленности психических процессов, об угнетенном ее настроении.

Высокую оценку С. П. Боткиным значения результатов опроса, в частности сведений об испытываемых пациентом болезненных ощущениях, для постановки диагноза, характеризует высказанное им в «Клинических лекциях» мнение о болезни И. С. Тургенева, закончившейся его смертью.

При вскрытии у И. С. Тургенева было обнаружено наряду с болезнью сердца и сосудов нераспознанное при жизни новообразование в области позвоночника. С. П. Боткин указывает, что допущенная здесь врачебная ошибка стала возможной потому, что врачи не уделили должного внимания «субъективным» признакам, о которых сообщал больной.

Таким образом, классики отечественной клиники, как и все почти крупные отечественные клиницисты, превращали собирание анамнестических материалов в глубокое знакомство с особенностями больного и его болезни.

Приведем еще характерное в этом отношении высказывание крупного клинициста П. Н. Шатилова в его «Клинических лекциях», изданных в Харькове в 1927 г.: «Предварительный рассказ больного играет колоссальную роль в получении у наблюдающего врача ясного представления об его пациенте, как общего, и о нем самом, так и частного — об его болезни и ее симптомах».

Ознакомление с больным, страдающим в основном не нервно-психическим заболеванием, должно дать врачу, если он и не специалист в области невропатологии и психиатрии, возможность поставить диагноз не только соматический, но и в какой-то, хотя бы и прибли-

женной, степени психиатрический, отразив в нем те изменения психики (главным образом, конечно, функциональные), которые наслонились на основную болезнь или ей предшествовали и приобретают в клинике заболевания существенное значение.

Каждый врач хорошо знает, что анамнестические сведения, получаемые от самого больного, говорят не только о подлинных его ощущениях, связанных с болезнью, но и о степени его тревоги за свое здоровье. Выяснение этого вопроса должно быть плановой задачей терапевта, хирурга и вообще врача любой специальности, решаемой им самостоятельно или с привлечением консультанта-психиатра. Мы думаем, что уже в первом диагнозе врача целесообразно ставить наряду с диагнозом основной болезни диагноз нервно-психического состояния больного. Диагноз в соответствующих случаях мог бы быть, например, таким: «Гипертоническая болезнь, начальная форма. Состояние повышенной тревоги в связи с болезнью». Последняя часть диагноза в таком случае могла бы многое определить и существенно помочь в дальнейшем как самому врачу, поставившему такой диагноз, так и другим врачам, которым придется соприкасаться с больным, и прочему медицинскому персоналу.

Особенно важно, конечно, для врача-терапевта, хирурга и пр. разобраться в состоянии психики и особенностях личности больного, страдающего неврозом, с расстройствами, особенно выраженными в системе внутренних органов, кожи и в прочих заболеваниях, раньше называвшихся «органоневрозами». В недавно вышедшей книге Т. С. Истаманова пишет: «Многообразие клинических проявлений неврастении и непостоянство этих проявлений затрудняют в некоторых случаях диагностику таких состояний, приводя к неправильным выводам и лечебным мероприятиям. Диагноз должен строиться не только на основании отсутствия органических поражений внутренних органов, но главным образом на основании сочетания симптомов функциональных нарушений многих внутренних органов с нарушениями функционального состояния коры головного мозга». С этим нельзя не согласиться, отметив лишь, что здесь не всегда правильно говорить лишь о коре головного мозга и что это относится далеко не только к неврастении, а к

различным неврозам, различие которых при этом обязательно.

Здесь, может быть, уместно поставить вопрос о том, кто должен лечить такого больного, у которого при ознакомлении врача с ним установлена «нервная» природа заболевания с жалобами в соматической сфере.

Случается еще так, что терапевт отсылает, например, больного с психогенной аритмией или с психогенными спазмами сосудов к психиатру, невропатологу или специалисту-психотерапевту, а последние чувствуют себя с таким больным не совсем уверенно и склонны направить его обратно к терапевту.

Весьма различны могут быть при этом и тенденции самих больных, которые не всегда в таких случаях убеждены, что их лечение должен действительно проводить представитель той, а не иной специальности.

Лучше всего, если бы лечение таких больных проводил терапевт с достаточной психотерапевтической подготовкой и располагающий временем для психотерапевтической работы. Трудность здесь еще в том, что болезнь в подобных случаях, конечно, не ограничивается расстройством сердечно-сосудистой системы (или пищеварительной и т. п.). Если с учетом всех условий будет признано целесообразным передать больного для лечения специалисту по нервно-психическим заболеваниям, то делать это следует с соблюдением ряда условий.

Больной должен уйти от терапевта после тщательного и убедительного для него исследования и категорического заверения его в том, что он в дальнейшем не нуждается в помощи терапевта. Желателен личный контакт при этом психотерапевта и терапевта. Ими должен быть совместно решен вопрос о медикаментозном лечении, о режиме и т. п. Все это должно иметь задачей как предупреждение ошибки в лечении больного, так и предоставление возможности больному продолжать уверенно нужное лечение без сомнения в компетентности лечащего врача в том заболевании, которым он страдает.

Как недопустимо для психиатра и специалиста-психотерапевта игнорировать соматическое состояние больного, так недопустимо нередко еще, к сожалению, встречающееся полное или относительное игнорирование

врачами других специальностей особенностей психики больного, его личности, обстоятельств его жизни.

Выяснив для себя состояние психики больного и ее особенности, а также, что именно отрицательно влияет на нее, врач должен независимо от своей узкой специальности оказать ему и психотерапевтическую помощь в той мере, в какой она показана. В нее включается и психотерапевтическая организация всего исследования и лечения больного, отпуска ему процедур, направления на курорты, назначения диеты, режима и пр. Если врач при соответствующих назначениях недостаточно знает и учитывает особенности психики больного, эти назначения могут и повредить ему.

Из этих соображений, например, следует возможно ограничивать до действительно необходимых размеров лабораторные исследования. Это относится главным образом к больным, которые по состоянию своей психики способны неправильно интерпретировать мероприятия врача, у которых они вызывают тревогу. Очень большое значение для таких мнительных больных имеет терпеливое и осторожное разъяснение врачом своих назначений. Поэтому бывает важно, чтобы до проведения различных лабораторных исследований и назначения лечения врач хорошо представлял себе возможную реакцию больного на них.

Не так редко применение тех или иных методов исследования является тяжелой нагрузкой для больного. Иногда исследования вызывают у больного ненужную тревогу, беспокойство, фиксирование внимания на своем состоянии. Особенно, конечно, вредными могут оказаться исследования, когда их результаты сообщают больному без нужных объяснений.

Общий смысл лабораторного исследования больному следует объяснить.

В качестве иллюстрации тяжелых переживаний, которые может породить само лечение и его условия, приведем одно наше совместное с врачом Л. А. Злотниковым наблюдение. Мы наблюдали несколько женщин, страдавших сифилисом, состояние психики которых позволяло говорить о наличии у них реактивного невроза. При этом было очевидно, что наибольшую патогенную роль здесь сыграла необходимость регулярно посещать в целях лечения венерологический диспансер (больные

очень беспокоились, что знакомые увидят, что они туда ходят, и т. п.).

Большой вред иногда приносят больным рентгенологические исследования, если при них ведутся недостаточно осторожные разговоры. Почти каждому врачу известны случаи вредного влияния на больных частого измерения артериального давления с фиксированием их внимания на полученных показателях.

Достаточное знакомство врача с психическими особенностями пациента должно в возможной мере предупредить такого рода вредные влияния. Ознакомление с больным до начала лабораторного исследования и специального лечения и в процессе исследования и лечения должно учесть эту задачу врача.

Велико для ознакомления с больным значение так называемого объективного анамнеза.

Не столь редко больные не в состоянии правильно описать свои переживания и ощущения, факты из своей жизни и истории своего заболевания. Во всех подобных случаях сопоставление сведений, полученных от больного, со сведениями, полученными от окружающих его лиц, бывает полезно и даже необходимо. Такое сопоставление важно и для того, чтобы вскрыть неправильное или неполное освещение больным своей болезни и пр. и получить еще таким образом важные факты для характеристики состояния его психики, его личности. Но, конечно, «объективный» анамнез не может заменить собственных высказываний больного.

Внимательно и не торопясь выслушать больного исключительно важно во всех случаях.

Отметим здесь, что в лечебном учреждении врач не должен недооценивать возможности получить важные сведения о больном от соответствующим образом проинструктированного среднего и младшего медицинского персонала. Этот персонал много, больше, чем врач, с ним общается. Часто больной рассказывает сестрам или санитаркам о себе то, чего он не сказал врачу.

Понятно, что особенно большая роль принадлежит ознакомлению с больным в самом начальном этапе лечения, так как врач не может должным образом развернуть лечебную работу, не зная еще ничего о больном. Но вместе с тем неправильно считать, что это ознакомление с больным должно целиком предшествовать

лечению и заканчиваться до его начала, — как правило, оно не может считаться законченным в этом периоде. В дальнейшем раскрытие особенностей личности больного, характера его реакций и отношений все больше углубляется в процессе внушения, убеждения и эмоционального воздействия врача на больного и всех других видов лечебного процесса.

Врач независимо от его специальности, особенно специалист-психотерапевт, должен продолжать изучение больного, пока не закончено лечение.

Глубокий интерес представляет высказывание И. П. Павлова о значении и задачах ознакомления с больным при неврозах.

В статье «О неврозах у человека и животного» И. П. Павлов подробно высказался по этому вопросу. Это высказывание ввиду его большой важности мы позволим себе привести целиком: «В случае человека нужно прежде всего точно определить: в чем состоит отклонение поведения в данном случае от нормы? Ведь поведение и в норме чрезвычайно разнообразно у разных людей. Затем надлежит отыскать вместе с больным или помимо его или даже при его сопротивлении, среди хаоса жизненных отношений те разом или медленно действовавшие условия и обстоятельства, с которыми может быть с правом связано происхождение болезненного отклонения, происхождение невроза. Дальше нужно понять, почему эти условия и обстоятельства обусловили такой результат у нашего больного, когда у другого человека они же остались без малейшего влияния. А еще больше, почему все они же у одного человека повели к такому болезненному комплексу, а у другого — к совершенно другому... требуется еще ответить на вопросы: как, какие и почему произошли при указанных условиях изменения в нормальных процессах его нервной системы?».

И. П. Павлов устанавливал необходимость постановки врачом в отношении больного неврозом себе решающего вопроса: «Какие жизненные обстоятельства были непомерно сильны для данной нервной системы, где и когда сталкивались невыносимо для нее требования деятельности и требования задержки ее?».

Эти слова замечательно формулируют задачи врача не только при лечении неврозов, взятых изолированно.

Невротические наслоения, функциональные добавки в том или ином виде, в той или иной мере наличествуют в очень многих заболеваниях. Неизбежное участие второй сигнальной системы в болезни человека, в определении ряда ее особенностей весьма часто включает в любую болезнь психогенные моменты. В той мере, в какой личностные функциональные и психогенные моменты входят в болезнь и определяют особенности клиники, следует выяснять их в плане, указанном И. П. Павловым, и в соответствии с собранными при этом фактами привлекать к лечению больного психотерапевтический метод.

Конечно, значение анамнеза, как и необходимый объем его, различны в зависимости от характера заболевания. Само собой разумеется, что анамнез не может быть самоцелью, а должен раскрывать в болезни и в больном то, что подлежит раскрытию в целях лечения и профилактики.

В этом плане достаточно глубокий анамнез нельзя не рассматривать как часть врачебного исследования, существенную и необходимую, как и все другие виды этого исследования.

Но умелое и глубокое ознакомление с личностью, переживаниями, прошлым больного имеет не только значение как подготовка к лечению, как, например, лабораторное исследование. Такое ознакомление нам представляется одним из звеньев единого психотерапевтического метода не только потому, что без него встречается глубочайшие затруднения и применение других сторон этого метода, но и потому, что самый процесс проводящейся при этом ознакомлении искренней беседы с пользующимся доверием и симпатией больного врачом ведет к ослаблению эмоционального напряжения, к повышению его активности, к облегчению состояния больного, оказывает ему терапевтическую помощь, укрепляет контакт больного с врачом, столь важный не только для специалиста-психотерапевта, но и для врача любой лечебной специальности.

Здесь небезынтересно отметить, что большие писатели и литературные критики хорошо умели ценить значение вынесения вовне своих переживаний и для внутренней жизни писателя. Так В. Г. Белинский говорил, например, что писатель, объективируя собственные

страдания, в какой-то мере освобождается от них. Гете указывает в своих записках, что его «Вертер» был плодом тяжелого состояния духа. Написав его, он освободился от этого состояния. Это — не «отреагирование» психоаналитиков. Не останавливаясь подробнее на анализе смысла этого рода высказываний, отметим лишь, что хотя и в разной мере, но почти у всякого человека велика потребность рассказать о себе, поделиться переживаниями, мыслями, заботами. У больного эта потребность может быть особенно настоятельной. И своими заботами, связанными с болезнью, больному важнее всего поделиться с врачом, с ним обсудить наболевшие вопросы.

Не во всех случаях больной осознает эту потребность, не всегда ему легко решиться на откровенность, но врач не может в таких случаях считать себя свободным от задачи ознакомиться с переживаниями больного, стимулировать его высказывания, нужные для лечения. Весьма нередко именно стимулирование и воспитание откровенности больного с врачом, желания и умения его рассказать о себе является важнейшим моментом психотерапии.

Перед врачом (не обязательно специалистом-психотерапевтом), предполагающим применить методы психотерапевтического воздействия, возникают при ознакомлении с больным весьма большие и ответственные задачи. Он должен располагать всеми данными, необходимыми для дифференциального диагноза, должен тщательно изучить особенности психики больного, выяснить сам или с помощью компетентных специалистов, какие нарушения в соматической области имеются у больного, какое лечение, кроме психотерапии, целесообразно ему назначить, каков прогноз заболевания. Если, как иногда бывает, лечить больного будет не только врач, проводящий психотерапию, то должна быть достигнута полная договоренность в отношении единства лечения больного и обращения с ним, единая тактика лечащих врачей. Сведения об условиях, при которых произошло заболевание, жалобы больного, характер наблюдающихся у него расстройств и изменений, история заболевания, история жизни больного, его отношения с людьми, особенности его труда и быта, его семейное и общественное положение, перенесенные

им ранее болезни, наличие психотравмы, ее характер, ее индивидуальное значение для больного, характер ее воздействия, длительность или кратковременность воздействия психотравмирующих моментов, психотравмы прошлого — все эти сведения должны быть добыты более или менее полно врачом из различных источников и в первую очередь от самого больного, а затем в той мере, в какой это необходимо, — из прежних историй болезни, от родственников больного, с места его работы и хорошо проверены. Но важно, чтобы даже добытые уже со стороны факты по возможности были также освещены самим больным, чтобы врач мог получить представление об отношении к ним больного.

Рассказы больного, его ответы на вопросы, кроме того, важны для врача не только со стороны фактической, не только сообщением фактов, но и тем, как больной выражает свою личность, свои интересы, свое отношение к себе, к окружающим, к своей болезни, к врачу и т. п. Часто именно по словам больного приходится судить не только о его характере, но в какой-то мере и о типе его нервной системы.

Наконец, важно и то, что врач нередко, зная от окружающих о некоторых травмирующих больного обстоятельствах, не может заговорить о них с больным, пока последний сам ему о них не сказал, особенно пока больной не знает, что врачу о них сообщили помимо его желания.

Внимательный врач при каждой встрече с больным глубже его узнает и уточняет в связи с этим путь лечения. Врачу не следует чрезмерно форсировать расспросы. Он не имеет права игнорировать те трудности, которые приходится иногда преодолевать больному в раскрытии своих переживаний и некоторых событий в своей жизни, особенно перед малознакомым человеком.

Но врач должен дать возможность больному высказать все, что тот пожелает рассказать, особенно при первом посещении. Не следует препятствовать больному, обратившемуся специально за психотерапевтической помощью, уклоняться в своих рассказах в сторону от основной линии. Нередко в таких отступлениях достаточно чуткий, опытный и внимательный врач находит ценные сведения о многих особенностях больного, его грехогах, условиях жизни и т. п. Нередко врачу может

показаться в словах больного не относящимся к делу и несущественным то, что на самом деле весьма важно для лечения.

Приходится иметь в виду, что больной далеко не всегда склонен, особенно в своем рассказе врачу, оставаться лишь на предметах, самых важных для врача. Страдающая истерией больная, может быть, будет особенно подробно говорить о последнем конфликте, ее взволновавшем, стремясь умолчать о конфликтах более глубоких и интимных, о трудностях своего характера и т. п. От врача здесь требуется много терпения. Ему приходится до известной степени дать больному высказаться о том, что того волнует, одновременно осторожно направляя его рассказ в необходимое русло, ставя дополнительные вопросы, но все же не особенно подавляя больного, не игнорируя его побуждения, его эмоциональную направленность. В свободном рассказе больного более отчетливо выступают индивидуальные его особенности. Рассказ, а не только ответы на предлагаемые вопросы, дает возможность достаточно чуткому врачу в последующем правильно соотносить свои слова и все свое поведение с особенностями больного и его страданиями.

Если врач не располагает достаточным временем, следует не слишком ограничивать рассказ больного, а отложить по возможности продолжение его до следующей встречи, объяснив больному, почему врач не может дослушать его сейчас.

Активная психотерапевтическая помощь врача обычно становится уже возможной на основе первых полученных данных о больном. И эти возможности надо реализовать. Первая помощь, первые успехи психотерапии, даже нередко самые попытки в этом направлении увеличивают доверие больного к врачу и стимулируют его к дальнейшему раскрытию себя.

Подлинное внимание врача ко всему, о чем больной ему сообщает, правильное эмоциональное отношение к сообщаемому, своевременная и правильная реакция врача хотя бы одним-двумя вначале словами — все это не только побуждает больного быть откровенным, но также устанавливает и положительное отношение его к врачу, без чего невозможен успех психотерапии.

Умение врача быть хорошим слушателем больного, умело направляющим его высказывания, является важным моментом в психотерапии. Выясняя для себя все, что связано с болезнью, врач должен одновременно повышать в той или иной мере понимание самим больным причин и сущности своей болезни.

В постановке вопросов больному от врача требуется умение учитывать особенности его психологии и ставить вопросы так, чтобы они не могли вызвать недоверие. Слишком рано заданный вопрос — до того, как больной привык к врачу, доверился ему, — о наиболее интимных для больного сторонах его жизни может помешать установлению связи врача с ним, вызывая настороженность больного, затормозить его. Необходимо учитывать, что самая постановка вопросов способна влиять на представление больного о своей болезни и о том, что думает о ней врач.

Бывает иногда достаточно спросить мнительного и внушаемого больного, нет ли у него головных болей, чтобы они у него появились. Прямые вопросы таким больным нередко приходится заменять косвенными, издалека наводящими их на ответы о том, что интересуется врач и осталось не раскрытым в рассказе больного. Особенно вредными могут оказаться вопросы, способные создать у больного впечатление, что врач предполагает у него опасную болезнь.

Вопросы, задаваемые врачом, должны выражать его глубокий интерес к больному как к страдающему человеку, которому он призван помочь. Больному тяжело, если он улавливает в вопросах врача скуку, усталость, формальный подход, а тем более недоверие к своей болезни, ироническое отношение к жалобам. Не менее неприятно и тягостно бывает больному, если он замечает у врача внимание к его болезни лишь как к некоему интересному «случаю».

Не так редко бывает, что нетактично заданные больному вопросы вызывают у последнего отрицательные эмоции по отношению к врачу. Иногда это может привести к отказу больного от дальнейшего лечения.

Вполне возможно, что на определенном этапе лечения больного или ознакомления с ним врач может счесть себя вынужденным ставить острые вопросы, заведомо способные вызвать отрицательную реакцию у

больного. Но врач должен предвидеть такую возможность и рассчитать, следует ли в настоящий момент пойти на обострение ситуации лечения и будет ли это служить его успеху.

Особенности советских людей и наша социальная система, несомненно, снимают много тем, трудно раскрываемых перед посторонним человеком, и это в значительной мере уменьшает отмеченные трудности.

Расспрашивая больного и направляя его рассказ, врач должен учитывать, что человек — не раб своего прошлого.

Знакомясь с прошлым пациента, что нельзя не считать необходимым для лечения многих больных, следует, по нашему мнению, исходить из положения, что развитие человека в общественной среде преобразует и следы прошлого, и их место в человеческой личности. Характер развития личности больного, направленность этого развития и его перспективы — важнейший предмет исследования психотерапевта при ознакомлении с больным, в первую очередь, само собой разумеется, со страдающим неврозом или с психопатом.

Весьма нежелательно допускать повторение вопросов. Нельзя врачу забывать того, о чем больной уже говорил — это может обидеть больного и помешать психотерапии. Чтобы избежать этого, следует вести, не полагаясь только на свою память, соответствующие записи, лучше не в присутствии больного.

Некоторые больные свой рассказ подчиняют усвоенной ими заранее концепции болезни. Во всех таких случаях перед врачом стоит иногда непростая задача очистить рассказ больного от искажающих факты примесей и путем непосредственного анализа того, что сообщает больной о себе, путем дополнительных вопросов, а также прямых соответствующих указаний больному (что далеко не всегда эффективно) добраться до истинной картины болезни. Не следует игнорировать и того, что подчинение больного ходячим взглядам на болезнь, поиски им объяснений своей болезни в книгах, из которых он, может быть, заимствовал свои концепции, является само по себе существенным фактом для характеристики личности больного.

Часто больных побуждают искать в книгах или у малосведущих, но склонных выдавать себя за сведущих

в медицине людей объяснения своей болезни особая мнительность, склонность к ипохондрическим переживаниям, навязчивые страхи. Таковую тенденцию следует учесть в дальнейшем. Это может быть очень важно для врачей любой специальности. Например, известны случаи, когда производились неоправданные хирургические операции, в частности лапаротомии, на основании жалоб больных, страдающих шизофренией, реже — истерией. Здесь играла роль и недостаточно критическая оценка врачом характера предъявляемых жалоб.

Нужно обратить внимание и на словарь больного, и на тематику, которой он особенно уделяет внимание. Одни больные особенно охотно говорят о себе, своих достоинствах, в их словаре много «я». Другие больные преимущественно выражают в своих словах неуверенность, робость, сниженную самооценку. Такие особенности речи характеризуют личность больного.

При опросе больного врачу удобно исходить из какой-то единой схемы, которая должна соответствовать индивидуальным особенностям больного. И все же даже при такой индивидуализации схемы нельзя придерживаться ее точно: ее следует перестраивать в ходе опроса с учетом поведения больного во время бесед.

Не всегда целесообразно стремиться полностью закончить соби́рание анамнестических данных в первой беседе, не уделяя в ней времени для других видов исследования.

Успех бесед врача с больным, откровенность больного в большой степени зависят от той обстановки, в которой проводится беседа. Больного может тормозить присутствие третьих лиц: другого врача, студентов, среднего медицинского персонала. Весьма важно начинать ознакомление с больным, особенно страдающим неврозом, без третьих лиц. Желательно, чтобы больной мог быть уверен, что его слова и слова врача не могут быть никем услышаны за стеной кабинета или за дверь.

Как и всей психотерапевтической работе, так и первым беседам должна быть обеспечена обстановка, при которой никакие посторонние раздражители не отвлекают внимания больного и врача.

Врач не должен, кроме разве самых крайних случаев, отвлекаться во время беседы с больным к другим делам.

Играет роль и внешняя обстановка. Удобная мебель, хорошее помещение, достаточная вентиляция, нормальная температура в комнате, известный уют кабинета имеют немаловажное значение. При пользовании электрическим освещением не нужно делать его особенно ярким.

Первые встречи больного с врачом следует всегда расценивать не только как служащие знакомству врача с больным, учитывая, что в то же время и больной знакомится с врачом. Именно при первых встречах больного с врачом часто решается вопрос о доверии больного врачу, о том, будет ли больной возлагать надежду на лечение у врача, к которому он обратился. И очень часто именно то, как спрашивает и как слушает врач больного, является решающим для впечатлений последнего о враче.

Врач — не пассивный, бесстрастный слушатель больного и не бездушный регистратор фактов.

Несомненно, способны оказывать известное влияние на впечатления больного о враче не только его поведение, но и ряд других моментов. Важно, чтобы больной видел врача подтянутым, спокойным. Если врач принимает больного в медицинском халате, халат этот должен быть свежим, безукоризненно чистым и пр.

Первые шаги врача, первая встреча его с больным уже есть начало психотерапии.

Если к терапевту, хирургу и др. приходит больной, без оснований волнующийся о своем здоровье, то задача врача состоит в том, чтобы убедить его в ошибке, отпустить его успокоенным. Если положение больного более серьезно, то задача врача — вселить в него надежду, сделать все для его успокоения.

Врач при первой встрече с больным должен уже добиться его успокоения, вызвать у него уверенность в выздоровлении или хотя бы надежду на выздоровление, по крайней мере на улучшение. Самый процесс искренней в той или иной мере беседы пациента с врачом нередко ведет к ослаблению у него эмоционального напряжения, к благоприятной в связи с этим перестройке корковой динамики. Первая (или первые) беседа, когда врач осторожно направляет высказывания больного, внимательно и сочувственно, хотя и необязательно без критики, конечно, вначале особенно

осторожной и тактичной, его слушает, уже успокаивает больного, направляет его в сторону более правильного отношения к своей болезни, к травмирующим обстоятельствам и т. п.

Нередко приходящие к специалисту-психотерапевту больные, по разным причинам не имеющие подле себя близких людей, с которыми они могли бы поделиться своими переживаниями, впервые могут полностью рассказать о своем положении, получить совет, услышать слово сочувствия. В таких случаях первая встреча с врачом приобретает для них особенно большое значение.

Вопросы врача больному и окружающим его не должны выходить за пределы медицинской компетенции и быть строго подчинены задаче лечения. Не следует без необходимости требовать от больного и окружающих его сведений, представляющих секреты других лиц; не приходится, конечно, говорить о доверенных пациенту служебных секретах, которых врач не может касаться.

Иногда знакомство с больным необходимо проводить не с глазу на глаз. Иногда опрос больного проводится на демонстрациях. Здесь особенно необходимо обеспечить правильное не травмирующее больного поведение всех присутствующих.

При демонстрации ни в коем случае недопустимо освещать такие подробности в состоянии больного, которые способны взволновать его. Врачу следует быть весьма осторожным с показом при больном рентгенограмм или с чтением данных, полученных при анализах. То же следует сказать о прогнозе, а в ряде случаев — и о диагнозе.

Нередко сообщение даже таких фактов, которые больному уже известны, в обстановке демонстрации могут его сильно взволновать, приобрести для него в какой-то мере новое и большее значение.

Очень тактично должно относиться к оглашению интимных подробностей о больном как в его присутствии, так и без него. Надо учитывать возможность, что до больного дойдут сведения о том, что говорилось на демонстрации или на конференции.

Следует учитывать возможность метода изучения больного, предложенного в свое время Г. Д. Неткачевым. Придавая огромное значение «детальному и точ-

ному изучению психологического строения личности», Г. Д. Неткачев предлагал страдающим заиканием больным письменно вести свою историю болезни и дневник ее течения, влияние на нее лечения. У некоторых больных этот метод может быть применен с пользой не только для углубления знаний врача о больном, но и непосредственно как лечебный.

Рекомендовать его, конечно, можно только больным, способным вести такие записи, не испытывающим при их ведении больших трудностей. Он может быть полезен для больных, не склонных к чрезмерной фиксации на своих переживаниях.

Остановимся на некоторых наблюдениях, чтобы показать трудности, встречающиеся при ознакомлении с больными.

Мы были однажды привлечены к лечению женщины (художник), потерявшей одного из двоих своих детей. Больную мы застали в состоянии тяжелой реактивной депрессии. Говорила она о себе скупой, но во всяком случае из ее слов казалось очевидным, что единственной причиной депрессивного состояния, единственной актуальной психотравмой была смерть сына. Последующие две встречи не расширили наших знаний о причинах заболевания. При опросе мужа и дочери больной мы обнаружили несколько иное положение. За некоторое время до смерти сына у нее обнаружилась серьезная неудача в давно проводимой работе, которую она переносила очень тяжело, хотя и не была в таком тяжелом состоянии, как теперь. Попытки коснуться этой более ранней психотравмы оказались неудачными: больная явно не хотела и не могла говорить на эту тему. Нам не удалось изменить ее позицию и мы прервали лечение, не достигнув успеха.

Больной было явно невыносимо признаться в том, что деловые неудачи могли повлиять на ее отношение к смерти сына. А вместе с тем настойчивый уход от этой темы и обнаруживал крайнюю болезненность ее для больной.

Не представляет сомнений, что состояние данной больной было обусловлено наложением одной психотравмы на другую. Несомненно также, что ей было трудно говорить о первой травме. Не зная о наличии ее, мы некоторое время вели психотерапию по неправильному

пути, призывая, например, больную больше думать о своей работе, что здесь как раз имело лишь отрицательное значение.

Возможно, больная не считала достойным для матери открыть не только нам, но и самой себе, что наряду с потерей сына для нее может иметь большое значение и деловая неудача. Конечно, если больная думала так, а вряд ли можно сомневаться, что это было примерно так, то мысли ее строились неправильно. Было бы крайне полезно перестроить ложные ее тенденции прятать и от других, и от себя значение этой неудачи, а также и явно преувеличенную оценку ее и стоящих в связи с ней перед больной перспектив в работе.

Мы не могли открыть больной, что знаем о перенесенной ею на работе психотравме, так как ее родные сообщили нам об этом против ее желания.

Таким образом, неполнота сведений врача о фактах, характеризующих подлинную структуру психотравмы во всей ее сложности, лишает психотерапию эффективности если не всегда, то по крайней мере в тех случаях, когда скрытые для нас звенья психотравмы имеют глубокое жизненное значение для больного.

Как мы видели, даже знание некоторых фактов, освещающих эти скрываемые больным стороны психотравмы, не может обеспечить условия, нужные для эффективного лечения, если эти факты доходят до врача помимо больного, против его желания.

У этой больной мы столкнулись с прямым нежеланием открыть нам свои подлинные переживания. Но еще чаще бывает, что больные, сами приходя к врачу, плохо представляют себе сущность и сложную структуру психотравмы, значение некоторых недостаточно оцениваемых ими симптомов. Остановимся в этом плане на двух наших больных.

Больная К. поступила в больницу по поводу мучительной навязчивой мысли. Ей казалось, что она должна убить своего единственного и горячо любимого сына. Понимала, что этого никогда не сделает, но страдала, считая эту мысль для себя величайшим позором. Помещенная в больницу больная то страдала от такой оценки навязчивой мысли, то мучилась боязнью, что это начало психоза, что она «сходит с ума». Других жалоб больная сначала не предъявляла и не могла при первой встрече с нами рассказать что-либо о причинах возникновения своей болезни.

Контакт у нас установился сразу полный: больная явно открывенна, доверяет нам и ждет нашей помощи. Но она действительно

уверена, что болезнь ее выражается только в навязчивой мысли. Она не подозревает также, что эта навязчивость имеет причину в ее жизни, в особенностях ее личности. Поэтому спонтанно она и не может ничего нам рассказать больше ни о характере ее болезни, ни о причинах ее. В связи с таким суженным пониманием своей болезни и ее причин К. даже на вопрос о семейной жизни, о ее прошлом сначала отвечает стандартными фразами, долженствующими показать полное благополучие. В связи с этим первая беседа не дала ничего нового по сравнению с записями в истории болезни, сделанными врачом при приеме в больницу.

Сразу после первой нашей беседы больную начали лечить прерывистым сном (амитал-натрий и на фоне его действия внушение в гипнотическом состоянии). Во время лечения у нее было очень хорошее самочувствие. Явно большую роль в этом играло ежедневно проводимое внушение в гипнотическом состоянии. Но по окончании лечения скоро полностью восстановилось прежнее самочувствие, вновь появились навязчивости.

Теперь в процессе углубленного ознакомления с больной выясняется дополнительно ряд весьма важных фактов. В родной семье больную очень любили и баловали. Она там привыкла к тому, что за нее все делают и все решают. Была всегда нерешительной, мнительной, боязливой.

В эвакуации жила в тяжелых условиях. Познакомившись в то время с нынешним своим мужем, который значительно старше ее, вышла замуж, как говорит сама, «по расчету»: тяжело было жить одной. Мужа не любит. Он деспотичный человек, не дает ей возможности быть хозяйкой в доме, в связи с чем К. продолжает себя чувствовать несамостоятельной. Муж не позволяет ей служить; под его влиянием она мало с кем общается. У них один ребенок. Роды были тяжелые, с тяжелым послеродовым периодом. Находясь в родильном доме, мало говорила с другими роженицами, но слышала их беседы между собой. С одной стороны, разговоры о всяких послеродовых осложнениях и женских заболеваниях вызвали у нее сильную тревогу. К. начала считать себя больной, думать, что ей угрожают большие осложнения. С другой стороны, слушая о взаимоотношениях этих женщин с мужьями, о том, как они ведут хозяйство, заботятся о доме, работают на службе, она все более тяжело оценивала свою несамостоятельность, вынужденную пассивность и бездеятельность. Выписалась из родильного дома в тяжелом моральном состоянии; стала тяготиться несравненно больше, чем до родов, домом, мужем. Сына очень любила, но ее все время не оставляла мысль, что она как мать недостаточно полноценна. На этом фоне и возникла, очевидно, мысль об убийстве ребенка. По словам больной, она осознала ее будто бы впервые отчетливо, когда в доме убили заболевшую бешенством собаку. Надо думать, что последний эпизод мог только подтолкнуть, укрепить созревающую больную мысль.

Само собой разумеется, что без всех этих сведений, полученных от больной далеко не сразу, мы не были бы в состоянии ей помочь. Опирающаяся на них психотерапия, направленная не на один изолированный симптом навязчивости, а на общую перестройку личности больной,

дала весьма положительные и устойчивые, как выявил катамнез, результаты.

Вторая больная X., о которой мы хотим здесь сообщить, в течение пяти лет лечилась у различных врачей, в том числе и у специалистов-психотерапевтов, от бессонницы. Каждый раз лечение (бромиды, внушение в гипнотическом состоянии), учитывавшее только эту жалобу, давало весьма кратковременный положительный эффект, а затем вновь наступала мучительная упорная бессонница.

К нам больная тоже обратилась с этой единственной жалобой. Бессонница поглощает все ее внимание; только она будто бы ее и беспокоит. При первом посещении X. сказала, что если бы она спала по ночам, то ничего больше она не хотела бы, ничто другое ее не тревожит.

Однако при дальнейших беседах выяснилось, что больная уже в течение нескольких лет не выходит из дома одна и также не остается одна дома, так как чувствует при этом неодолимый страх. Малейшее напряжение или волнение вызывают у нее трепет, головную боль, слезы. Муж держится с ней сухо, мало разговаривает, мало с ней считается. Дома, боясь нагрузки, больная ничего не делает. Домашние к ней относятся, как к тяжелобольной. Она непрерывно всем близким жалуется на свою немощь, но считает это в порядке вещей. Чтобы ее не беспокоить, к ним в дом никто не приходит. Она даже не подходит к телефону, чтобы не устать, не волноваться. Все в доме подчинено этим особенностям больной. Она привыкла к своему положению вечно больной и, как сначала нам говорила, не тяготится им: ее беспокоит только недостаточный сон. Но далее становится ясно, что ее нельзя излечить от бессонницы, не перестроив фон, на котором последняя возникла. Постепенно больная начинает все полнее и отчетливее высказывать жалобы на свое положение в доме.

И здесь мы видим, насколько первые сведения могут быть недостаточны для эффективного лечения.

Мы помогли больной понять неправильность ее поведения, ее отношения к себе, понять, насколько бессонница связана с общей ее беспомощностью.

Теперь эффект лечения и в отношении сна, и в отношении других проявлений болезни оказался весьма положительным и прочным. Было полезно уже то, что больная перестала концентрировать свое внимание на бессоннице: это помогло ее быстрому и прочному преодолению. Изменилось и все поведение больной. Улучшение ее состояния было устойчивым (сведения получены через год после окончания лечения).

Небезынтересно привести описание лечения одной больной французским врачом Брианом, использованное А. А. Токарским в его докладе на IV съезде русских врачей и отсюда нами заимствованное для иллюстрации того же положения о необходимости для правиль-

ного проведения психотерапии достаточно глубокого знания больного.

Эта женщина обратилась к Бриану с жалобой на то, что она каждую ночь в одно и то же время испускает крики, которые пугают мужа и даже соседей. Бриан попытался, введя больную в гипнотическое состояние, внушить ей, что впредь она по ночам кричать не будет. Это внушение не было эффективно: больная продолжала кричать по ночам совершенно так же.

Столкнувшись с такой неудачей, Бриан, согласно его собственному описанию, решил направить внушение не на явление крика, а на причину, его вызывающую. Он просил мужа, когда больная опять закричит, разбудить ее и спросить, почему она кричала. Скоро муж сообщил врачу, что больная кричит под влиянием ежедневно повторяющегося сновидения: ей снится, будто бы ее заживо опускают в могилу и засыпают землей — в этот момент она и кричит.

Теперь больной внушалось, что описанное сновидение не повторится. Больная перестала кричать по ночам.

И здесь весьма наглядно представлена зависимость результатов лечения от знания причины возникновения того или иного симптома. Можно только добавить, что Бриану следовало бы попытаться также выяснить, почему у больной возникло и столь упорно держалось такое страшное сновидение. Тогда ему удалось бы, вероятно, избавить больную не только от этого явления.

Бриан (по крайней мере, судя по докладу А. А. Токкарского) не сообщал ни о других патологических явлениях у больной в момент обращения, ни о ее общем самочувствии после лечения. Но трудно представить себе, что она получила у врача всю ту помощь, на которую вправе была рассчитывать. Ознакомление с больной и лечение ее имели здесь в виду устранение только одного патологического явления, очевидно частного, и это, конечно, неправильно, хотя иногда врач и бывает вынужден ограничиться подобными частными мероприятиями. И это наблюдение подтверждает, что даже при поверхностном выяснении причин болезни можно достигнуть частично положительных результатов психотерапии. И все же психотерапевт, вынужденный лечить больного, зная только отдельные явления болезни и некоторые моменты, определяющие возникновение болезни, лишь

иногда может достигнуть успеха в устранении этих явлений, а тем более в радикальном лечении больного.

Как мы видели, нередко и сами больные не могут отдать себе отчета в подлинном значении тех или иных обстоятельств для их заболевания. Весьма нередко непосредственно предшествующая ему травма, которую больной может добросовестно считать единственной действительной причиной заболевания, есть лишь последний толчок к нему, а подлинной причины больной не может открыть ни другим, иногда же в какой-то мере ни самому себе. Конечно, эта констатация ни в коем случае не говорит о том, что мы здесь сталкиваемся с фрейдовским «бессознательным».

Мы лечили больную Кан., Потеряв пятилетнюю дочь, она заболела тяжелым неврозом. Сама она очень стремится объяснить это заболевание когда-то необоснованно диагностированным у нее арахноидитом. Она создала дома в связи со своей болезнью совершенно невыносимую обстановку для мужа. В комнатах всегда темно — шторы днем опущены, так как больная «не выносит солнечного света и не должна его видеть после смерти дочери». В числа каждого месяца, совпадающие с числами предсмертных дней дочери, в доме соблюдается особая тишина, и эти дни проходят в трауре. В эти дни больная испытывает тяжелые головные боли, которыми страдала перед смертью дочь, скончавшаяся от менингита, и завешивает лицо черным платком, чтобы предохранить его от света, который якобы усиливает ее головную боль.

Ошибочно поставленный диагноз арахноидита, мы думаем, в большой мере был обусловлен тем, что не было учтено возникновение у больной симптомов, наблюдавшихся у ее дочери перед смертью и преимущественно в те дни (числа) месяца, когда дочь умирала. Недостаточное ознакомление с больной здесь определило неправильную диагностику. Но и теперь, когда эти моменты учтены, они еще не вскрывают должным образом сущности психотравмы. Только дальнейшее ознакомление с больной делает это возможным.

Конечно, больная была глубоко привязана к дочери, конечно, смерть дочери — тяжелая травма. Но все же после многих бесед становится очевидным, что больная не любит мужа, обвиняет его про себя в том, что он якобы испортил ее жизнь. Она думает, что муж — причина того, что ее жизнь не удалась. По словам больной, она скрывает от мужа эти мысли. Выяснилось, что та жизнь, которую она создала себе и мужу после смерти дочери, несомненно, является в немалой мере выражением отношения больной к нему.

Таким образом, и здесь поведению психопатической больной с резким обострением психопатических черт лишь в результате длительного анализа удалось найти объяснение не в одной, лежащей как бы сверху психотравме, а в ее единстве с другой длительно действующей

щей травмой — семейным конфликтом и с личностью больной в целом.

Анализ сложившейся для больной ситуации и ее переживаний оказался весьма затруднительным. Пока мы шли по пути, намеченному без знания всех обстоятельств, психотерапия была малоэффективной. Когда же мы сумели с помощью больной выяснить ее отношение к мужу, мы достигли значительно больших, хотя все же ограниченных, успехов.

Конечно, и здесь (как и всегда) было бы грубейшей ошибкой думать, что конфликт с мужем был у больной «вытеснен в подсознательное».

Прекрасно зная о своем отношении к мужу, больная не может и не хочет осознать влияния этого момента на отношение ее к потере дочери, на все ее поведение. Психотерапевт должен был помочь ей это понять, что, несомненно, было полезно больной.

Фактическую сторону своих переживаний, своих отношений с мужем больная сознает, но она не вполне осознает связь своего поведения с этими фактами, ей тяжело эту связь признать. Здесь не нужно прибегать к мистическому «бессознательному», чтобы объяснить причину игнорирования больной в беседе с врачом роли ее отношений с мужем в возникновении болезни. Подлинная глубокая скорбь о дочери создает сильный очаг, тормозящий все другие очаги возбуждения. Нельзя исключить и того, что истеричная больная стремится больше выпятить то, что ее рисует перед окружающими в более выгодном свете, вызывает больше сочувствия. Все это усиливает влияние механизма отрицательной индукции.

Мы должны здесь оговориться: вскрыв сложность психогении, мы иногда должны весьма осторожно подойти к освещению ее существа больному, чтобы не нанести ему этим дополнительную психотравму.

Не менее сложно соотношение различных психотравм у больной Пр.

Эта больная при трагических условиях потеряла недавно мужа. Психопатическая личность реагировала на тяжелую потерю затянувшейся депрессией с тенденцией необоснованно приписывать себе вину в постигшем семью несчастье. Больную пришлось стационаризовать. Первые беседы дали нам лишь возможность выяснить, что психотравма нашла почву, благоприятствующую развитию тяжелой депрессии: больная всегда отличалась психопатическими чертами со склонностью к депрессивным реакциям. Лишь после дли-

тельного выяснения подлинных отношений больной к окружающим выяснилось, что два момента осложняют ее переживания.

С больной проживает ее мать, которая всегда находила поддержку у покойного зятя в очень частых конфликтах с дочерью. Образовавшееся при жизни мужа плохое отношение больной к своей матери теперь усилилось. Она весьма эмоционально рассказывала об этом, когда мы подошли по своей инициативе к ее взаимоотношениям с матерью, и постепенно раскрыла свое отрицательное отношение к последней. Больная ни за что не хочет в дальнейшем жить с матерью, но не знает, как это реализовать, как разъехаться с ней.

Больная после смерти мужа не выносит прежних знакомых, друзей ее и мужа, их детей. Ко всем этим людям она относится плохо в связи с тем, что они сохранили материальные преимущества, которые она и ее дети потеряли со смертью мужа, хотя семья, несомненно, далеко не обречена на нужду. После нескольких наших встреч с ней больная также весьма эмоционально и подробно рассказывает об этом.

Эти два момента, прикрытые сначала для нас фактом потери любимого мужа, конечно, имеют большое значение для понимания ситуации, в которой живет больная, и помогают уяснить сложность психотравмы, а также психопатический характер больной, склонность ее нервной системы реагировать депрессией и некоторые жизненные позиции больной. Без таких знаний, конечно, психотерапевт не может рассчитывать на значительный успех.

Задача психотерапии больной Пр. должна была в свете постепенно раскрытых фактов заключаться в стремлении примирить больную с матерью, изменить ее отношение к бывшим друзьям мужа и всем их семьям, к новым условиям жизни. Только учитывая это, можно было эффективно воздействовать на очаг, образованный потерей мужа.

Приведенные истории болезни, мы полагаем, показывают также, что психотравма должна всегда раскрываться врачом во всей ее сложности. Психотравма, как правило, не может быть сведена к какому-либо одному удару по психике больного. Патологическая реакция на этот удар всегда должна быть еще объяснена и особенностями личности, состоянием центральной нервной системы, предшествующими событиями, условиями жизни, взглядами больного и пр. Без такого анализа психотерапия редко может быть вполне успешной.

Нередко важные материалы для ознакомления с больными, для раскрытия особенности их личности, их отно-

шения к окружающему, их переживаний врач получает уже в процессе лечения.

Остановимся на одной больной, о которой важные дополнительные данные были получены при анализе эффекта психотерапии.

Больная М., 45 лет, служащая. Несколько раз в прошлом истерические реакции, однажды с афонией. Недавно скончался муж; от дочери с фронта (начало 1945 г.) очень давно нет известий. Явилась с жалобами на вновь наступившую афонию, на бессоницу, страхи. Боятся оставаться одна в комнате. Сильные головные боли. Не работает (листок временной нетрудоспособности). Больную надо было лечить возможно скорее: работа ее такова, что, приступив к работе, она уже не смогла бы приходить в диспансер. После первой беседы мы приступили к лечению, применяя внушение в гипнотическом состоянии. Больная легко вводится в глубокое гипнотическое состояние. Уже очень скоро состояние ее резко улучшилось. Раньше всего совершенно прошли головные боли, затем стали постепенно уменьшаться страхи и вскоре исчезли. Стала хорошо спать. Наиболее устойчивой по отношению к лечению оказалась афония. Больная стала обнаруживать явное нежелание возвращаться на работу. Далее становится совершенно очевидным, что устойчивость афонии связана с этим нежеланием. Больная вначале совершенно не жаловалась на работу, теперь же она много рассказывает о причинах своей неудовлетворенности работой и почему она хочет ее переменить. Она сообщает, что если длительная афония у нее отмечается вторично, то на работе под влиянием возникающих там трудностей кратковременные афонии наступают довольно часто. И настоящее обострение болезни наступило непосредственно после происшедшего на работе столкновения, ее взволновавшего и обидевшего.

Связь афонии у этой истерической больной с особенностями ее работы, с ее отношением к работе теперь становится несомненной даже самой больной, которая раньше об этом не думала, во всяком случае не говорила. Именно особая неподатливость лечению афонии помогла выявить роль неудовлетворенности больной работой в затянувшемся ее заболевании.

На работе больной приходится много говорить и притом очень громко. Наличие афонии является безусловным противопоказанием к возвращению на работу. В дальнейшем в процессе психотерапии вновь вскрытые факты были полностью учтены. Больная вскоре освободилась и от афонии в значительной мере в результате перестройки своего неоправданного отношения к работе. Через некоторое время она полностью поправилась и спокойно вернулась на прежнюю работу, где справедливо считалась ценным работником, хотя здесь и отмечали ее повышенную раздражительность, чувствительность и обидчивость.

Мы неоднократно убеждались в большом значении относительной устойчивости отдельных патологических явлений для пополнения наших знаний об особенностях и причинах заболевания.

У больной М., можно думать, ассоциации с неприятными моментами на работе приобрели тормозное влияние на особо напрягающиеся на работе голосовые функции и при общей тормозной реакции на тяжелые психотравмы выпадение голоса оказалось наиболее устойчивым. Так происходит весьма нередко.

На примере этой больной мы видим, что, и не располагая в первый период лечения достаточно полными сведениями о травмирующих влияниях, мы все же могли оказать ей частичную помощь. Но мы видели, что психотерапевт может совершить и серьезные ошибки, начав лечение до того, как он располагает необходимыми данными для правильного его проведения.

В дальнейшем мы еще приведем описание успешного лечения больных в порядке «скорой помощи», о двух же таких больных коротко расскажем здесь.

К нам обратилась за помощью актриса Тр., несколько лет весьма успешно работавшая в разных театрах. Вследствие ряда обстоятельств у нее в последнее время на работе был ряд неприятностей. Она утверждала, что ей не поручают больших ролей, на которые она имела все основания претендовать, и чувствовала себя ущемленной. Наконец, ей поручили роль, которую ей хотелось исполнить. Работая над ней, актриса стала впервые испытывать страх показа своей работы руководству, который, естественно, снижал качество исполнения. Это, разумеется, не могло не беспокоить больную, и она обратилась к нам за помощью за несколько дней до решающего показа своей работы над ролью руководству театра. От успеха этой помощи, действительно, зависело многое в ее будущем. Уже в первом кратком рассказе больной можно было уловить наличие у нее ряда личностных моментов, способствовавших возникновению такого изолированного патологического очага.

Нам было ясно, что страх, серьезно угрожавший дальнейшей работе больной, возник не только потому, что до этого руководство проявляло к ней будто не вполне справедливое отношение, как она об этом рассказала.

Но ограниченные временем, которым располагала для лечения больная, мы решили, учитывая необходимость срочной помощи ей, пойти на применение симптоматического лечения. Больная была у нас всего три раза; причем ей проводилось каждый раз внушение в неглубоком гипнотическом состоянии. И в этом внушении, и в беседах, каждый раз проводимых с больной, мы укрепляли ее уверенность в себе и обращали ее внимание на то, что имевшиеся раньше неблагоприятные для нее в театре условия теперь существенно изменились, что отношение к ней, судя по ее же словам, стало опять, как и прежде, безусловно положительным, что никто придираться к ней не станет, что успех ее обеспечен. Результаты были достаточно хорошими — поставленные перед лечением ограниченные задачи были разрешены полностью: больная нам сообщила, что показ прошел хорошо, она совсем не волновалась, была спокойна и роль провела хорошо при общем одобрении.

Конечно, мы не имеем оснований для уверенности, что у больной не возникнут еще какие-либо патологические реакции на почве, обусловившей образование страха, по поводу которого больная к нам обратилась, но мы не имели также и оснований сожалеть, что пошли на столь нужную больной «скорую помощь».

Иногда целесообразно оказать такую узко ограниченную «симптоматическую» помощь и больному, у которого более явно выступают значительные общие расстройства. Но при этом следует опираться на достаточное понимание создавшейся у больного ситуации и особенностей его личности. Приведем кратко еще одну историю болезни, иллюстрирующую это положение.

Молодая женщина К. недавно вышла замуж. Она явно страдает истерией, но к нам пришла из-за одного в настоящее время для нее важнейшего патологического явления: с момента совместной жизни с мужем у нее обнаружился непреодолимый страх перед половым актом. Супружеская жизнь оказалась невозможной, и это крайне тревожит молодых людей. К. пришла к нам в тяжелом состоянии. Ей особенно трудно потому, что не с кем поговорить откровенно о сложившейся ситуации. Положение ею воспринимается как **безвыходное**.

Меньше всего больная была склонна сейчас к длительному лечению. Мы сделали попытку симптоматического лечения, оказавшуюся полностью успешной. Мы выяснили, что больная в течение всей жизни отличалась застенчивостью, а ее супружеская жизнь протекает в таких условиях, что они с мужем никогда не остаются в полной мере одни. Удалось, поговорив с родными молодой женщины, временно несколько изменить условия жизни молодой пары. Супругам вместе с тем было объяснено, что трудности обусловлены и застенчивостью молодой женщины, что никакой серьезной, тем более неустранимой патологии в их основе нет. Эта помощь оказалась достаточно эффективной. Весьма ограниченные сведения о больной вообще, но достаточные для выяснения происхождения в данный момент важнейшего патологического явления в этом особом случае дали возможность для эффективной помощи.

Без наличия и этих ограниченных сведений мы не могли бы вообще, конечно, помочь больной. Но ограниченность наших сведений о ней, а главное неподходящая ситуация не дали нам возможности пытаться более радикально лечить больную от истерии.

«Скорая помощь», которую здесь было необходимо оказать, ограничила наши задачи, а в связи с этим и программу исследования больной.

И здесь мы видим, таким образом, что ознакомление с больным следует полностью соотносить с задачей терапии при существующих условиях.

Мы исходим из положения, что возникновение и течение невроза, как и успех психотерапии, больше всего зависят от настоящего, от той ситуации, в которой живет больной, от осознаваемых им перспектив в будущем, от отношения к ним больного и, конечно, от особенностей нервной системы, врожденных и приобретенных.

Роль давно прошедших переживаний, несомненно, значительна, поскольку они оставили глубокие следы в нервной системе, в личности больного, но ведущее и решающее значение для психотерапии имеет все же не прошлое: оно важно не само по себе, а как оно переработано в настоящем, т. е. важно настоящее, взятое в аспекте истории личности.

Вместе с тем опыт показывает, что чрезмерное акцентирование роли прошлого отрицательно воздействует на больного, прежде всего тем, что уводит его от сегодняшней и завтрашней жизни. Это начинают понимать и некоторые психоаналитики. Недавно Ф. Александер выступил (1955) с осуждением «механической» концепции, выводящей понимание человека целиком из прошлого и игнорирующей настоящее.

Раньше было распространено деление неврозов на актуальные и психоневрозы. Значительное влияние давних психотравм предполагалось только на неврозы второй группы. Конечно, в настоящее время мы не можем недооценивать как давние психотравмы, так и актуальную ситуацию в происхождении всякого невроза. Но далеко не всегда нам необходимо для выяснения генеза и существования невроза и лечения особенно полно знакомиться с прошлым, особенно настойчиво добиваться получения детальных сведений о нем. Мы не считаем полезным во всяком случае пользоваться для получения таких сведений гипнозом и методом катарзиса.

Метод катарзиса (от греческого слова — очищение. Термин введен был Аристотелем в его философских работах) был впервые в медицине применен венским врачом Брейером (Breuer) 1880 — 1882 гг. и описан позднее Брейером и Фрейдом в их общей работе.

Брейер был приглашен лечить страдавшую тяжелой истерией образованную девушку, у которой нередко наступали сумеречные состояния. Вводя ее легко в гипнотическое состояние, Брейер напоминал ей отдельные

слова, произносившиеся ею в сумеречных состояниях (позднее стали предлагать больному в целях катарзиса высказывать «свободные ассоциации», отправляясь от отдельных симптомов болезни), и достиг того, что больная рассказывала о различных фактах, связанных с возникновением у нее сумеречных состояний и других патологических явлений. Этот рассказ будто бы не только помогал врачу понять происхождение некоторых патологических явлений, но и улучшал состояние больной, приводил к устранению некоторых болезненных явлений. Катарзис, таким образом, был применен не только для вскрытия моментов «бессознательного», но и в целях «отреагирования» аффективных переживаний больным, т. е. в целях лечебных.

Подобным образом используют многие авторы наркотический неполный сон (наркоанализ), впервые предложенный в 1845 г. Моро де Тур (Moreau de Tours). Он получил распространение в наше столетие под влиянием психоанализа.

Иногда метод катарзиса и наркоанализ используют не в целях лечения на основе концепции Фрейда, а только для изучения психотравмы.

Мы не считаем метод катарзиса приемлемым для лечения, полагая, что и для раскрытия переживаний больного не обязательно вводить его в гипнотическое состояние или воздействовать на него наркотическими веществами. Нет оснований думать, что в гипнотическом состоянии больной может открыть то, что он никак не сумеет сказать в состоянии бодрствования при правильном поведении врача. К тому же откровенная сознательная беседа больного с врачом сама по себе способна оказать большее терапевтическое влияние на больного, несравнимое с тем, что может ему дать гипно- или наркоанализ. И вообще эти методы редко приводят к каким-либо результатам.

Отметим еще, наконец, что ряд авторов обращал внимание на то, что в гипнотическом состоянии, как и под влиянием снотворных, больные часто извращают истину. Об этом писал, например, Мессермен (J. Messermer), высказавший вместе с тем мнение, что самые извращения истины могут быть интересным материалом для суждения врача о больном. Но вряд ли это соображение оправдывает применение указанной методики.

Критиковали метод наркоанализа и многие другие авторы.

Остановимся еще на некоторых вопросах, которые должны быть затронуты по возможности в первых беседах с больным в процессе ознакомления с ним врача.

Семейные трудности нередко являются одним из моментов, ощутимо повлиявших на больного. Конечно, врач должен ими интересоваться. Нередко целесообразно ознакомиться и с наиболее интимной стороной семейных отношений, но подходить к этим вопросам нужно строго в меру действительной необходимости.

Мы, конечно, не считаем, что сексуальная сторона имеет то значение, которое ей приписывают психоаналитики. Сексуальные нарушения, по нашему мнению, чаще являются вторичным, чем первичным, нарушением при неврозах. Травмы, рассматриваемые психоаналитиками как сексуальные, как правильно об этом пишет В. Н. Мясищев, в основном имеют явно социальную природу (семейные отношения и пр.). Нет, конечно, оснований не ставить врачу перед собой, учитывая все эти особенности «сексуального», задачу осторожно выяснять эту сторону жизни у ряда больных, игнорировать ее.

Вопрос об особенностях, выявившихся у больного в детском возрасте, как и о переживаниях детского возраста, конечно, часто имеет большое значение для понимания генеза ряда заболеваний. Например, нередко склонность к фобиям выявляется у людей, с детства страдавших страхами, недержанием мочи, заиканием. Знать это важно и бывает полезно должным образом объяснить больному значение связи явлений детства с нынешними невротическими симптомами. Большую роль могут играть тяжелые условия жизни в детском возрасте, плохое отношение родителей и ряд других моментов. Выявление их важно и для целей дифференциальной диагностики, и для определения пути лечения больного. Большое значение имеет вопрос о развитии характера, о наличии резко обозначенных сдвигов в формировании характера на различных возрастных этапах.

Необходимо выявление характера сна больного не только в то время, когда он находится под наблюдением, но и в прошлом. Эти сведения важны для правильного представления об особенностях нервной системы

больного, нередко — о начале заболевания и характере его. Выявление обычного характера сна имеет некоторое значение и для оценки гипнотизабильности больного.

Выяснение характера сна еще важно и потому, что успешная психотерапия невозможна без устранения бессонницы, если она есть. Следует иметь в виду, что часто именно психотерапия оказывается наиболее эффективным методом преодоления расстройства сна.

Нередко больные под влиянием патологических эмоций страдают от тягостных сновидений. Выявление такого рода сновидений также имеет известное значение. С одной стороны психотерапия, особенно внушение в гипнотическом состоянии, в ряде случаев быстро устраняет эти нарушения качества сна. Нередко после первого же внушения в гипнотическом состоянии тяжелые сновидения исчезают. С другой стороны, характер сновидений помогает иногда врачу лучше понять и переживания больного, и происхождение его заболевания. Очень характерными бывают сновидения у контуженных на войне, страдающих неврозами. Страдающие страхом смерти нередко видят в сновидениях мертвецов, гробы и т. п.

Нам незачем особенно подробно заниматься сновидениями. Не нужно направлять внимание больного на «толкование» их, повышать у него интерес к ним, но все же следует учитывать, что иногда ознакомление со сновидениями помогает врачу не только выяснить самому некоторые особенности заболевания, но уяснить их больным.

Сошлемся в этом отношении на два наших наблюдения.

Больной Б. тяжело переживает повреждение своего лица вследствие ранения. Он рассказывает нам, что во сне видел себя, как бы со стороны, покойником. Мы сочли возможным тут же остановить внимание больного на этом сновидении, объяснив ему, что оно как-то отображает его неправильное отношение к дефекту своего лица. Мы убедились, что такая беседа о сновидениях была больному полезна.

В ознакомлении со сновидениями, как и всегда при правильном психотерапевтическом подходе к больному, процесс ознакомления врача с больным уже должен в известной мере не отделяться от лечения больного.

Другой больной С. с таким же дефектом лица видел во сне, что опускают в могилу трупы его матери, двух братьев и его

самого. В другом сновидении этого же больного — много покойников, среди которых и его труп, завернутый в полотно. Его труп перемещается в воздухе при помощи подъемного крана, падает и от туловища отделяется голова. Сам больной бросается поднять голову и приставляет ее к туловищу, при этом от головы отваливается челюсть.

Собственная смерть и смерть близких, распадение своего тела — вот лейтмотивы этих сновидений, явно отражающих общий характер переживаний больного в состоянии бодрствования. В рассказах больных о своих сновидениях с их подчеркнутой эмоциональной структурой эти переживания нашли более яркое отражение, чем в рассказах об их переживаниях в состоянии бодрствования. Следует обратить внимание не только на содержание рассказа больного о своих сновидениях, но и на то, как он рассказывает о них. Полнота, картинность, эмоциональное отношение к рассказу о сновидениях являются здесь показателями близости сновидения к основным переживаниям. Использование материала сновидения для оценки состояния эмоциональной стороны переживаний больного в этих случаях не имеет ничего общего с фрейдовским пониманием сновидений как символических выражений автономной бессознательной сферы. Конечно, пользуясь материалом, полученным из рассказов больного о своих сновидениях, следует учитывать возможность неумышленной конфабуляции или даже умышленного обмана, но обычно опытный врач всегда способен уловить обман или конфабуляцию, особенности которых также могут стать полезным для врача материалом, характеризующим больного.

Теоретической основой нашего подхода к сновидениям является указание И. П. Павлова, что при ослаблении тормозящего влияния коры на подкорку следы сильных переживаний в подкорке выступают особенно активно. Таким образом, в сновидении могут особенно явно выступать следы этих необычно сильных раздражений.

Как уже отмечено, знания врача о больном весьма существенно дополняются наблюдением за его поведением в процессе психотерапии или других видов лечения, а также из анализа эффекта терапии на разных ее этапах.

Нередко первоначально собранные данные о больном бывают не вполне достаточными для того, чтобы

можно было убедительно диагностировать заболевание.

Последующий анамнез, получение дополнительных данных в процессе лечения могут принести существенную пользу и в этом отношении.

Ознакомимся с кратким описанием больной, у которой попытка психотерапевтического воздействия могла поставить диагноз.

Больная К., 34 лет, заведующая библиотекой. В августе 1944 г. из библиотеки ночью были похищены 1500 чистых тетрадей. К., у которой никогда не отмечалось никаких выражений психических расстройств, сразу же по обнаружении кражи начала испытывать без всяких оснований страх, что ее арестуют по обвинению в краже, слегла в постель и вскоре перестала говорить.

В середине октября доставлена в больницу. Резко заторможена. Мало и неохотно передвигается. Почти совсем не говорит. За несколько дней сказала врачу шепотом лишь несколько безразличных по содержанию слов. Вопрос о диагнозе не был окончательно решен, но, учитывая, несомненно, реактивное начало заболевания, было решено прибегнуть к психотерапии в виде внушения в гипнотическом состоянии.

При первой же попытке ввести больную в гипнотическое состояние она начала немного говорить, правда шепотом, с огромным напряжением. Несмотря на то, что больную не удавалось усыпить, на третьем сеансе она стала говорить без напряжения, нормальным голосом. После этих сеансов больная начала высказывать явно бредовые идеи самообвинения. Речь больной характеризовалась рядом патологических черт: лаконичностью, склонностью к повторениям, разорванностью. Невозможно было сомневаться в диагнозе шизофрении, вполне оправдавшемся при дальнейшем наблюдении.

Собрать достаточный анамнез у самой больной было невозможно, не было возможности получить о ней и достаточные сведения от окружавших ее лиц. Но все же с несомненностью удалось установить, что до последней неприятности ее родные и сослуживцы не замечали в ее поведении ничего патологического. Следовательно, заболевание стало заметным лишь после психотравмы. Очевидно, такое начало может объединить в клинике процессуальные и собственно реактивные черты.

Психотерапия в этих случаях особенно способна пополнить наше знание больного и облегчить диагностику. Как мы видели, она способна и снимать при этом отдельные выражения болезни, способные затруднить диагностику.

Нередко помогает глубже узнать больного его поведение в гипнотическом состоянии.

Мы лечили больного Д., истерические черты у которого, судя по анамнезу, были выражены с детства. Особенно на этой почве выражены у него страхи и сексуальные фантазии. Он очень ищет помощи. В состоянии бодрствования всегда весьма эмоционально говорит о своем горячем желании быть здоровым, но вместе с тем выражает опасение, что болезнь «сидит глубоко». Беседами с ним мы уже достигли значительного эффекта, но все же решили применить и внушение в гипнотическом состоянии.

На втором сеансе гипноза мы говорим больному то, что много раз говорили ему в состоянии бодрствования при его одобрении и с терапевтическим эффектом, а именно, что он не будет больше испытывать страха за свое сердце. После сеанса он говорит: «Фу, было тяжело. Я как-то, когда Вы говорили, раздвоился: с одной стороны, я тянулся к Вам; с другой стороны, в голове роились больные мысли, сомнения, страхи. А потом я перестал как-то себя чувствовать. Но в этот момент мне было почему-то тяжело». Эти слова явно связаны со словами о том, что болезнь «сидит глубоко».

Состояние больного продолжало улучшаться. Опять проводим сеанс гипноза. Мы говорим ему: «Вы теперь себя чувствуете совсем хорошо, вы здоровы». В этот момент больной вздыхает. Мы выводим его из гипнотического состояния и спрашиваем, почему он вздыхал. И снова больной отвечает: «Я почувствовал, что у меня сейчас начнется истерика».

Сообщения больных о их переживаниях в гипнотическом состоянии, не имеющих ничего общего с методом катарзиса, иногда таким образом пополняют наши сведения о них. Этими возможностями, конечно, нет оснований пренебрегать.

Нельзя не видеть, что работа врача по выяснению особенностей личности больного, обстоятельств его заболевания, его переживаний и т. п. может в той или иной мере травмировать больного. Встречаются больные, которые и сами просят врача не затрагивать тот или иной вопрос, особо мучительный для них. Эти заявления большей частью как раз не указывают на значительные трудности для врача. Конечно, такое заяв-

ление больного мы должны полностью учесть, но вместе с тем мы не имеем права содействовать фиксации мотивов и тенденций больного, в этом заявлении проявляющихся. Мы должны стремиться сдвинуть больного с позиции, определившей его нежелание говорить о какой-либо стороне его переживаний.

Можно ждать, что больной скоро, убедившись во внимательном и доброжелательном отношении врача к себе, заговорит, преодолеет торможение в этом больном пункте, и это поведет к дальнейшему сдвигу в положительную сторону в отношениях больного к врачу и улучшит состояние больного. Приведя его к откровенности, врач при правильном поведении больного не рискует повредить ему. Можно вызвать у такого пациента, касаясь больного пункта, слезы, огорчение, но нет оснований этого опасаться. Такая реакция ему не повредит, не помешает лечению, если врач правильно к ней отнесется, даст больному высказаться, сочувственно его выслушает, правильно и вместе с тем осторожно, не приходя еще сразу с ним и с его позицией в столкновение, сделает, если это нужно, свои критические замечания по поводу высказываний больного. Иногда следует, смотря по состоянию больного, отложить более подробный разбор особенно аффективных его высказываний, до того момента, когда он станет спокойнее, предупредив больного об этом.

Значительно труднее положение врача в тех случаях, когда больной, не заявляя прямо о нежелании или затруднительности говорить на волнующую его тему, сознательно пытается скрыть от врача некоторые факты или тем более извратить истинное положение. С такими больными (если, конечно, они действительно больны) иногда приходится вести длительную подготовку, по существу воспитательную работу, до того, как они изменят необходимым образом свое поведение и отношение к врачу и к тем вопросам, правильное освещение которых по тем или иным причинам является для них нежелательным. Особенно серьезные трудности этого рода возникают при лечении психопатов, иногда наркоманов.

Поспешно и резко выраженное (хотя бы и обоснованное) недоверие врача к словам больного может привести к нежелательным последствиям — к возникнове-

нию конфликта между больным и врачом, приводящим в свою очередь в ряде случаев к невозможности продолжать лечение и к необходимости прервать его. Иногда при этом больные генерализуют свое отношение к лечению и к врачам и в дальнейшем не пытаются лечиться вообще. Там, где надежда на лечебный эффект не потеряна, необходимо, верно оценивая особенности личности больного и ситуации, в которой он находится, а также временный или постоянный характер его неправильного отношения к врачу, осторожно на него воздействовать, постепенно выправлять его поведение, не доводя до несвоевременного конфликта его с врачом.

Заканчивая этот раздел, еще раз скажем, что ознакомление врача с больным — исключительно важная сторона обследования и лечения. Вместе с тем нельзя забывать, как сложна эта деятельность врача, как много она требует внимания, чуткости, такта, знания.

Мы хотим, наконец, еще указать на необходимость тщательного ознакомления с больным в конце лечения. Нередко эффективность психотерапии учитывается только по отдельным симптомам. Если проводившееся лечение в силу существующих условий не ставило перед собой лишь задачи устранения отдельных симптомов, то только достаточно глубокое выявление происшедших в больном, в его личности, в его отношениях к себе, к болезни и пр. перемен может дать правильный ответ на вопрос об эффективности психотерапии. Очень часто бывает целесообразным и даже необходимым длительное время по окончании курса психотерапии и достижении как будто и совсем хорошего эффекта продолжать наблюдение и повторные исследования больных вместе с «поддерживающими» по мере надобности психотерапевтическими беседами.

ПСИХОТЕРАПИЯ В СОСТОЯНИИ БОДРСТВОВАНИЯ БОЛЬНОГО

В истории развития психотерапии, несомненно, выдающуюся роль сыграл гипнотический метод. В СССР и в настоящее время этот метод пользуется широким признанием специалистов психотерапевтов, а также и представителей других лечебных специальностей.

Вместе с тем, отдавая должное этому методу, мы ни в коем случае не можем признавать за ним значение единственного, всеобщего, решающего или обязательно-го, не видеть наряду с его преимуществами и его недостатки. Мы считаем недопустимыми попытки сводить психотерапию к гипнотическому методу.

Планомерное воздействие на больного в состоянии бодрствования неизбежно и необходимо во всех случаях. Это воздействие имеет свои задачи и свои преимущества, которые врачу необходимо всячески учитывать. Именно методами этого рода воздействия должен прежде всего владеть врач вообще и специалист психотерапевт в частности.

И. П. Павлов писал, что в гипнотическом состоянии больного слова врача воздействуют на него «роковым образом». Действительно, внушение в гипнотическом состоянии может заставить человека совершать и в гипнотическом состоянии, и в состоянии постгипнотическом поступки, которых он без внушения не стал бы совершать, но все же к совершению которых он внутренне подготовлен.

Положительный эффект внушения вместе с тем достигается далеко не всегда в полной мере и зависит от ряда моментов, о которых мы скажем в главе, специально посвященной гипнотической методике. Не всегда

врача может удовлетворить эффект внушения в гипнотическом состоянии, если он и достигается.

«Роковым образом» воздействующее влияние полезно и устойчиво лишь в том случае, если оно помогает больному поступать в соответствии с тем, как он хочет поступить сознательно, в соответствии с его преобладающими тенденциями.

При наличии или позднейшем возникновении под влиянием жизненных обстоятельств тенденций, противоположных внушенному, успех психотерапии не может быть устойчивым. Задача психотерапии может в большинстве случаев быть понята как задача перестройки соотношения противоположных тенденций, противоположных побуждений.

Именно обретая единство, преодолев наиболее выраженные внутренние противоречия, личность больного придет в такое состояние, которое даст возможность ему продвигаться по пути к выздоровлению. А это как раз и требует большей частью воздействия не только на отдельные участки коры, бодрствующие в гипнотическом состоянии, а на всю кору головного мозга, что в основном возможно и наиболее эффективно в состоянии бодрствования, при ясном сознании больного. Об этих преимуществах воздействия на бодрствующее сознание говорил на своих «Клинических средах» и И. П. Павлов.

Как правило, такое психотерапевтическое воздействие и более прочно. Наши катамнестические наблюдения говорят следующее: если психотерапевтический эффект достигнут в большей мере при помощи гипнотического метода, нередко в дальнейшем можно обнаружить его ослабление.

Если психотерапия в основном велась в состоянии бодрствования больного и привела к известной перестройке его личности, некоторых его взглядов и представлений, интересов, тенденций и отношений, то мы часто наблюдаем не только большую устойчивость результатов, но и нередко нарастающее улучшение после окончания лечения.

Приведем описание истории болезни пациента, которого не удалось лечить с применением гипнотического метода и у которого лечение в состоянии бодрствования дало весьма положительные результаты.

Больной Г. недавно перенес инфекционное заболевание с явлениями энцефалита. К нам он обратился с жалобами на головокружения, ощущения сжатия в области сердца, боязнь ходить по улицам и пользоваться городским транспортом.

После краткой подготовки сделана попытка ввести больного в гипнотическое состояние. При этом им овладевает резко выраженное беспокойство: возникает сердцебиение, резко учащается пульс, больной в страхе вскакивает с дивана. Очень просит лечить его иначе. Повторная попытка закончилась так же. Весьма возможно, что соответствующие трудности были обусловлены состоянием головного мозга после энцефалита. От дальнейших попыток гипнотизации мы отказались и перешли полностью на воздействие в состоянии бодрствования больного.

Мы объясняли психогенный и функциональный характер явлений, которые его беспокоят, говорили, что то, что он не работает и ведет жизнь больного, усиливает эти расстройства, что он должен резко изменить образ жизни, начать работать, перестать ходить по врачам и на всевозможные исследования. Мы твердо обещали ему, что следуя нашим указаниям, он вскоре почувствует себя хорошо, почти здоровым, так как энцефалит не оставил существенных изменений; внутренние же его органы, в частности сердце, говорили мы, вполне здоровы.

Эффект психотерапии очень хорош. Мы видели Г. спустя 6 месяцев по окончании лечения: он работал, не лечился, самочувствие хорошее. Полностью критичен к своему прежнему состоянию.

Подобных иллюстраций можно было бы привести, конечно, множество.

Перейдем к вопросу о важнейших задачах, преимущественно разрешаемых при воздействии в состоянии бодрствования больного. Предварительно мы остановимся только на вопросе терминологии, который, нам кажется, приобретает принципиальное значение.

Нередко все виды психотерапевтического воздействия на больного, находящегося в состоянии бодрствования, именуют «рациональной психотерапией». Это мы считаем принципиально неправильным.

«Рациональная психотерапия» — термин Дюбуа. При серьезных заслугах Дюбуа в развитии психотерапии термин этот органически связан с его ошибочной теорией, основанной на функционалистской и интеллектуалистической психологии.

И в Западной Европе, и у нас и до Дюбуа, и одновременно с ним, а также позднее разрабатывались другие методы и концепции внегипнотической психотерапии, которые или не назывались «рациональной психотерапией», или назывались так, хотя резко отличались от метода Дюбуа. Так, рациональной психотерапией направленного фантазирования называет свой метод.

близкий кое в чем к методу катарзиса, Дезуай (Desoille). Он предлагает больному представлять себе ту или иную названную психотерапевтом ситуацию, описывая при этом все, что ему представляется. Психотерапевт использует эти описания для разъяснения больному роли его эмоционально окрашенных представлений в происхождении его болезни (невроза) и закрепления положительных переживаний. Нет никаких оснований и нам применять этот термин, обозначающий воздействие не на всю личность больного, на его высшую нервную деятельность в целом, а на изолированно взятый разум (ratio — отсюда и название «рациональная» у Дюбуа).

Задачи и отдельные методики психотерапии, проводимой в состоянии бодрствования больного, весьма многообразны.

И во всяком случае эта форма психотерапии не исчерпывается той формой воздействия, которую описывают как убеждение. Психотерапевтическое воздействие в состоянии бодрствования больного включает и внушение, и самовнушение, и тренировочную психотерапию; оно сближается с лечением трудом. Оно включает в себя предоставление больному возможности высказаться. Сюда относится и ряд других частных методик.

Рассматриваемой форме психотерапии присущ наиболее широкий диапазон психотерапевтических задач. Здесь наиболее осуществимо наряду с успокаивающим влиянием активирующее. Здесь врач может выбирать наиболее широко ту или иную позиции по отношению к больному.

Одной из первейших и важнейших задач психотерапии в состоянии бодрствования больного является правильное освещение ему характера болезни, причин ее возникновения, прогноза, характера предпринимаемого лечения.

Сошлемся на слова Дюбуа, в различных вариантах им неоднократно повторяемых: «Пациент хочет и должен знать, отчего произошла его болезнь, какое врач дает предсказание. Предпочтительно, чтобы больной ясно видел план лечения, тем более, что он должен активно идти навстречу усилиям врача. В таком же обучении нуждаются и родственники больного». Это выска-

звание важно и бесспорно, но, мы думаем, нуждается в дополнениях и уточнениях.

Мы бы предпочли здесь не употреблять, во всяком случае по отношению к больному, термин «обучение». Но и родственников психотерапевт должен не только обучать. В соответствующих случаях, превращая их в своих союзников и помощников, он должен зарядить их не только знаниями, но и соответствующими эмоциями и волевой направленностью. Мы думаем, что описываемое цитируемым автором воздействие не укладывается в рамки педагогического воздействия ни по применяемой методике, ни по задаче врача.

Правильно говорит здесь Дюбуа об активности больного при психотерапии: сделать больного своим союзником и сотрудником в лечении для врача важно всегда, а особенно при лечении неврозов.

Для этого необходимо не только снабдить больного соответствующими знаниями. Более часто нужно развивать в нем волю к здоровью, иное отношение к себе и к окружающим, иные побуждения. Самая активность больного не может быть обеспечена одним обучением. Больные весьма часто страдают недостатком активности в борьбе с болезнью, и это зависит далеко не только от недостатка знаний. Обучение больного не всегда и нужно. Часто больной все нужное ему как больному знает... Но нуждается или не нуждается он в обучении, он почти всегда нуждается в известной перестройке, в перестройке смысла, который он вкладывает в соответствующие знания, отношения к ним, к болезни, к врачу и пр.

Мы полагаем, что, учитывая эти задачи, такой характер психотерапии, особенно проводимой в состоянии бодрствования больного, воздействие на него при этом методе психотерапии не может и называться в обычно принятом смысле слова убеждением.

Мы бы сказали, что больше всего приходится говорить не столько об убеждении, сколько об обсуждении, не свободном от элементов внушения. В этом обсуждении очень важно достигнуть большей активности больного.

При психотерапии в той или иной мере врач всегда добивается активного перехода больного на свои позиции в вопросах, имеющих непосредственное значение

для лечения. Психотерапевтический подход к больному особенно несовместим с отношением врача к больному как к объекту своего воздействия, пассивно воспринимающему это воздействие. Больной должен по возможности быть, хотя бы и не с начала лечения, активным союзником врача в борьбе с болезнью.

Указанные требования, конечно, не исключают того, что в ряде случаев врач не все свои соображения, не все факты сообщает больному, а делает это по мере необходимости, поскольку это полезно больному, для его выздоровления или для улучшения его состояния и самочувствия.

Задачей психотерапии, если ее применяют не как основное лечение, особенно при тяжелых соматических заболеваниях, должно быть прежде всего устранение беспокойства больного о своем здоровье. Если не уверенность в хорошем исходе, то надежда на него — здесь весьма важное средство для улучшения самочувствия больного, и в этом ему должен помочь врач. Наряду с соответствующими объяснениями большое значение может приобрести поведение врача и окружающих, особенно медицинского персонала. Требуется здесь и осторожность в назначении и проведении исследований и лечения, в установлении режима и т. п. Об этом уже было сказано.

Психотерапевтический подход врача к больному требует также устранения страха перед лечением. К сожалению, *еще нередко не только дети, хотя чаще всего они* боятся врача, боятся того или иного исследования или лечения. Всем своим поведением врач (и весь медицинский персонал) должен преодолевать такого рода страх и предупреждать возможности его возникновения. Не только правильно примененная анестезия или наркоз, не только повышение техники, но и поведение и слова врача и его помощников способны и должны облегчить боли, уменьшать и уничтожать страх больного при различных манипуляциях, любую напряженность и беспокойство. В хирургических стационарах иногда по нескольким дням без нужды оставляют больного в неизвестности о том, будет ли он оперирован, какая операция, когда и кем будет ему произведена. Этот период затянувшегося ожидания нередко тяжелым грузом ложится на психику больного.

Мы не раз слышали от перенесших операцию больных, как тяжело на них влияло на операционном столе то, что приступал к операции врач, которого они не знали, который с ними до операции ни разу не беседовал, их не осматривал.

Мы думаем, что хирург, как и врач любой специальности, имеет право приступать к лечению, к операции, к назначениям лечения и пр., лишь познакомившись предварительно с больным, поговорив с ним о лечении и пр.

Одна наша больная, лечившаяся ранее у другого врача гипнотическим методом с положительным в какой-то мере, но очень нестойким эффектом, говорила нам, что всегда ходила к нему с чувством страха. Особенно досадно было это слышать, поскольку здесь речь шла о враче-специалисте в области психотерапии. Но обязан преодолеть такой страх у больных врач любой специальности.

Вся система отношений врача с больным должна строиться так, чтобы подобного рода явления были исключены. Встреча с врачом должна быть, насколько это возможно, источником положительных эмоций больного.

Бывает, что возникновение болезни или тяжелое течение ее, необоснованный страх перед ней связаны с наличием у больного ложных представлений, иногда предрассудков, хотя и нельзя думать, что сами по себе идея, мысль, представление могут, как бы они ни были неправильны, породить болезнь.

Для того чтобы ложная идея породила болезненные явления, она должна, очевидно, по крайней мере большей частью, приобрести для человека индивидуальное значение, определенное состоянием его центральной нервной системы, организма в целом, особенностями его личности, его индивидуальным опытом, окружением, обстановкой. Это и приходится иметь в виду психотерапевту. Психотерапевтическое воздействие в связи с этим весьма редко может быть сведено к простому разъяснению, объяснению и устранению ошибочного суждения. В психотерапии убеждение приобретает особые, специфические для нее черты. Оно здесь не может ограничиваться разъяснением общих положений. Здесь должно особенно внимательно учесть их индивидуальный, особый смысл для больного.

Психотерапевтическое убеждение должно обеспечивать не только интеллектуальное, но и эмоциональное воздействие. Убеждение должно у врача быть каждый раз построено с учетом индивидуальных особенностей больного, того особого смысла, который имеют для него факты, о которых идет речь. Слова врачебного убеждения должны быть проникнуты горячим желанием помочь больному, сочувствием к нему. Но это не означает, что слова врача во всех случаях должны быть только успокаивающими, рассчитанными на седативный эффект. В целях достижения психотерапевтического эффекта врач, где это показано, должен быть одновременно и достаточно требовательным, а иногда и в какой-то мере суровым по отношению к больному.

Нередко у больных, страдающих неврозами, особенно психастенией, большую роль в болезни играет борьба различных мотивов и тенденций. Связанная с этим нерешительность и неуверенность обуславливают возникновение ряда патологических явлений.

Е. А. Попов отмечал характерный для физиологической основы таких психопатологических явлений момент недостаточности процесса отрицательной индукции, неспособность обеспечить затормаживание подлежащей затормаживанию тенденции.

Такая слабость индуктивных процессов может, несомненно, усугубляться недостаточностью положительных связей, способных увеличить силу одной тенденции и отрицательных связей, способных обеспечить торможение другой тенденции. Убеждающая психотерапия в такого рода случаях должна быть направлена на укрепление связей того и другого рода. Следует помочь больному больше ценить одни возможности, понять отрицательные моменты других, правильно относиться к ним.

Иногда врачу приходится предложить больному новые идеи, мысли, представления, и вместе с тем помочь ему закрепить их и подавить противоположные им соображения и тенденции. Или же, значительно чаще, его задачей является закрепление и усиление значимости идей, интересов, тенденций, уже ранее не чуждых и не новых для больного, обеспечив им преобладание над другими, ставшими в болезненном его состоянии доминирующими. Воздействие врача сталкивается с идеями и представлениями больного различной упроченности, раз-

личной ценности для личности больного, различной степени сопротивляемости и стойкости.

Слова врача, воспринимаемые больным, попадают на различную почву, которая в той или иной степени благоприятствовала рождению и закреплению тех или иных идей и представлений с особым их значением для больного, с особой их эмоциональной окрашенностью для него. Поэтому весьма редко психотерапия может быть сведена к опровержению одной ложной идеи; большей частью она должна ставить своей задачей оздоровление этой почвы, образование более благоприятных условий для закрепления правильных суждений.

Нередко психотерапевтическое убеждение должно разрешать задачу помочь больному в правильной самооценке. Снижение самооценки, частое у психастеников, как и повышенная самооценка, характерная, например, для ряда истеричных больных, может нередко приобретать серьезное патогенетическое значение.

Убеждение врача должно помочь больному перестроить образовавшиеся у него в процессе болезни или до нее неправильные представления, отношения и чувства. Большое значение имеет задача обеспечить правильное отношение больного к болезни, развитие тенденций борьбы с ней. Идеи врача, прежде чем они станут прочно преобладать над конкурирующими мыслями, представлениями и чувствами больного, проходят в его сознании большей частью весьма сложный путь. В связи с этим нередко больной, даже сегодня ушедший от врача как будто вполне убежденным его высказываниями, завтра нередко возвращается к своим мыслям.

А бывает и наоборот: врачу как будто не удалось убедить больного. Спустя же несколько дней обнаруживается полный положительный эффект психотерапевтического убеждения без повторных бесед, без дополнительного врачебного воздействия.

Мы лечили больную К., страдавшую реактивным неврозом. Она заподозрила мужа (не без оснований) в измене. В течение 2 месяцев К. всячески пыталась его разоблачить, хотя муж отрицал свою виновность. На этой почве в семье происходили беспрерывные столкновения, в которые мать вовлекала и 15-летнего сына — юношу с неустойчивой нервной системой.

Не добившись другими путями улучшения состояния больной, мы решили оставить перед ней вопрос о сохранении мира в семье

даже и при допущении факта супружеской неверности. К. после этой беседы ушла явно недовольная, с выраженным протестом против нашей готовности допустить факт измены ее мужа. Ей было тяжело услышать, что врач в какой-то мере допускает возможность этой измены. Как нам стало известно (со слов мужа), об этом своем неудовольствии больная неоднократно говорила и мужу. Но результат такого подхода в ближайшие же дни оказался весьма положительным: больная перестала домогаться от мужа признаний, перестала собирать сведения о его поведении на стороне, в семье стало спокойнее, и ее самочувствие стало резко улучшаться.

Больная подозревала мужа, но явно стремилась найти возможность отказаться от своих подозрений. Ситуация не давала возможности найти убедительные доказательства для необоснованности этих подозрений. Их не мог предложить больной и психотерапевт. Мы решили переключить больную на решение вопроса о том, как быть, если даже ее подозрения справедливы.

Ей было тяжело думать, что как будто не она одна считает сколько-нибудь вероятным неверность мужа. Но, несмотря на эти отрицательные моменты, слова врача помогли ей поставить отчетливо перед собой другую задачу, задачу очень важную; она стала ее правильно решать и это благотворно отозвалось на ее нервной системе, на ее поведении, отношении к создавшейся ситуации.

Таким образом, подтвердилось психотерапевтическое значение идей, вначале неприятных больной, оказавших на нее сразу как будто отрицательное влияние.

Это приходится иметь в виду: не всегда мы обязаны добиваться, чтобы больной сразу был с нами согласен, не всегда психотерапевтический эффект сказывается быстро (при лечении в состоянии бодрствования).

Заложенные или поддержанные психотерапевтом идеи, намеченные им задачи, предложенные им системы отношений продолжают жить в больном по уходе его от врача, как-то перестраиваются, сила влияния их укрепляется или ослабевает. Больной или отбрасывает их как чужие и чуждые, или они становятся его собственными и принимают черты личности, которая их сделала своими.

Сошлемся кратко в этом плане еще на одного больного.

Больной Х., пережив неприятность, испытал впервые боли в области сердца. Такие состояния стали часто повторяться; Х. вызвал неотложную и скорую помощь, несколько раз его доставляли

в больницы. Х. врачи говорили, что у него грудная жаба, выдавали ему справки о том, что он страдает спазмом сосудов, назначали медикаментозное лечение. Больной перестал работать, хотя и не был признан инвалидом. Наконец, терапевты направили его к нам, и мы установили типичную ипохондрическую форму невроза.

Больной некоторое время нас посещал. Он стал спокойнее, перестал вызывать врачей, перестал ходить к терапевту, но все же не решался начать работать, жаловался на частые боли в области сердца. К концу курса лечения были достигнуты лишь частичные результаты. Спустя месяц Х., как было ему назначено, пришел к нам. Обрадованный, он с явным удовлетворением сообщил нам, что вскоре после окончания лечения стал работать, теперь чувствует себя хорошо, продолжает работать, благодарит за оказанную помощь.

Подобный нарастающий после окончания лечения эффект психотерапии нередок. Вероятно, здесь играет роль порознь или вместе ряд моментов: проверка на опыте объяснений врача об отсутствии угрозы скорой смерти, смертельной опасности приступов болей, о ненужности при них врачебной помощи и т. п., освобождение от ставшего уже ненужным чувства опоры на врача, дополнительные постоянно действующие стимулы к выздоровлению: материальные затруднения, необходимость поддержать членов семьи.

В психотерапии убеждение надо строить так, чтобы доводы и советы врача были максимально соотнесены с обстоятельствами, в которых будет жить больной. В этом случае эти обстоятельства и в процессе лечения, и по прекращении лечения будут его подкреплять.

Психотерапевтическое убеждение должно быть глубоко личностным, т. е. учитывающим все по возможности индивидуальные особенности больного, подкрепляться иллюстративным материалом, а где это необходимо, — воздействием на среду и обстановку, в которой живет больной.

Если психотерапевту не удастся достигнуть положительного отношения больного к себе, то убеждения его мало доходят до больного, мало на него воздействуют.

Сложность пути от врача к больному выявляется и в том, что в подавляющем большинстве случаев врачу приходится повторять свое разъяснение неоднократно.

Повторно варьируя психотерапевтические убеждения, врач постепенно находит наиболее надежный путь к сознанию больного, устанавливает наиболее проч-

ные многообразные связи со всеми условиями его жизни.

А. С. Макаренко обращал внимание на то, что совершенно недостаточно добиться осознания ребенком необходимости той или иной формы поведения: и после такого осознания ребенок еще нуждается в ряде воздействий педагога и коллектива учащихся для того, чтобы осознанное стало полноценным движущим фактором в его поведении. Несколько в другом плане указанная закономерность относится и к поведению взрослых. В психотерапии это выражено еще больше и опять-таки по-иному, поскольку здесь стоит иная и более индивидуализированная задача, поскольку психотерапевту приходится организовывать подавление закрепленных, эмоционально поддерживаемых патологически возникших связей.

Врач не может и не должен брать на себя задачи перестройки личности больного вообще: он этим занимается лишь постольку, поскольку болезнь изменила личность или поскольку некоторые особенности личности и некоторые неправильные представления и неоправданные отношения на данном этапе, при данных условиях стали причиной болезни и препятствием для ее устранения.

Педагог — наставник. Психотерапевт — врач и в силу этого советник и помощник больного на пути к выздоровлению, в его борьбе за здоровье.

Разъяснения и убеждения, с которыми врач считает необходимым обращаться к больному, должны обязательно исходить из знания ситуации, в которой находится больной, и ее значения для последнего. Высказывания врача должны содержать достаточно глубокий, но доступный больному, соответствующий уровню его развития анализ ситуации и переживаний.

Конечно, освещать больному происхождение его болезни или симптомов следует, сообразуясь с его состоянием, с его предполагаемой реакцией, надо подготовить его к словам врача.

В своей книге «Воображение как причина болезни» Дюбуа приводит пример убеждения больной, несколько лет страдавшей астазией-абазией.

Дюбуа обращался к ней с такими словами: «У Вас отсутствуют все телесные причины, которые могут ли-

шать человека способности стоять и ходить, и вот я опять прихожу к своему крайне простому умозаключению: если у человека нет никаких материальных причин для того, чтобы он не мог стоять и ходить, и если он тем не менее не может стоять, то я должен признать, что у него есть психическая причина, а единственно возможная психическая причина — это представление о том, что он не может».

Мы не будем здесь останавливаться подробно на допущенном здесь полном противопоставлении материальных и психических причин. Положительной стороной этого обращения является попытка обосновать отсутствие неустранимых причин для выздоровления больного. Но нельзя не заметить, что психотерапевт здесь обходит по существу подлинную причину заболевания: он не говорит о том, почему представление или воображение о невозможности ходить и стоять возникло у больной, а возникнув, сыграло такую патогенную роль.

Мы привели высказывание Дюбуа, чтобы показать, что и весьма крупные психотерапевты могут упускать из виду подлинную роль и пути воздействия психотерапевтического убеждения, игнорируя подлинные причины болезни и отдельного болезненного явления.

Для теоретических позиций «рациональной» психотерапии, как уже отмечено выше, характерна тенденция не уделять должного внимания наиболее личным и индивидуальным моментам в психотерапевтическом воздействии. На практике же и Дюбуа учитывал в той или иной мере эти моменты, расходясь с собственной теорией.

Недостаточное знание врачом сущности и причин болезни, особенности личности больного нередко приводят к неправильному отношению врача к больному.

Упомянем в связи с этим о неправильном иногда употреблении врачами в беседах с больными понятий «нервность», «нервное». Конечно, не следует врачу, как это все еще иногда бывает, сказав больному, что отмечаемые явления имеют нервное происхождение, повести себя так, словно это освобождает его от обязанности помочь больному.

Слова врача, обращение его с больным не могут найти у больного желательный отклик, если врач оперирует пустыми, бессодержательными для больного понятиями.

Может быть, здесь уместно напомнить до ужаса бестактное поведение врача в изображении Л. Н. Толстого (рассказ «Набег»): «Приехавший доктор... с одобрительной улыбкой подошел к раненому. „Что, видно и вам сделали дырочку на целом месте»,—сказал он шутливо, небрежным тоном. «Покажите-ка». Прапорщик (раненый) повиновался; но в выражении, с которым он взглянул на веселого доктора, были и удивление, и упрек, которых не заметил этот последний... Он принялся зондировать рану и осматривать ее со всех сторон; но выведенный из терпения раненый с тяжелым стоном отодвинул его руку. Оставьте меня,—сказал он чуть слышным голосом,—все равно я умру. С этими словами он упал на спину, и через пять минут, когда я, подходя к группе, образовавшейся подле него, спросил у солдата: „Что прапорщик?“ — мне отвечали: „Отходит“.

Это описание гениального художника — не фотография. Но все же такое заостренное изображение нечувственности врача и в настоящее время полезно помнить.

Для того, чтобы психотерапевтическое убеждение, анализ ситуации, из которого исходит психотерапевт, те решения, к которым он склоняет больного, были для последнего приемлемы, необходимо, чтобы позиции врача и больного в основном, в важнейших вопросах — в вопросах идеологических, в вопросах морали, сознания долга — совпадали, иначе у врача с больным не может быть общего языка. Рассчитывать на то, что в процессе психотерапии врач перестроит идеологию больного, нет оснований, и такая задача не может считаться врачебной.

В психотерапии весьма часто огромное значение имеет раскрытие перед больным стоящих перед ним в жизни перспектив. Замечательно об этом писал А. С. Макаренко: «Нашим весьма важным институтом была система перспективных линий... человек не может жить на свете, если у него нет впереди ничего радостного. Истинным стимулом в человеческой жизни является завтрашняя радость... Сначала нужно организовать самую радость, вызвать ее к жизни и поставить как реальность. Во-вторых, нужно настойчиво претворить более простые виды радости в более сложные и человечески значительные... Человек, определяющий свое поведение са-

мой близкой перспективой, сегодняшним обедом, именно сегодняшним, есть человек самый слабый... Воспитать человека — значит воспитать у него перспективные пути, по которым располагается его завтрашняя радость».

Эта концепция А. С. Макаренко может и должна быть соответствующим образом перенесена в психотерапию: и здесь лечение не может и не должно игнорировать проблему перспективных линий.

Большое значение в психотерапии имеет наряду с обсуждением с больным ситуации, в которой он находится, условий его жизни в настоящем и прошлом, стоящих перед ним перспектив, и обсуждение роли субъективных моментов в происхождении и течении болезни. Не только при лечении невроза важно выяснить с больным, в какой мере он как личность ответствен за меру и характер патологических переживаний, чем он может помочь лечению и др.

Следует отметить, что и в лечении детей психотерапевтическое убеждение имеет большое значение. Даже в дошкольном возрасте при достаточном развитии второй сигнальной системы дети положительно реагируют на убеждение человека, сумевшего подойти к ним, вызвать их расположение и доверие. Учитывая последнее, нередко бывает целесообразно соответствующую психотерапию поручать педагогу, проводящему ее под непрерывным руководством врача.

Остановимся на лечении некоторых больных, чтобы полнее осветить рассматриваемый вопрос.

Больная Х., 18 лет, студентка. Детство очень тяжелое, но до заболевания была веселой, активная общественница. По характеру — очень впечатлительная. Больная и ее брат, также студент, не дружат с мачехой и поэтому ушли из дома в студенческое общежитие. Недавно несколько студентов предъявили брату и сестре несправедливое и оскорбительное обвинение. Потрясенная Х. пыталась кончить жизнь самоубийством. В тяжелом реактивном состоянии помещена в клинику. Здесь ни с кем не общается, не хочет видеть пришедших ее навестить родных. Склонна широко генерализовать свое отрицательное отношение к обидчикам. Она как бы на всех обижена, замкнулась. Выясняется, что не делала ни одной попытки с кем-либо поговорить о нанесенном ей и брату оскорблении. Таким образом, девушка оказалась одинокой в своем горе, наедине с тяжелыми мыслями.

В первой же беседе удалось выяснить трудные семейные условия, длительно и глубоко травмировавшие больную. Они явно повысили сенситивность девушки и сделали ее особенно чувстви-

тельной к обстановке в общежитии. Это привело к тому, что больная при первой неприятности в общежитии оттолкнула помощь и сочувствие ряда товарищей и неправильно перенесла чувство обиды с маленькой группы обидчиков на всех товарищей.

Основываясь на словах самой же больной, мы помогли ей понять то, чего под влиянием генерализованной эмоции обиды она не склонна была понять, а именно, что подавляющее большинство товарищей осуждает обидчиков, полностью стоят на стороне ее и ее брата и что, возвратясь в общежитие, она встретит там дружбу, сочувствие и поддержку. Разобравшись вместе с нами в обстановке в своей семье, больная пришла к выводу, что и там условия не так тяжелы, как она их раньше понимала.

Большую роль сыграл призыв к больной больше думать о своем будущем, о перспективах, стоящих перед ней и ее братом, и не сосредоточиваться на прошедшем.

Наше взаимопонимание с больной было обеспечено тем, что мы исходили из одних с ней принципов в совместном анализе создавшейся ситуации. Она была готова правильно понять значение коллектива, поэтому легко приняла наш анализ ошибок ее поведения, поняла, что она допустила ошибку, не обратившись к общественным организациям, не борясь с несколькими оскорбившими ее студентами.

Помощь в этом анализе, наше сочувствие, наша моральная поддержка, доверие больной к нам привели ее к выздоровлению. Сыграла здесь положительную роль и временная изоляция от непосредственно травмирующей обстановки, теплое отношение к больной ее отца и студенческой общественности, подкреплявшие наше психотерапевтическое воздействие.

Такой хороший и быстрый эффект психотерапии возможен только лишь тогда, когда больной внутренне вполне подготовлен принять и совет, и поддержку врача, когда психотравма не привела в действие особо сложной системы укрепившихся связей с давними тяжелыми переживаниями, когда обстановка и условия жизни благоприятствуют устранению травмирующих моментов. В таких случаях больной бывает способен сразу же включиться в совместный с врачом анализ сложившейся для него ситуации, стать без длительной подготовки

сотрудником психотерапевта в борьбе за свое выздоровление.

Задача, стоявшая перед психотерапией при лечении Х., была относительно проста. Здесь не было надобности перестраивать ситуацию, чтобы сделать ее более приемлемой для больной, менее травмирующей; не требовалось также перестраивать жизнь больной, чтобы уменьшить травмирующую роль ситуации. Нужно было лишь добиться, чтобы больная правильно оценила факты, чтобы она могла принять ситуацию в ее подлинном значении, а к этому она была подготовлена до начала психотерапии и нуждалась только в соответствующем толчке.

Еще более быстро и так же эффективно шла психотерапия больной Ц.

Эта больная — студентка медицинского института, училась на V курсе. Несколько ее родственников страдали психическими заболеваниями. Девушка обратилась к врачу с жалобами на то, что в течение почти 2 недель очень мало спит и мало ест, не может совершенно заниматься, чувствует себя «погибшей». Придя к нам, она горько плачет, уверена, что безнадежно психически заболела. Ночами ей кажется, что ее собираются убить дядя и двоюродный брат, с которыми она вместе проживает и которые всегда к ней прекрасно относились и относятся, как она сама об этом говорит.

В беседе выясняется, что больная всегда отличалась большой впечатлительностью и внушаемостью. На нее несколько раз очень тяжело воздействовали встречи с душевнобольными родственниками. Недавно она начала слушать курс психиатрии. Явно под влиянием первых впечатлений от знакомства с этим предметом ожили давние опасения, что она может тоже психически заболеть. Возникли сгрхи, которые затем приобрели указанное выше содержание — боязнь быть убитой родственниками. Как и больная Х., Ц. также не решалась до прихода к нам рассказать кому-либо о своих переживаниях, хотя всегда отличалась общительностью. Необходимость скрывать свое состояние была для нее особенно тяжела.

В первой же нашей беседе мы, не пытаясь углублять ознакомление с больной, высказали свое понимание ее переживаний. Мы объяснили, что ее представления о роли наследственного отягощения неправильны, указали, что подлинное психическое заболевание совсем не похоже на то, что с ней происходит. Мы объяснили, что такое «болезнь третьего курса», при которой студенты, начинающие знакомиться с клиниккой, иногда склонны приписывать себе различные болезни, с которыми их знакомят преподаватели. Мы указали девушке, что ее переживания — плод поверхностного знакомства с предметом, и особо подчеркнули, что будущий врач обязан уничтожить в себе излишнюю впечатлительность и мнительность, что, не перевоспитав себя, она не сумеет стать хорошим врачом. Мы осудили и ее скрытность в данном случае.

Больная преобразилась у нас на глазах. Нам сразу удалось освободить ее от страха заболеть душевной болезнью, которая ей будто бы угрожает, сразу полностью исчезла тревога. Больная ушла от нас успокоенной. По нашему предложению она пришла к нам на следующий день спокойная, веселая. Ночь спала впервые после длительного периода бессонницы прекрасно, от прежних мыслей ничего не осталось. Ц. чувствует себя совершенно здоровой. Последующий катанез показал устойчивость терапевтического результата.

И здесь надо было лишь выяснить ошибочность понимания больной того, как возникает психическое заболевание, что может говорить о его угрозе. Но явно в основе ее заблуждения лежит не просто недостаточное знание или нарушение только процесса суждения — к болезни больная не пришла и не могла прийти чисто интеллектуальным путем: в интеллектуальный процесс здесь властно вторглась сложная реакция личности, по глубоко индивидуальным причинам весьма аффективная. Настойчивое разъяснение, теплое и вместе с тем требовательное наше отношение, призыв к долгу будущего врача сыграли свою роль. Мы помогли разуму больной овладеть эмоциями, помогли мобилизовать регулирующее торможение.

Быстро достигнутый хороший терапевтический эффект и здесь был обусловлен готовностью принять наши слова, наличием у нее тенденций, по своей направленности близких им по смыслу.

Психотерапевту нередко надо лишь поддержать уже имеющиеся у больного тенденции и соображения, чтобы они сумели победить тенденции и мысли, с ними конкурирующие и столкновение которых обусловило возникновение конфликта и невроза.

В этом отношении представляется также характерной больная Е.

Больная Е., 51 год, девица. Страдает выраженным сколиозом. Не работает, проживает в семье сестры и ведет там хозяйство, так как сестра работает. Семья сестры ценит и любит больную, очень доброго и преданного этой семье человека. Но, несмотря на это, между сестрами изредка возникают конфликты из-за мелочей, по обоснованному мнению родных больной, неглубоких и незначительных. Но на больной эти конфликты обычно оставляют глубокий след, что легко объяснить ее душевным состоянием. Больная тяжело переживает свой физический недостаток, отсутствие собственной семьи, материальную зависимость от сестры и ее мужа. Отношения Е. к сестре в некоторой мере осложнены чувством

зависимости. На этой почве легко возникает чувство своей ненужности и обездоленности и как результат — глубокий невроз.

Однажды после такого конфликта у больной возникли в дальнейшем повторяющиеся приступы кашля и удушья, близкие по типу к астматическим, развились явления реактивной депрессии.

В первых беседах Е. говорит, что ее несчастье в том, что ее никто не любит, причем явно сквозит желание услышать от нас слова, разубеждающие ее в этом. Мы ей тут же говорим, что в семье сестры взрослые и дети ее горячо любят и ценят, что она там очень нужна. Больная это знает, конечно, и сама, но наши слова встречает с радостью и благодарностью, сразу с нами соглашается, но в дальнейшем все же заявляет, что уедет от сестры, переедет в какой-нибудь другой город, где будет работать и будет независима.

Свершено очевидно, что и это аффективное высказывание не отражает подлинных планов и желаний больной, и она не нуждается в том, чтобы мы помогли ей перестроить план, избрать более правильный путь: фактически она и не собирается уезжать, но надо, чтобы ей помогли еще более убедиться в том, что, оставаясь у сестры, она действует не только в своих интересах. Она и это знает, но у нее большая потребность в том, чтобы эти ее мотивы разделял и утверждал другой, объективный и авторитетный для нее человек.

В этих наших высказываниях больная находит необходимую ей моральную поддержку.

Мы объясняем больной, что ее отъезд поставит семью сестры в затруднительное положение (это действительно так), что ее долг — дальше поддерживать эту семью. И опять она с радостью и с пользой для себя принимает наши высказывания, хотя они ничего нового для нее собой не представляют. Ей теперь легче согласиться с уговорами родных остаться с ними, легче исходить в своих поступках, в своих решениях из поддержанной нами концепции, что у нее есть место в жизни, что она нужна, что семья сестры — ее семья, по отношению к которой у нее имеются серьезные обязательства.

Так в процессе психотерапии тормозятся мысли, порождающие внутренний конфликт у больной, и она освобождается от невроза.

Покой, временный уход из ставшей травмирующей ситуации (больная лечится в клинике), укрепляющее лечение и психотерапия привели больную к выздоров-

лению: полностью устранены депрессия, кашель и удушье. К больной вернулось хорошее самочувствие.

Обратим внимание на роль призыва к выполнению долга, который здесь у высокоэтичной больной оказал психотерапевтическое влияние.

Психотерапевту иногда бывает целесообразно резко осудить поведение больного и даже остро поставить больного перед осуждением его поведения коллективом. Это в основном относится к некоторым группам психопатов.

Образцы такого рода воздействия мы находим опять-таки в книгах А. С. Макаренко, которому нередко в его деятельности замечательного педагога приходилось сталкиваться и с психотерапевтическими по существу задачами.

Во второй книге «Педагогической поэмы» идет речь о девушке Марусе Левченко. «Она принесла в коммуны невыносимо вздорный характер, крикливую истеричность, подозрительность и плаксивость. С пьяной бесшабашностью и большим размахом она могла в течение одной минуты вдребезги разнести самые лучшие вещи: дружбу, удачу, хороший день, тихий ясный вечер, лучшие мечты и самые радужные надежды». С Марусей начали заниматься. Преподавательница пришла к руководителю колонии с жалобой на Марусю вместе с ней. «Я ее люблю, я хочу ее научить, а она посылает меня к черту и говорит, что я нахально к ней пристаю», — жаловалась преподавательница. Марусю перевели к другой преподавательнице. Та пришла также вскоре к А. С. Макаренко с жалобой. А. С. Макаренко отвечал: «Ничего не выйдет. И черт будет, и дура, и идиотка. Маруся не уважает людей, а это так скоро не пройдет». Против этого утверждения Маруся запротестовала: «Я уважаю людей». Но А. С. Макаренко продолжал: «Нет, ты никого не уважаешь... Я считаю так, Екатерина Григорьевна: вы взрослый, умный и опытный человек, а Маруся девочка с плохим характером. Давайте не будем на нее обижаться. Дадим ей право: пусть она называет вас идиоткой и даже сволочью — ведь и такое бывало, — а вы не обижайтесь». Преподавательница, поняв педагогический прием А. С. Макаренко, отвечала согласием. Эта беседа определила резкий перелом в поведении девочки, переставшей после нес ругать препо-

давательницу и резко изменившей отношение к окружающим.

Сила приема тут в предельном, вынесенном наружу и, таким образом, объективированном столкновении тенденции больного обратить на себя внимание с готовностью окружающих не обращать внимание на то, что должно бы, по мнению больного, как раз привлечь к нему всеобщее внимание.

Конечно такой острый прием должен быть предварительно хорошо врачом продуман. Должны быть учтены при этом все особенности истеричного больного.

Психотерапия усложняется, если требуется помочь больному в примирении не вполне правильно понимаемого долга с ограниченными состоянием нервной системы и всего организма в целом возможностями. Перед советским психотерапевтом иногда возникает такая задача.

Больному Р., 53-й год. В течение многих лет он успешно выполняет весьма ответственную работу. В прошлом он нередко обобщал свой большой и интересный опыт в докладах и статьях, всегда встречавших положительное отношение. Два года назад, желая повысить уровень своей теоретической подготовленности и шире обобщить свой опыт, Р. разгрузился от практической работы.

Приступив к работе Р., как всегда, не щадил сил, чтобы возможно быстрее и лучше осуществить свой план — написать диссертацию. Но при этом возникли два препятствия. Ухудшилось здоровье после тяжелого гриппа: появились частые головные боли, слабость, иногда головокружения, значительно ослабла половая потенция, заметно повысилась утомляемость, ухудшился сон. С другой стороны, Р. стал замечать, что его затрудняет самый характер предпринятой им работы.

Конечно, эти два момента — астенизация и трудности, связанные с переходом на новый вид работы, — взаимодействуют: на постинфекционную астению накладываются невротические реакции. В последнее время невротические проявления значительно усилились, больной часто плачет.

Больной тяжело переживает задержку работы: очень беспокоится, справится ли с ней в срок. Установил для себя непосильный режим, пытается заниматься и по ночам. Естественно, от этого продуктивность работы еще больше снижается. Больной об этом прямо не говорит, но создается впечатление, что он стремится как-то сам себе доказать, а может быть, показать и окружающим, что он действительно не упускает всех возможностей, чтобы выполнить работу в срок. Ему крайне тяжело и его состояние, и что он рискует впервые в жизни попасть в отступающее, хотя абсолютно никакого давления на него никто не оказывает, а наоборот, товарищи всячески убеждают его несколько отсрочить окончание работы.

Больной явно не в силах приспособиться к непривычной для него ситуации человека, возможности которого не соответствуют

стоящим перед ним задачам, который оказался несостоятельным выполнить свой долг, как он его понимает, не учитывая изменившихся обстоятельств.

Болезненное состояние Р. связано не только с постинфекционной астенией и с трудностями новой для него работы; возникший у него невроз является прежде всего результатом столкновения сложности задачи с возможностью ее разрешения, с трудностями переключения на новый вид работы, с перенапряжением подвижности нервных клеток, сниженной возрастом и инфекцией.

Таким образом, перед нами стояла задача в первую очередь помочь разрешению этого конфликта и одновременно снять перенапряжение коры головного мозга, всячески укрепляя общее состояние больного.

Мы стремились в беседах с больным прежде всего объяснить ему, что реально возникшие затруднения в высокой мере усугубляются тем, что он не понимает причин их возникновения и временный, безусловно, проходящий характер последних. Мы развивали мысль, что он не должен, игнорируя свое состояние и непривычность работы, стремиться немедленно же преодолеть все трудности и во что бы то ни стало выполнить работу в намеченный срок, что нереально и только приведет к окончательному срыву и этого плана, и здоровья, и дальнейшей трудоспособности больного.

Мы потребовали, чтобы больной при нашей помощи построил для себя реальный режим, соответствующий его нынешним, временно сниженным силам. Были даны больному и некоторые, оказавшиеся для него очень полезными рекомендации в области гигиены и организации умственного труда с учетом особенностей непривычной для больного формы его.

Ряд бесед в указанном плане привел к успеху. Больной освободился от мыслей о том, что он не выполняет свой долг. Наши слова помогли ему осознать свое право и даже обязанность говорить о передвижении срока окончания диссертации. Это резко ослабило конфликтную ситуацию. Больной стал спать, меньше тревожиться. Он согласовал с руководством, не встретив для этого никаких затруднений, посильные для него и не требующие перенапряжения сил сроки выполнения работы.

Было проведено и общеукрепляющее лечение: инъекции витамина В₁ и др. В течение месяца больной совсем не работал.

Мы увидели Р. спустя 3 месяца после окончания лечения. Он вполне успешно пишет диссертацию, работоспособность его за эти 3 месяца все время заметно нарастает, самочувствие становится все лучше. И это естественно: больной на опыте убеждается, что он с работой справится, что затруднения действительно были временными, явления астении снимаются. Все это поднимает его настроение и улучшает общее самочувствие.

Очень важно, что по окончании курса психотерапии больной мог убедиться в правильности разъяснений врача, в верности его рекомендаций и прогнозов. Это, несомненно, не только закрепляет, но и усиливает и развивает психотерапевтический эффект.

Отдых, укрепляющее лечение, психотерапия, гигиена труда, объединенные в систему лечения больного с постинфекционной астенией и неврозом, дали хорошие и прочные результаты.

У всех больных, описанных здесь, имеются общие черты, позволяющие объединить их в одну группу.

Прежде всего такой общей чертой является «понятность» связи заболевания с психотравмой. У этих больных ведущая причина невротической реакции лежит как бы на поверхности. До лечения она не совсем ясна больным, но они относительно легко уясняют эту причину при содействии врача.

Этих больных также объединяет и то, что подлинные мотивы их поведения, личностные их тенденции не находятся в противоречии с социальными требованиями, учитывая которые советский врач проводит психотерапию. При психотерапии таких больных не нужно существенно перестраивать тенденцию, интересы и взгляды больных, их отношение к себе и к окружающим. У них легко устанавливается единое с врачом понимание, единое или почти единое отношение к основным вопросам, затрагиваемым в процессе психотерапии. Контакт врача с подобными больными ничем не затруднен. Они полностью подготовлены к тому, чтобы принять доводы врача, его помощь и указания.

Психотерапия таких больных, и именно психотерапия в состоянии их бодрствования, всегда весьма эффективна и не требует длительных усилий. по крайней мере для устранения ведущих симптомов болезни.

Эти больные ищут полноценного общения, им нужна откровенная беседа со специалистом, которому они полностью верят как врачу и человеку.

Психотерапевтическое убеждение в аналогичных относительно простых случаях с успехом может базироваться на фактах, по возможности наглядно представленных. Большое значение имеет в ряде случаев знакомство со страдавшими подобным заболеванием и выздоровевшими или добившимися компенсации и улучшения своего состояния.

В некоторых случаях невротических ипохондрических состояний большое значение может иметь тщательное обследование с наглядными четкими результатами, например электрокардиографическое (электрокардиограмма), рентгенологическое (рентгенограмма) и пр. Конечно, и такими исследованиями нельзя злоупотреблять, чтобы не фиксировать больного на исследованиях этого рода и не дать ему повода думать, что врачи и сами сомневаются в состоянии его организма.

Психотерапия в состоянии бодрствования иногда не требует ничего, кроме укрепления почти полностью созревшей решимости больного для совершения того или иногда действия, поступка и пр. Нередко случается, что больной нуждается в основном, чтобы врач лишь поддержал уже имеющиеся у него побуждения.

Больной Б., страдающий психастенией и с начальными явлениями артериосклероза головного мозга, перестал справляться в последнее время с довольно ответственной работой и ушел с нее. Жалобы на угнетенное настроение, бессонницу, плаксивость. Ему всего 51 год, но он уже несколько месяцев живет на иждивении сына. Жена его, мнению которой муж привык подчиняться, требует, чтобы он опять взялся за ответственную работу. Но его или не принимают на такую работу, или он в последний момент испытывает страх, что не справится с ней, и сам отказывается от предложенного места. Ему хочется устроиться на работу по давней своей специальности слесарем, но семья его, особенно жена, резко возражает против такого решения, и у него нет сил пойти против семьи. А вместе с тем он и не может примириться с создавшейся для него ситуацией, не может принять выход из нее, намечаемый женой.

Познакомившись с состоянием больного, мы нашли его стремления совершенно правильными, полностью поддержали его намерение, объяснили ему их разумность, показали ему их положительное значение для его здоровья. Больной стал работать слесарем, преодолев при нашей моральной поддержке сопротивление семьи. Ступая некоторое время мы его видели. Он был в очень хорошем состоянии.

Приходится встречаться с больными, в основе заболевания которых лежат упрочившиеся неправильные тенденции, препятствующие выздоровлению. Лечение таких больных наталкивается на более значительные трудности.

К этой группе больных относится больная Н., 50 лет, замужняя, бездетная. Отношения в семье сложные. Муж больной очень много работает и не может уделять жене достаточно времени. Она раньше тоже была на педагогической работе, но оставила ее несколько лет назад. Дома ничем не занята. У нее живет сестра с дочкой. Отношения с сестрой не очень хорошие. Больную обижает, что в ее столкновениях с сестрой муж нередко становится на сторону последней. Н. претендует и на большее место в воспитании племянницы, чем ей предоставляет сестра.

Все эти обстоятельства вызывают у больной неудовлетворенность и ряд невротических явлений с ипохондрическим оттенком. В последние годы у нее временами несколько повышается кровяное давление.

Н. боится смерти, считает, что она тяжело больна, не соглашается с тем, что гипертоническая болезнь протекает у нее благополучно. Иногда она испытывает боли в области сердца. И хотя специалисты не находят значительных изменений, больная уверяет, что и сердце у нее не в порядке, что и с этой стороны ее жизни угрожает опасность. Всегда очень впечатлительная, она, чтобы не расстраиваться, не ходит в театр, в кино. Боится мертвецов, даже разговоров о смерти. Обижается на мужа и сестру, не считающих ее серьезно больной.

Больная обратилась за психотерапевтической помощью под давлением родных. Но сама она убеждена, что ей нужна только помощь терапевтов, так как она не нервная больная, а страдает болезнями внутренних органов, терапевты же, говорит она, не лечат ее должным образом. Самую попытку применять к ней психотерапию воспринимает, как обиду.

В дальнейшем с очевидностью обнаруживается двойственное отношение больной к психотерапии. Она очень охотно рассказывает нам о себе, об отношениях в семье, о своих тяжелых переживаниях. Говорит постоянно врачу-ординатору, что после этих бесед ей становится лучше. На нее неплохо влияет психотерапия до тех пор, пока мы слушаем больную, успокаиваем ее, не опровергая ее взглядов на болезнь. Она подходит к врачу как к человеку, призванному ей во всем сочувствовать, который ей дает возможность говорить о болезни, о чинимых ей якобы обидах. Но как только мы пытаемся сколько-нибудь призвать Н. к критическому отношению к себе, даже только намекнуть, что она не столь тяжело больна соматически, мы сталкиваемся с ее решительной оппозицией. Вскоре больную родные выписали, и лечение было прервано, не дав каких-либо результатов.

Н., несомненно, воспринимает болезнь в самой тесной связи с создавшимися для нее жизненными трудностями. Болезнь в ее глазах, и, по ее мнению, в глазах окружающих оправдывает то, что она не работает. Она верит, что болезнь дает ей право на повышенные требования, на повышенное внимание окружающих.

Такие больные охотно принимают психотерапию, пока врач соглашается с их концепцией болезни. Если психотерапевт, претендуя во что бы то ни стало на симпатии больного и добиваясь любой ценой какого-либо успеха, пойдет на такие условия, он сможет некоторое время считать частичный успех достигнутым. Но успех этот не может закрепиться, а тем более развиваться — он скорее сменится отрицательным отношением больного к врачу и лечению. При психотерапии подобных больных врач должен осторожно готовить их к своему переходу в наступление на их патологически образовавшиеся взгляды, тенденции, эмоции. Конечно, такая подготовка далеко не всегда удается, поскольку она потребует прежде всего длительного лечения, и больной может его прервать.

Психотерапия таких больных при всех условиях должна была бы ограничиться скромными задачами временного успокоения больной; следовало бы пытаться воздействовать не только на больную, но и на ее окружение. Возможно, понадобилось бы расселить больную с сестрой, активно поставить вопрос о возвращении ее на работу и т. п. Мы не могли испытать этих путей, так как по обстоятельствам, от нас не зависящим, были ограничены очень сжатыми сроками лечения, к продолжению которого больная и ее семья не стремились.

Ограничивать задачи психотерапии лишь некоторым улучшением состояния больного, отказавшись от надежд достигнуть полного выздоровления, приходится, конечно, не столь редко. И, конечно, такой возможностью врач не имеет права пренебрегать.

Полное излечение больных, очень много перенесших в прошлом, давно страдающих неврозом и у которых уже отмечается патологическое развитие личности, удается редко. Но весьма значительная помощь может быть оказана и таким больным. Необходимо, чтобы во избежание рецидива они периодически посещали психотерапевта. Сознание того, что он может рассчитывать при ухудшении своего состояния на помощь психотерапевта уже способно помочь больному, поддержать его удовлетворительное состояние. Конечно, без нужды не следует затягивать связь больного с психотерапевтом, но нередко такого рода больным необходимо повторять психотерапию или вообще вести ее постоянно.

Это особенно следует сказать о психопатах.
Остановимся на одной такой больной.

Больная Наз., 38 лет, вдова, художница по профессии, обратилась к нам с жалобой на навязчивости, в частности на навязчивые страхи, а также на плохой сон и резко сниженную трудоспособность.

В течение ряда лет лечилась у нескольких психотерапевтов. С каждым из них у нее достигался хороший контакт. Но затем отношение больной к врачам менялось, и встречи с ними оставались не только бесполезными, но даже, как утверждает больная, начинали влиять на нее отрицательно.

Из анамнеза удается выяснить, что больная росла в трудных условиях. Отношения между родителями были очень плохими, что всегда, еще в раннем детстве, тяжело влияло на нее.

Мать больной, по словам последней, отличается психопатическими чертами, страдает навязчивостями, страхами, крайне раздражительна и капризна. Отец умер несколько лет назад. Больная живет вдвоем с матерью. Можно думать, на основании ее рассказа, что они друг на друга влияют весьма отрицательно.

Последние несколько лет больная находится в связи с каким-то человеком, имя которого подчеркнуто скрывает. Она также не хочет ничего говорить об этой связи. Такая скрытность носит своеобразный характер и кажется весьма несобоснованной. Больная неоднократно намекает на то, что и по ряду других вопросов она не откровенна с нами.

Скрытность больной, которую так и не удается преодолеть полностью, конечно, весьма серьезно снижает эффективность психотерапии. Свою скрытность она всячески подчеркивает, обращает сознательно на все наше внимание. Часто скрытность для больной — форма, не скрывающая содержание в основном.

Но вместе с тем мы не сочли возможным и правильным на этом основании отказаться от лечения. Нередко нам приходится отвечать на вопросы больной, поставленные в абстрактной, обобщенной форме. Не может быть сомнения, что Наз. ставит при этом каждый раз несколько замаскированными в высокой степени личные вопросы. Сначала мы считаем возможным принимать эту форму общения с больной, и при всех недостатках такого рода бесед они явно оказываются полезными, успокаивают больную. Отсутствие у Наз. откровенности выражается также в следующем: больная нам рассказывает, что нередко у нее возникают самые ужасные навязчивые мысли о близких ей людях. Это волнует ее как вероятный признак надвигающегося помешательства. Содержания этих своих мыслей Наз. нам опять-таки не раскрывает.

Мы говорим больной о высказываниях И. П. Павлова в письме к Жане, в котором дано физиологическое объяс-

нение возникновения противоположных истинным стремлениям человека мыслей и желаний. Это объяснение успокаивает ее.

Наряду с такими беседами мы предпринимает тренировочную психотерапию. Мы даем больной твердые задания по преодолению патологических навязчивых связей: мы требуем постепенного установления твердого режима работы, мы требуем, чтобы больная преодолела навязчивый страх ходить одной по улице, постепенно удлиняла прогулки и т. п. Такая тренировка даст известный результат.

Больная сама однажды нам заявила, что некоторые ее действия, как будто бы навязчивые, в самом деле являются следствием суеверия, которого она не чужда. Нам приходится говорить больной, что суеверие у интеллигентной женщины является выражением слабости, от которой стыдно не избавиться. Мы требуем от больной обещания впредь не потакать таким своим слабостям, например, если ей опять покажется, что случится беда, если она не пересчитает все попадающиеся окна магазинов, то она должна все же заставить себя не считать их, чтобы потом убедиться, что от этого ничего не изменилось. После этой беседы больная сообщила, что как будто преодолевала ряд действий, протекавших по типу навязчивости.

Подчеркиваемая самой больной неоткровенность с нами лишает нас даже возможности судить достаточно обоснованно и полно об эффекте лечения, но одно для нас было несомненно: больная явно дорожит психотерапевтическими беседами, они безусловно кратковременно успокаивают ее, улучшают ее самочувствие, несколько повышают работоспособность. Несомненно, что и такая психотерапия полезна.

Серьезнейшей помехой для психотерапии было устойчивое сопротивление больной нашим попыткам вызвать ее на откровенность; вероятно даже, что моментами она была лживой. О большом успехе психотерапии при таких условиях не может быть и речи. В подобных случаях, начиная лечение, врач прежде всего должен рассчитывать на возможность хоть сколько-нибудь преодолеть такую тенденцию больной. В какой-то мере это удается нередко при длительном лечении. Неоткровенность больной может быть до некоторой степени и оправ-

дана, поскольку она не хочет говорить подробно о своей связи с человеком, имеющим семью и не желающим оглашать свою связь с ней. Но ее неоткровенность выходит далеко за эти пределы.

В какой бы мере ни удалось преодолеть эти черты больного характера, это всегда очень полезно. Полезно не только то, что, больше зная о больном, мы лучше сумеем его лечить; сам факт перестройки больного, возникновение для него самой возможности быть откровенным означает важный внутренний, личностный положительный сдвиг. Уже поэтому психотерапевт не должен только из-за неоткровенности больного отказываться от попытки лечения (конечно, мы имеем в виду больных, не подозреваемых нами в попытке использовать посещения врача в неблагоприятных целях, что иногда бывает).

Наз., как мы уже отмечали, всячески в течение ряда лет стремится получать психотерапевтическую помощь. Это показывает, что психотерапия ей приносит пользу.

Больная совершенно негипнотизабильна и категорически отказывается от попыток ввести ее в гипнотическое состояние. Вместе с тем она, несомненно, внушаема. Психотерапевт ей скажет то, что она и сама знает, но все же слово психотерапевта имеет для нее существенное значение, оно хотя бы временно укрепляет силы больной, делает ее спокойнее, менее одолеваемой противоречиями. Выполняя приказ врача, она действует увереннее, чем тогда, когда ей приходится решать самой. Постоянная помощь психотерапевта является, говоря фигурально, для больной костылем, опираясь на который, она только и может более или менее уверенно себя чувствовать. Психотерапия здесь в основном не излечивает, а помогает жить, это средство компенсации патологических черт характера. Помощи психотерапевта здесь нет конца. Больная в ней будет нуждаться постоянно или почти постоянно.

Тяга к психотерапии у таких больных поддерживается еще и их одиночеством в жизни. Мать, любимый человек, некоторые товарищи по работе, с которыми больная поддерживает хорошие отношения, располагают ее к откровенности еще меньше, чем психотерапевт. С врачом хотя бы инносказательно, завуалированно она все же говорит о своих тревогах, о своих переживаниях.

Ни с кем другим таких бесед она вести не может. Другим она доверяет еще меньше, чем врачу, а высказаться, как и выслушать ободряющее слово, прямой приказ ей необходимо при ее нерешительности и тревожности.

Только психотерапевт в силу своего положения лица, не причастного к повседневной жизни больного, выступающий пред ним как единственный человек, ничего для себя от него не требующий, призванный помочь больному, может, хотя бы частично, пользоваться доверием больных такого рода.

Остановимся на двух вопросах, затронутых в описании последней больной. В связи с первым из них приведем одно высказывание А. А. Токарского.

А. А. Токарский так рассказывает об одной из больных: «Среди разговора... вдруг, не имея возможности воспрепятствовать, она прерывает то, что она говорила или что она слушала, странными криками и еще более странными словами, которые представляют печальный контраст с ее видом и ее изысканными манерами; слова большей частью бывают грубые ругательства, грязные эпитеты. Объяснение, которое она дает тому предпочтению, которое ее язык оказывает неприличным выражениям, очень правдоподобно. Чем возмутительнее они казались ей по своей грубости, тем более мучилась она страхом произнести их, именно этот страх приводил их ей на язык, когда она не могла более управлять им».

Значительно позднее в какой-то мере сходные явления описал французский ученый Жане, объясняя их как результат смешения противоположных тенденций и понятий.

И. П. Павлов объяснил физиологически это явление как выражение ультрапарадоксальной фазы: ослабленная клетка приходит в тормозное состояние, а по закону индукции возникает возбуждение в другой половине ассоциированной пары, противоположной по значению первой.

У только что описанной больной мы могли на основании ее слов установить сходные явления, менее резко выраженные, чем это описал Жане. При неврозах навязчивости мы нередко отмечаем подобного рода явления. Не всегда они приобретают такую силу, что имеют основания говорить об этих явлениях как о чувстве овладения. Иногда они оказываются менее стойкими, и

тогда относительно легко поддаются коррекции в процессе психотерапии. Здесь часто бывает полезно объяснить больному происхождение таких мыслей, чтобы ослабить их мучительность, а потом и снять. Это имело место и у только что описанной больной. Нередко у матерей, преимущественно психастеничных, появляется навязчивая мысль о возможности убить горячо любимого ребенка. Эта мысль становится особенно мучительной вследствие того, что больная относится к себе, как к чудовищу, как к аморальной, преступной матери. (см. описание больной К. на стр. 149—150). В таких случаях одно разъяснение того, что в силу определенных физиологических, и патофизиологических условий именно у матери, особенно горячо любящей ребенка, только и могут возникнуть такие мысли, что они никогда не реализуются, что к мыслям этим следует поэтому относиться спокойно, как к ничем не компрометирующим и ничем не угрожающим случайным явлениям, нередко приводит сначала к успокоению, а потом к ликвидации патологического явления.

Второй момент, которого мы хотели коснуться в связи с рассмотрением особенностей лечения больной Наз., это применение тренировочного момента в психотерапии. У многих больных он оказывается в высокой мере эффективным.

Мы думаем, что механизм тренировки не следует понимать, как это иногда имеет место, слишком узко. Когда спортсмен тренируется, он не только наращивает мышцы, не только развивает свой двигательный аппарат: каждый раз достигая нового успеха, спортсмен приобретает и большую уверенность в том, что он способен к таким большим достижениям; меняется при этом его отношение к своим возможностям, повышается способность тонко рассчитывать и быстрее переводить мысль в действие.

Нередко психотерапевту приходится понуждать своих больных, страдающих кишечным расстройством (возникшим на нервной почве) и годами находившихся на жесточайшей диете, постепенно переходить к обильному питанию. Больные при помощи врача нередко не только приучают органы пищеварения к большей нагрузке, т. е. их тренируют, но и на опыте убеждаются, что их организм может с таким питанием вполне справиться, и это

помогает им освободиться от беспорядков в пищеварительных органах.

При лечении многих больных, в частности таких, которые боятся выходить на улицу из-за страха, что там что-то случится у них с сердцем, особенно приходится учитывать эту сложную структуру тренировки. Постепенно расширяя участок, на котором больной решается совершать прогулки, врач убеждает его, что сердце его не подведет и при более дальних прогулках. Если опыт таких прогулок хорошо используется психотерапевтом для подавления у больного страха, если прогулки используются для того, чтобы повышать активность больного в сопротивлении патологическим страхам, то тренировка приносит существенную пользу как ценный момент психотерапевтического курса.

К использованию тренировки в таком плане относился положительно И. П. Павлов. В «Павловских клинических средах» опубликована стенограмма разбора больного с навязчивыми страхами. На этом разборе Б. Н. Бирман говорил о лечении больного, который 5 лет не выходил на улицу в связи со страхами. У него с успехом применили лечение приучением, подавлением страха, тренировкой.

В связи с этим И. П. Павлов сказал, что применение тренировки физиологически обосновано и что «психотерапия много делает».

Б. Н. Бирман к этому вопросу обращался и в дальнейшем. Он писал, что «при лечении многих больных основной задачей является оздоровление типа нервной деятельности и функции отставшей сигнальной системы путем тренировки силы и подвижности нервных процессов. Эта задача может быть осуществлена методами активной стимулирующей психотерапии, основывающейся на учении И. П. Павлова о высшей нервной деятельности».

Прав был Б. Н. Бирман, рассматривая тренировку нервных процессов как момент активной, стимулирующей психотерапии. Именно эта сторона психотерапии — стимулирующая и активирующая — является особенно существенной. Тренировка может также своей задачей снимать торможение, где оно потеряло лечебное, охранительное значение или где оно не имело его и ранее. Основная задача советской психотерапии — восста-

новление потерянной больным активности, восстановление его способности к полноценной активной жизни, что связано и с правильной оценкой человеком своих возможностей. Психотерапевтическая тренировка имеет своей задачей как непосредственное воздействие на нервную динамику, так и перестройку отношения больного к тренируемым функциям, к себе в целом. В этом плане мы и должны оценивать значение и роль тренировки и психотерапии.

Никакое лечение, обусловленное поражением той или иной функции, той или иной деятельности, не может быть проведено, во всяком случае закончено, без того, чтобы в процессе лечения пострадавшая функция не была мобилизована в доступной для нее мере.

Даже после ампутации ноги травматолог не может считать свою миссию, свои обязательства перед больным выполненными, пока больной не станет ходить на костылях или на протезе (в соответствии с состоянием оперированной конечности) достаточно хорошо при реальных возможностях опорно-двигательного аппарата.

Особенно, конечно, это относится к поражениям функционального порядка. Нелепа мысль лечить больного истерической астазией-абазией, так и не попытавшись поставить его на ноги в самом процессе лечения.

Конечно, вовлечение больного в активную борьбу за восстановление функций, временно утерянных возможностей неизбежно связано с воздействием на бодрствующую кору головного мозга. Эти задачи не могут целиком решаться внушением в гипнотическом состоянии.

Введение тренировочного элемента в психотерапию бывает показано у некоторых из так называемых «астенических больных». Диагноз «астеническое состояние» нередко, мы полагаем, маскирует подлинную сущность заболевания. Не так редко «астеническое состояние» без достаточных оснований тянется весьма долго и по существу является не чем иным, как образовавшимся на фоне слабого типа или временно ослабленной нервной системы невротическим неверием в свои силы, стремлением устраниваться от трудностей, психогенным отказом от активности. Другой характер имеют астенические состояния после обострения шизофренического процесса. Но и в том, и в другом случае, а также и еще при не

которые других вариантах этого состояния тренировочная психотерапия может быть весьма эффективной.

Вероятно, при иных хронических астенических состояниях имеют место, как это думают некоторые авторы, нарушения диэнцефальной области, возможно, ретикулярной формации. И здесь, вероятно, тренировки могли бы быть полезны.

Конечно, по-особому следует подходить к тренировке, потребность в которой вызвана органическими поражениями центральной нервной системы или отдельных органов. Нередко, например, наблюдаются неврозы ампутированных, при которых существует страх передвижения на протезе или на костылях. Психотерапия здесь должна быть также связана с тренировкой. Обучение, тренировка имеют огромное и психотерапевтическое значение при афазиях, центральных параличах. Некоторые авторы применяли с успехом тренировочную психотерапию при хорее и при других двигательных расстройствах, например при тике (Г. Оппенгейм, Бриссо и др.). Френкель лечил так атаксию. Несомненно, могут быть с пользой применены тренировочные занятия по преодолению навязчивости.

Следует осторожно рекомендовать больному тренировку без того, чтобы в процессе ее ему была обеспечена психотерапевтическая помощь, без которой возможны всякого рода срывы.

Каждое достижение больного при такого рода психотерапии должно быть подкреплено врачом, подчеркивающим его значение. Врач должен следить за тем, чтобы взятые больным на себя обязательства он точно выполнял. Вместе с тем требования к больному следует дозировать осторожно, строго соотнося их с возможностями больного и с трудностями перестройки закрепившихся стереотипов. Возлагать на больного требования, которых он не сумеет выполнить или выполнение которых будет связано с перенапряжением нервной системы, крайне нежелательно. Это может его разочаровать, уменьшить доверие к врачу и к проводимому лечению, что сильно затруднит или сорвет дальнейшее лечение.

Психотерапевтическая тренировка больше, чем всякая другая, должна быть организована так, чтобы при ней развивались внутренние стимулы к соответствующей деятельности и преодолевались соответствующие

тормоза. Тренировка здесь должна иметь в виду не развитие тех или других движений, а развитие пострадавших деятельностей во всей их сложности, вернее — общую перестройку больных.

Психотерапия по поводу страхов, патологических навыков, наркоманий и т. п., использующая методы тренировки, не должна считаться законченной до того, как имеющиеся достижения закреплены и длительно испытаны в обычной для больного обстановке. Нередко бывает так, что больной, проходивший в стационаре лечение по поводу мешающих ему выходить на улицу страхов и достигший здесь с помощью врача значительных успехов, как будто вполне справившийся с мешающими ему страхами, выписавшись, попав в более или менее трудные для него условия, с которыми было связано возникновение страхов, быстро возвращается к прежнему состоянию.

В процессе психотерапии необходимо добиться, чтобы больной не только преодолел неправильности в своем поведении, но и приобрел необходимую стойкость в отношении к той нагрузке, которую ему придется выносить в последующем, добиться ослабления, заторможения ранее образовавшихся условных связей патологических явлений с теми или иными условиями жизни.

Тренировочный момент приобретает подлинную ценность, когда он включен в глубокое систематическое психотерапевтическое воздействие.

Включение тренировочного момента целесообразно лишь тогда, когда больной достаточно подготовлен к борьбе за свое излечение, за преодоление общего снижения активности или расстройства той частной деятельности, тех нервных процессов, которые ему предстоит тренировать.

Поэтому целесообразно вводить тренировочный момент не с самого начала лечения, а позднее, когда больной хорошо изучен врачом, сам привык к врачу, оценил его помощь, поверил в его авторитет и особенно преодолел неправильное отношение к своей болезни, если оно у него было. Раньше времени включенная тренировка, как и слишком раннее предоставление проходившего психотерапевтическую тренировку больного самому себе, может отрицательно сказаться на результатах лечения.

При неврозах, при психических заболеваниях, при некоторых очаговых поражениях головного мозга нередко вместе с нарушением тех или иных функций или видов деятельности патологически строится и отношение больного к этому нарушению.

Человек со здоровой психикой, прикованный к постели вследствие перелома костей ноги, активно и безоговорочно стремится выздороветь и пойти. Страдающий неврозом, а тем более шизофренией, не выходящий из дома под влиянием страхов, может к своему вынужденному пребыванию дома относиться двойственно, безразлично или даже положительно. Здесь раннее включение тренировки без предварительной подготовки больного должно считаться нецелесообразным.

Мы лечили в диспансере больную шизофренией Д. (состояние относительно неглубокого дефекта). Она была направлена к нам для психотерапии по поводу страха, вследствие которого она в течение нескольких лет не выходит из дому без провожатого. Мы очень скоро добились того, что больная стала всюду ходить сама, не испытывая страха. Но мы не сумели добиться скольконибудь положительной эмоции больной в связи с этими достижениями. Она выполняет наши требования, и только. Вскоре она перестала нас посещать и вернулась к прежнему состоянию.

Больной явно мешал ходить в основном не страх — решающее значение имело отсутствие соответствующих побуждений, а их перестроить нам не удалось.

Описание отдельного случая неудачного лечения, конечно, не должно повести к выводу о нецелесообразности подобных попыток, о их безнадежности. Такой вывод был бы серьезной ошибкой. У больной Д. лечение значительно затруднялось тем, что оно не пользовалось поддержкой членов ее семьи. Более длительная и настойчивая психотерапия больных шизофренией в более благоприятных условиях приводит часто к весьма положительным и устойчивым результатам.

Таких больных, как Д., лучше лечить в условиях стационара санаторного типа, чтобы обеспечить большую систематичность и длительность лечения. Конечно, должно быть обращено при этом усиленное внимание на эмоциональную сферу больного, на образование у него более или менее правильного отношения к задаче

тренировки и психотерапии в целом, на усиление побуждений к нормальному передвижению.

Тренировочная психотерапия может быть использована психотерапевтом как метод повышения не только активности, выражающегося в усилении деятельности, но и повышения способности к активному отстранению всего нарушающего покой.

По этому пути шли многие психотерапевты, предлагая различные его варианты (Гиршлаф, до известной степени Шульц и др.). Мы использовали такого рода метод при лечении ряда возбудимых психопатов, нередко видя значительную пользу этого метода.

Больных, не только негипнотизабильных, но и не способных несколько минут спокойно полежать, мы постепенно приучали к такому успокаивающему лежанию, сначала при помощи внушения в состоянии бодрствования, применяя изредка поглаживания по лбу или по руке и достигая при этом состояния покоя. Такое состояние, вероятно, несколько приближается по своему успокаивающему влиянию к гипнотическому. В нем можно было и более успешно проводить некоторые краткие внушения. Вместе с тем нередко такие упражнения помогали больным позднее самим приводить себя в спокойное состояние при полном бодрствовании. Там, где он достигает успеха, этот метод мы расцениваем одновременно и как успокаивающий, и как повышающий активность больного в преодолении болезненных явлений, в овладении собой.

Этого рода тренировку мы неоднократно с известным успехом применяли при лечении больных, страдающих бессонницей, не поддающейся другим видам психотерапии.

Таких больных мы старались приучить, не засыпая (если засыпать им не удавалось), спокойно, возможно в полудремоте, отдыхать. Они, таким образом, приучались на некоторое время освобождаться от беспокоящих их мыслей, заменять характерное для них беспокойство в постели спокойным лежанием без тревожных мыслей, при возможно расслабленной мускулатуре, без лишних движений, которые нередко сами являются причиной незасыпания. Если это в какой-то мере удастся, то переход ко сну достигается уже более легко. Этот метод лечения сближается в известной мере с методом

мышечной релаксации, предложенным Джекобсоном. Сходные предложения высказывал и Жане.

Психотерапевтическую тренировку следует, конечно, понимать не как тренировку одной лишь так или иначе нарушенной деятельности. Мы должны добиваться и действительно добиваемся общей тренировки нервных процессов, общего укрепления на этой основе активности, воли больного. Также нужно рассматривать и психотерапевтическое значение труда, трудовую терапию.

Заслуживает, в частности, внимания опыт Д. С. Озерецковского, успешно лечившего больных с навязчивостями трудовой терапией.

Подробнее на вопросе о психотерапевтическом значении труда мы остановимся в специально посвященной ему главе.

Большое значение имеет психотерапия, включающая момент тренировки, при заболеваниях, при которых имеют место психогенные наслоения на органически пораженные функции.

Больной, страдающий афазией, нередко боится, не решается говорить, и это вторично снижает его речевые возможности. Восстановительное обучение вместе с речевой тренировкой и разработкой компенсации дефекта должно усилить у больного речевую активность, снять закрепившиеся и уже ставшие не только ненужными, но и вредными тормозные моменты и показать больному, что он недооценивает свои возможности, свои перспективы.

Тренировочные занятия, как и привлечение больных к труду, полезны еще и тем, что они уводят больного в той или иной степени от связанных с болезнью переживаний, стимулируют развитие процессов отрицательной индукции, тормозящих патологические функциональные очаги.

Большое значение имеет возникающее в результате тренировочных занятий и всех других видов активизирующей психотерапии усиление процессов внутреннего торможения. Больные становятся более способными активно переключаться с больных мыслей и переживаний на такие, которые имеют положительную эмоциональную окраску. Больными активно замещаются, например, мысли и воспоминания о понесенной ими потере мыслями о

том, что хорошего им еще предстоит пережить в будущем, или хотя бы нейтральными мыслями.

При тренировочной психотерапии очень важно добиться жесткой дисциплины и подчинения больного сначала указаниям врача, а позднее на этой основе — собственным планам, принятому режиму.

Тренировочная психотерапия должна укрепить у больного сознание значения его собственной активности в преодолении болезни и ее проявлений.

Может помочь врачу наладить у больного управление им своей внутренней жизнью чтение большим хорошо подобранной литературы. Такое чтение, организация его должны быть причислены к полезным психотерапевтическим мероприятиям, как и занятия музыкой и другими видами искусства для больных, к этому расположенных, пребыванию в красивой местности для любящих природу и пр.

Психотерапевтическое влияние может иметь не только художественная литература. Может с осторожностью быть использована и хорошо написанная популярная медицинская литература. К сожалению, у нас еще мало таких книг на медицинские темы, которые могли бы иметь психотерапевтическое значение. Несомненно, для ряда больных бывает в высокой мере полезно чтение других видов литературы. Здесь надо считаться с уровнем читательских интересов больного, с его литературным вкусом и т. п. Особенно способны помочь психотерапевту в лечении некоторых больных замечательные книги: «Повесть о настоящем человеке» Б. Н. Полевого и сочинения Н. А. Островского.

Большую ценность для многих больных имеют такие заветы Островского: «Работая над собою, нельзя поддаваться случайным настроениям. Не следует преувеличивать свои силы, но, конечно, и преуменьшать их»; «Необходимо энергично поддерживать стремление воспитать у себя привычку быть таким, каким хочешь сделаться. Надо быть всегда активным в этом направлении, и не довольствоваться благими намерениями»; «Не следует думать о том, что тебя размагничивает и ослабляет, и, наоборот, надо почаще возвращаться мыслью к важным для тебя предметам».

Неплохо если больные смогут в приемной комнате лечебного учреждения прочесть написанные на пла-

катах эти высказывания вместе с другими ценными для больных высказываниями крупнейших мыслителей и художников слова. Как и книги, музыка, рекомендуемая в целях психотерапии, должна подбираться с учетом всех индивидуальных особенностей больного и его состояния.

Психотерапевтическое значение книг, музыки, картин природы, посещение театров и музеев, путешествия и пр. психотерапевт не должен понимать только лишь в одном плане, только как терапию «переключением». Все воздействия этого рода не только «отвлекают» больного от его больных мыслей и переживаний, не только «переключают» его на другие здоровые мысли и перспективы: они способны содействовать перестройке больных мыслей, глубоко воздействовать на эмоции, возможно лучше обеспечивая наиболее положительное влияние на больного той деятельностью, к которой его готовят, вообще широко воздействовать на его личность. Врачу следует тщательно руководить этими приемами лечения.

Нужно учитывать, что несвоевременная рекомендация больному, например, занятий музыкой, прогулок и пр. в целях переключения может оказаться для него невыполнимой, иногда даже оскорбительной (например, после тяжелой утраты).

Должно тренировать у больного способность активного торможения путем переключения своих тревожных мыслей и переживаний. Приведем в качестве примера такого приема психотерапии совет Дюбуа страдающим бессонницей: «Не думайте о сне. Он улетает, как птица, когда за ним гонятся; уничтожьте здравым размышлением ваши пустые заботы и закончите день на какой-нибудь простой мысли, которая поможет вам спокойно заснуть».

При психотерапевтической тренировке необходимо также помнить, что чем осмысленнее тренирующие действия, тем успешнее достигается психотерапевтический эффект.

Еще во время Великой Отечественной войны мы наблюдали в госпитале, что раненые с ограниченными движениями рук, если им предлагают достать какой-либо предмет, способны совершить движение большего объема, чем то, которое они могут реализовать при отсутствии такого задания при гимнастических упражне-

ниях (позднее исследования в этой области продолжали П. Я. Гальперин и Т. О. Гиневская). Таким образом, наличие осмысленной цели повышает мобилизационную готовность больного. То же наблюдалось и при трудовых операциях. Если раненым и больным в целях лечения предлагалась полезная работа, имеющая в их глазах серьезный, большой смысл, общественно необходимая, они значительно лучше включали пострадавшие функции и у них лучше вырабатывались компенсации, чем тогда, когда работа была лишена такого смысла (С. Г. Геллерштейн и др.). Это надо учитывать и при назначении тренировки с психотерапевтической целью, на что обращали уже давно внимание некоторые авторы (Жане и другие).

Мы всегда стремимся давать больному, преодолевающему страх ходить по улице, возможно более интересные для него поручения, для выполнения которых ему приходится уходить постепенно все дальше. Нередко больные, страдающие агарофобией и тренирующиеся в ходьбе по улицам, это сами учитывают и просят дать им поручение: пойти купить что-либо, кого-либо встретить и т. п.

Таким образом, для тренировки желательно применять метод действий, имеющих для больного смысл, помимо самой тренировки. Бессмысленность действия создает излишние затруднения, излишне нагружает нервную систему больного, вызывает отрицательные эмоции.

Конечно, вовлекая больного в ту деятельность, которая представляет для него трудности, психотерапевт должен ясно представлять себе, чего именно, какого лечебного эффекта он добивается, предлагая больному ту или иную деятельность, и вместе с ним и в том же плане это должен понимать больной.

Если мы, например, лечим больного, страдающего заиканием, и выясняем, что заикание возникает или усиливается в связи с тем, что больной чрезмерно следит за своей речью в наиболее ответственных для него ситуациях, мы ставим перед ним задачу возможно больше переключать внимание на содержание речи, а не на произнесение слов. В таких случаях мы стремимся вместе с больным в возможной мере разгрузить речь от самоконтроля. Если больной, наоборот, совершает навязчивые или привычные действия в какой-то

мере автоматически, тренировка может приобрести задачу повышения роли самоконтроля. И нередко именно это помогает больному.

Одной больной, страдающей навязчивым стремлением поднимать с пола или земли обрывки бумаги, мы предложили (конечно, не сводя только к этому нашу помощь) обязательно считать, сколько раз в день она совершит это действие, и добиваться с каждым днем уменьшения количества этих насильственных актов. Состояние ее скоро резко улучшилось под влиянием лечения, в котором описанный прием усиления самоконтроля занимал большое место.

Мы уже отмечали, что ряд авторов предлагал и при функциональных двигательных расстройствах типа тиков применять метод активного их преодоления больным, в частности настойчивыми гимнастическими упражнениями, иногда перед зеркалом. При этом обычно рекомендуется не ограничивать гимнастические упражнения только мышцами, охваченными тиком, во избежание фиксации. Особенно подробно разработали такую методику лечения тика в свое время Мейк и Фендель (Mayk and Fendel).

При невротических нарушениях функций приходится учитывать, что нередко невроз нарушает наиболее слабые из них. Поэтому тренировка может иметь задачей не только преодоление психогенно возникших нарушений, но и укрепление и до заболевания слабых функций.

Приведем пример. У некоторых больных с заиканием и избирательным мутизмом отмечается, что им особенно трудно говорить там, где требуется повествовательная речь (у учеников невозможность отвечать особенно часто проявляется на уроках русского языка и истории) — самая трудная форма речи. Развивать у них эту форму речи весьма целесообразно. Вместе с тем не следует и в таких случаях всегда безоговорочно пренебрегать трудностями, возникающими у больных. Нередко врачи отказываются разрешать им отвечать и сдавать экзамены письменно. Правильная для многих больных, такая мера должна все же соотноситься со степенью трудности и с состоянием больного. Иногда все же следует настойчивые требования устной речи в трудных для больных условиях предъявлять им лишь после известной подготовки. Это же относится и к ряду

других функциональных нарушений, особо упрочившихся и связанных с развитием личности, преодоление которых сопряжено для больного с особо большими трудностями.

Необходимо сказать, что активизирующие приемы не у всех больных могут быть применены с пользой в любой стадии заболевания. Мы уже говорили, что, выбирая такой метод, врач должен выяснить степень готовности больного к активной борьбе с болезнью. Надо также учесть, не будет ли усиление самоконтроля, развитие внутреннего торможения с распространением его на очаг застойного возбуждения еще непосильным для больного. Необходимо тщательно наблюдать за состоянием больного в процессе такого лечения, чтобы всегда суметь внести в него соответствующие изменения, когда выявится в том необходимость.

Каждый раз, ставя перед собой задачу достигнуть возникновения или укрепления у больного правильного и активного отношения к своей болезни в целом и к отдельным ее выражениям, психотерапевт должен найти в состоянии больного, в его личности глубокие основания для решения вопроса о том, какими именно должны быть это активное отношение и эта активность.

Мы можем, например, побуждать больного, страдающего кардиофобией, игнорировать неприятные ощущения в сердце. Но мера этого игнорирования должна быть тщательно соотнесена не только с состоянием сердца, что само собой разумеется, но также и с готовностью личности.

Бывает, что больной, подчинившись врачу, но будучи еще внутренне для этого недостаточно подготовлен, испытывает в длительной прогулке такие трудности, которые надолго затормозят его активность и помешают дальнейшему лечению, ухудшат состояние больного вследствие перенапряжения тормозного процесса.

Но если психотерапевт следит за больным, особенно в начальный период тренировки, последнему обычно удается благополучно преодолеть такого рода срывы.

Мы лечили больную М., ряд лет страдающую кардиофобией. Она все эти годы выходила из дому только в сопровождении мужа или сестры. Мы начали тренировку после соответствующей подготовки. Больная охотно выполняла наши указания. Постепенно стала проходить без

провожаемых значительные расстояния. Тогда обнаружился страх ездить в трамваях, троллейбусах, автобусах. И это было преодолено при нашей помощи. Возникли при ходьбе головокружения. Это тоже было преодолено, но появился страх ходить при ночном освещении города.

Такая трансформация симптомов наблюдается весьма часто. И если не постоянная поддержка врача, тренировка может привести к углублению и фиксации патологических явлений.

Конечно, и при применении психотерапевтического воздействия на бодрствующего пациента (не введенного в гипнотическое состояние) врач, имея или не имея это специально в виду, оказывает на него и внушающее влияние. Авторитет, компетентность врача в вопросах, в которых больной не сведущ, эмоциональная сторона врачебного воздействия — все это не может не придавать словам и действиям врача внушающего влияния.

Внушение в состоянии бодрствования внушаемого можно весьма часто наблюдать и вне психотерапии.

Интересный эксперимент описан в брошюре П. И. Буля: «В одной большой студенческой аудитории состоялась лекция. Профессор химии, увидев, что студенты утомлены, решил их „растормошить“. Он заявил, что сейчас сделает опыт в целях изучения скорости распространения запаха одного пахучего вещества. Он попросил студентов поднять руки, как только они ощутят тот или иной запах. С этими словами профессор налил несколько капель темной жидкости на вату перед собою и с видом отвращения отошел в сторону. Вскоре многие студенты почувствовали неприятный запах. Выяснилось, что запахи ощущались разные, но все неприятные. Наконец, и на задних скамьях амфитеатра стали „ощущать“ „дошедший туда“ запах. В это время некоторых лиц, сидящих впереди, вблизи „источника запаха“, пришлось вывести, так как им стало дурно. После опыта студентам открыли правду: „химическая“ жидкость была водой, подкрашенной чернилами».

В этом опыте мы считаем особенно характерными два момента. Весьма вероятно, что если бы с каждым студентом такой опыт был поставлен индивидуально, а не в группе, внушаемых оказалось бы значительно меньше; в аудитории внушающее воздействие произво-

дил не только профессор, но и студенты друг на друга. Групповое внушение при определенных условиях более эффективно, что в свое время широко использовали устроители всяких религиозных церемоний, сопровождаемых «чудесами». Каковы же эти условия? Прежде всего — готовность всех членов группы к проводимому внушению.

Если бы, например, в группе, собранной для внушения, находились и люди с отрицательным отношением к внушающему и к тому, что он внушает; если бы они обнаруживали такое отношение в своем поведении, это, конечно, могло бы сильно понизить эффективность внушения. Если, например, в описанной группе студентов были бы такие, которые знали сущность «опыта» и шепнули бы об этом части студентов, ничего из «опыта» не вышло бы. Однородность отношения группы к врачу и его методу лечения — одно из важнейших условий успешного коллективного внушения. Если на группу больных воздействуют путем психотерапевтического убеждения или разъяснения и т. п., присутствие больных с различными взглядами может иногда оказаться даже полезным, позволяя врачу убедительно опровергнуть ложные взгляды, которые без открывшейся при групповом лечении дискуссии могли бы возникнуть и не раскрыться у больного при индивидуальной психотерапии, что, конечно, вредило бы эффекту лечения. Еще важнее, что не согласные со словами врача больные могли бы вредно воздействовать на других больных, когда врача с ними нет и он не может опровергнуть их аргументы. Коллективная или групповая психотерапия помогает организовать среду больных в соответствии с задачами психотерапии.

Существенно в описанном эксперименте также и то, что было внушено обонятельное ощущение. Мог ли бы профессор, например, так же успешно внушить студентам, что они видят на белой стене отсутствующую там картину? Конечно, нет. Легко внушить запах, легко внушить, что где-то очень далеко показался чей-то образ, что в тишине где-то слышны крадущиеся шаги.

Трудно внушить ощущение четкое, ясное, определенное. Легко внушить ощущение неясное, неопределенное, в «зоне неясного ощущения». Именно благодаря этому относительно легко внушаются ощущения с внутренних

органов, так же как они относительно легко в той или иной мере подавляются внушением. Сказанное относится и к самовнушению.

Страх, появившийся у больного в связи с состоянием сердца, может вызвать ощущение боли в нем. То же можно сказать и о ряде другого рода болевых и иных неприятных ощущений со стороны внутренних органов.

Вероятно, при ипохондрических состояниях весьма часто именно так возникают неприятные ощущения в организме. Только относительно редко, обычно при более глубокой внушаемости (больные истерией) можно путем внушения в бодрствующем состоянии прийти к таким явлениям, как отчетливые галлюцинации слуха, зрения.

Учитывая особенности внушаемости, врач должен быть крайне осторожным с повышено внушаемыми больными, чтобы самое физическое исследование их, соби́рание анамнеза, назначение режима, слова врача, обращенные к больному или к окружающим, не привели к возникновению патологических ощущений, особенно с внутренних органов. Вместе с тем надо учитывать значительные возможности психотерапии с применением метода внушения в состоянии бодрствования.

Следует различать внушающее влияние слов и поступков врача, не имеющих и, с другой стороны, имеющих перед собой специальную задачу внушения. И слово убеждения, и проведение любой процедуры могут независимо от того, имел ли это в виду врач, влиять на больного внушающе. По существу всякий больной, поскольку его беспокоит вопрос о его состоянии, повышено внушаем врачом. Поэтому можно говорить: 1) о преднамеренном и направленном внушении врача и 2) о ненаправленном и непланируемом внушающем влиянии врача (в состоянии бодрствования больного). И первое, и второе может иметь и положительный, и отрицательный эффект. Любой врач обязан предупреждать возможность внушений с отрицательным эффектом. Последнее, конечно, чаще происходит тогда, когда врач не имел в виду внушающего воздействия. Поэтому крайне важен и необходим для врача постоянный контроль над своими словами и действиями, чтобы не допустить внушения больному нежелательных и вредных

для него представлений и переживаний. Врачу неизбежно приходится заботиться о полезном внушающем влиянии, т. е. все больше переходить к преднамеренному, направленному внушению. Такое внушение может быть прямым и косвенным.

Отметим, что нередко неправильно говорят о «самовнушении» у больного в то время, когда фактически имеет место внушающее влияние на него случайных высказываний, поступков и пр. медицинского персонала, членов семьи, других больных и пр.

Нередки больные, не гипнотизируемые или отрицательно относящиеся к гипнотизированию, но сами осознающие необходимость внушающих (в бодрственном состоянии больного) слов врача.

Больная Э., 64 лет, врач, незамужем. Прекрасный работник, любимый своими пациентами. Э. в личной жизни всегда отличалась странностями: всегда нерешительная, робка, несколько педантична, сенситивна. С детства бывали страхи. В настоящее время боится сойти с ума, боится упасть на улице, поэтому вечерами никуда не решается выходить. Бывают легкие головокружения. Диагноз: начальный артериосклероз головного мозга у психастенической личности.

Больная, изредка бывая у нас на приеме, явно находит значительную помощь в кратких беседах: она начинает выходить вечерами, ходит в кино, в гости, спокойнее живет и работает. Через 2—3 недели она вновь испытывает потребность в помощи.

Больная знает, что мы думаем о ее болезни. Она вполне принимает наш анализ ее заболевания и после беседы уходит с ослабленными страхами. Но ей, чтобы сохранять эту успокоенность, необходимо повторение наших слов. Она сама неоднократно говорит: «Слово врача для меня — великое дело». Здесь, несомненно, слово врача имеет в основном прямое, внушающее, подкрепляющее положительные связи значение.

Конечно, в таких случаях врач должен, оказывая больному этого рода нерадикальную помощь, стремиться укрепить больного и освободить его от потребности в постоянной поддержке врача. Прямое или косвенное внушение врача в состоянии бодрствования больного может дать и достаточно устойчивый эффект, и повлиять как радикальное лечение.

Как неоднократно отмечали в своих трудах многие авторы, применявшие метод психотерапевтического убеждения, весьма часто именно многократное повторение тех же слов приносит желательный терапевтический результат. Необходимость повторения, вероятно, пока-

зывает, что в соответствующих случаях убеждение сливается с внушающим моментом. В основном здесь идет, конечно, речь о механизме словесного подкрепления.

Вместе с тем должно учитывать, что повторение, с известными вариациями, доводов врача заставляет также больного чаще проверять мысли врача на течении своей болезни и помогает ему, таким образом, убедиться в правоте врача. Учитывая это, психотерапевт и сам должен привлекать больного к анализу течения заболевания, поддерживать попытки больного в этом направлении, анализировать вместе с больным малейшие успехи и неудачи лечения, стремясь при этом укреплять веру больного в успех лечения. Повторение имеет еще и то значение, что оно каждый раз устанавливает у больного новые и более тесные связи с новыми фактами в жизни и в течении болезни. И при всем этом значение внушающего момента в этих случаях нельзя игнорировать. Вообще, в психотерапии невозможно чрезмерно отрывать убеждение и разъяснение от внушения.

Прямое внушение в состоянии бодрствования особенно эффективно и целесообразно у детей дошкольного и раннего школьного возраста.

Косвенное внушение, мы полагаем, следует понимать шире, чем это принято. Так называемое „косвенное внушение“, обязательно опирающееся на представления больного, вольно или невольно, сознательно или бессознательно в какой-то мере осуществляется врачом постоянно и всегда соединено с влиянием на разум больного. Следует учитывать возможность подкреплять эффект любого лечения подобного рода воздействием (как словесным, так и несловесным).

Интересный пример эффективного несловесного внушения приводит в своей книге В. Джемс. Он описывает излечение больного весьма положительно ему рекомендованным «целителем», который в течение 10 дней изо дня в день сидел подле больного в полном молчании. Конечно, это „бессловесное внушение“ в высокой мере опирается на то предшествующее словесное воздействие, которое испытал на себе больной, слыша многочисленные рассказы о чудодейственности молчания «целителя».

Весьма часто называют внушение косвенным, когда речь идет о применении безразличных веществ (placebo-

therapy). Мы уже говорили, что здесь может быть вреден и опасен обман больного, способный подорвать его доверие к лечению, а может быть, и вообще к врачам. Такого рода лечение, кроме того, вредно тем, что способно породить у больного и окружающих его людей ложные представления в области медицины, чего, конечно, обязан избегать советский врач.

Подкрепление же действия эффективных медикаментов и процедур психотерапевтическим воздействием должно быть признано обязательным. Больному следует разъяснить значение лечения, оптимистически его оценивая.

Самое проведение лечения и назначение его должны быть обставлены так, чтобы у больного обеспечивались доверие к лечению и надежды на его эффективность. Здесь недопустимы всякая небрежность, выражение сомнений в эффективности проводимого лечения. Иногда целесообразно обставлять лечение так, чтобы было особенно подчеркнуто большое значение, которое ему придает врач и его помощники.

По возможности должны быть устранены все такие элементы лечения, которые причиняют больному тяжелые переживания.

Средний и младший медицинский персонал также должны участвовать в решении задач „косвенного внушения” в психотерапевтических целях.

Нередко к «косвенному внушению» относят лишь влияние через предметы, но следовало бы относить к этой же категории воздействие врача на больного через других людей. В частности, иногда весьма эффективно можно воздействовать на больного через других больных в лечебном учреждении, создавая среду, благоприятствующую успеху психотерапии.

Иногда очень полезно воздействовать на больного словами, не к нему обращенными. Вовремя сделанное врачом кому-либо другому замечание во время обхода, обращение к другому больному со словами, способными быть положительно воспринятыми больным, на которого врач и имел в виду воздействовать, — все эти пути бывают очень ценны как дополнение к прямому воздействию на больного.

К приему «косвенного внушения» можно отнести целесообразное в некоторых случаях как бы игнориро-

вание тех или иных жалоб больного, особенно истеричного.

В качестве иллюстрации своеобразного до известной степени косвенного терапевтического внушения приведем пример, заимствованный из доклада А. А. Токарского на IV съезде отечественных врачей.

Страдающая истерией молодая девушка после падения заболела истерическим параличом нижних конечностей. Она прошла лечение в клиниках Шарко, а затем Маньяна, где попытки усыпить ее внушением не удавались, а другие методы лечения оказались неэффективными. Затем больная поступила в клинику Бриана. И здесь многократные попытки ввести ее в гипнотическое состояние заканчивались неудачами. Больная продолжала находиться в тяжелом состоянии: не могла становиться на ноги, была депрессивна. Она очень искала помощи, была, как пишет Бриан, в отчаянии, что ноги ее остаются неподвижными. Тогда Бриан уверенно сказал своей пациентке, что болезнь не может продолжаться больше 6 месяцев, что скоро будет припадок, после которого она сразу выздоровеет. Больную также убедили, что дату припадка врач сумеет точно предсказать по ряду признаков.

Спустя некоторое время один из помощников Бриана, навестив больную, сказал ей, что по ее состоянию можно с уверенностью сказать, что припадок наступит в течение суток. Затем посетил ее сам Бриан и подтвердил, что припадок вот-вот должен наступить и что из него она выйдет совершенно здоровой. Вскоре у больной начался судорожный припадок, длившийся 20 минут. По окончании его больная сразу пошла. Излечение оказалось стойким.

В этом описании мы видим случай явно действительного внушения в состоянии бодрствования. Мы такое опосредованное внушение сближаем с косвенным, поскольку больной выздоровление было внушено не прямо.

Представляет интерес, что больная, у которой крупным специалистам не удалось вопреки всем стараниям добиться усыпления прямым внушением, оказалась в высокой степени внушаемой другим путем. Она полностью подчинилась внушению припадка и выздоровления после него именно тогда, когда не знала, что является объектом внушения. Мы не можем сказать, какой момент явился решающим. Во всяком случае бесспорно, во-первых, что внушение разного содержания может иметь на одного и того же больного различной степени внушающее влияние, а во-вторых, когда больной не знает, что он является объектом внушения, оно может оказаться вполне действенным, не встречая того сопротивления, которое возможно по разным причинам при прямом

внушении, особенно проводящемся заведомо для больного как таковое.

Приведа описание больной Бриана как характерный случай успешного косвенного (в расширенном смысле слова) внушения в состоянии бодрствования больного, мы вместе с тем не можем рекомендовать такой путь лечения. Советские психотерапевты не могут пойти по пути мистификации больных. Мы не можем добиваться излечения, насаждая предрассудки и ложные представления, действуя путем грубого обмана. Подавляющее большинство наших больных настолько культурны, что и не воспримут без критики такого рода внушение, на какое пошел Бриан. Если бы советский психотерапевт, пойдя этим путем, и достиг бы успеха, то он явно стоял бы перед весьма серьезной угрозой, что больной позднее под влиянием окружающих поймет, что врач его обманывал. И если такое разоблачение даже и не повредит (в чем нельзя быть уверенным) уже поправившемуся больному, то повредит лечению других больных, которые будут думать, что врач может и их обмануть. Обман больного, какими хорошими намерениями врача он ни был бы вызван, может в дальнейшем повернуться своей отрицательной стороной.

Врач должен быть весьма осторожен и щепетилен в выборе пути лечения. Недопустимо также для врача избирать путь лечения, который, не являясь единственным и безусловно необходимым, приносит больному вред, а содействие образованию у истерической больной механизмов судорожного припадка связано с опасностью обречь ее на припадки и в дальнейшем. Поэтому к способу, примененному Брианом, нельзя отнестись положительно.

Несомненно, именно в целях косвенного внушения сознательно или бессознательно в капиталистических странах некоторые частнопрактикующие врачи предпочитали и предпочитают давать больному не дешевые, а дорогие лекарства, имеющие какой-либо особо дурной запах и вообще как-то особенно воздействующие на воображение больного и окружающих его людей. В условиях капиталистического общества даже большой гипноз врачу способен воздействовать так же.

Таковыми же по существу соображениями диктуется нередко терапия по принципу *ut aliquid flat*,

До некоторой степени приближается к косвенной психотерапии «устрашающая психотерапия», во всяком случае некоторые ее виды.

Еще совсем недавно больных с истерическим мутизмом или даже с контузионным сурдомутизмом некоторые врачи за рубежом лечили фарадизацией гортани с явным расчетом вызвать боль и страх боли при повторении такого воздействия.

Нельзя назвать эти методы психотерапевтическими. Хотя они иногда и приводят к цели — к снятию мутизма, но в подавляющем большинстве случаев не только не оказывает общего положительного воздействия на больного, но даже причиняют ему некоторый вред.

Мы уже писали о методе самовнушения, который тесно связан с методом внушения в состоянии бодрствования. Когда Куэ излечивал больных методом самовнушения, тут, конечно, большую роль играло внушение, вера больных в него.

Говоря о современных течениях в этой ветви психотерапии, следует упомянуть о методе, называемом методом аутогенной тренировки, издавна разрабатываемом в Германии Шульцом (1932), а в последние годы развиваемом Мюллер-Хегеманом: сначала психотерапевт вызывает внушением состояние расслабления мускулатуры и покоя; потом больные должны перейти к самовнушению.

В методе Шульца центр тяжести лежит в определенных формулах внушения и самовнушения, которым придается большое значение. Больному говорят, например, при мигрени: «Мышцы лица расслаблены», «Лоб слегка холодит». Часто предпочитают более конкретные формулы, например: «Подбородок свободно свисает» вместо «Мышцы лица расслаблены». Мюллер-Хегеман предупреждает, что наиболее значительный положительный эффект достигается при применении этого метода у интеллигентных больных. Несомненно, применение его возможно далеко не у всех больных. Заинтересованность и вера в метод образуют, как вообще в психотерапии, благоприятные условия для воздействия на больного.

Обратим здесь внимание на попытки применить вариации этого метода к лечению позднего ночного энуреза Вендтом (H. Wendt). Особенно, очевидно, важно

при этом закрепление формулой самовнушения у больного ребенка или подростка сознания ответственности, направленности на борьбу с болезнью, в частности способствующей своевременному пробуждению при позыве к мочеиспусканию.

Ценной в методе Шульца мы считаем тренировку больных в расслаблении напряжения мышц, что сближает аутогенную тренировку с методикой, предложенной в 1932 г. Джекобсоном и названной им «прогрессивной релаксацией», основой которой является также расслабление мышц у больного.

Упомянем предложенный О. Фохтом (O. Vogt) метод аутогипноза: автор считал необходимым приучать больных вызывать у себя «профилактические паузы покоя». В последние годы этому методу уделяют внимание, особенно в США.

Мы уже говорили о групповом варианте психотерапии. В России горячо поддерживали эту идею В. М. Бехтерев, В. А. Гиляровский, в последние годы — Н. В. Иванов. В США положил начало групповой психотерапии Пратт (Pratt), применивший ее еще в 1905 г. при лечении больных туберкулезом. Лассель (Lassell) применял коллективную психотерапию больных шизофренией (1919), Шильдер — больных неврозами (1930), Славсон (Slavson) — детей. Ученик Адлера Дрейкурс (R. Dreikurs) применяет групповую психотерапию алкоголиков, а также организовал в целях усиления психотерапевтического влияния на них «семейные консультации». Работают в этом направлении ученики Дежерина — Камус и Пакье (Camus et Paquiez), Морено (Moreno) и др.

В США групповая психотерапия строится преимущественно на основе психоанализа. Здесь ее понимают расширенно, распространяя на общественные явления, стремятся влиять при ее помощи на политический строй, на межрасовые отношения [К. Левин (K. Lewin) и пр.]. О неприемлемости для советской медицины такой психотерапии нет нужды говорить.

Развивается в США и дидактическое направление в коллективной психотерапии, ставящее задачу обучения больных. Мы уже говорили о своем отношении к такому методу. Конечно, разъяснить группе больных сущность их болезни, меры профилактики и пр. весьма

полезно, но нельзя, по нашему мнению, сводить психотерапию к обучению.

Иногда возникают споры о том, приемлема ли вообще групповая психотерапия. Мы полагаем, это зависит от поставленной перед психотерапией задачей. Если психотерапевт стремится (а мы это считаем желательным) организовать полезное взаимодействие больных, то действительно целесообразно организовать из нескольких больных своего рода коллектив людей, помогающих друг другу под руководством врача преодолевать болезнь. По нашему мнению, психотерапия в своей основе — метод индивидуального лечения; вряд ли поэтому часто встретится такое положение, когда можно ограничиться лечением в группе. Чаще всего групповую или коллективную психотерапию следует применять в комбинации с индивидуальной психотерапией.

У нас принципиальным сторонником такого сочетания индивидуальной и коллективной психотерапии был Г. Д. Неткачев. Из советских авторов сторонниками такого сочетания являются Н. В. Иванов, В. Н. Мяснищев и др.

Мы думаем, что психотерапия каждого больного должна начинаться при этом, по крайней мере в большинстве случаев, с индивидуального метода и им заканчиваться, и мы не можем согласиться с мнением ряда американских авторов, считающих принципиально несовместимыми групповую и индивидуальную психотерапию.

Решая этот вопрос, врач должен учитывать обязательно две его стороны: во-первых, насколько данному больному полезно участвовать в коллективе проходящих лечение больных, а во-вторых, насколько его пребывание в этом коллективе не будет вредить остальным его членам.

Избирая групповой метод психотерапии, врач не может, конечно, руководствоваться только экономией времени врача, хотя иногда он действительно дает такую экономию, и нет основания этого не учитывать.

Собирать группу больных для психотерапии (мы здесь не говорим о групповом гипнозе) врач может с разными целевыми установками. На первом месте может быть поставлена задача ознакомления больных с болезнью, с перспективами лечения, с ролью самого больного в этом лечении.

Конечно, удобнее прочесть соответствующую лекцию 5 или 10 больным, болеющим примерно одинаковой болезнью, чем читать такую лекцию каждому из них отдельно. Но дело далеко не только в этом: удержать внимание к длительной беседе у группы больных легче, чем при встрече с глазу на глаз. Помогают мобилизовать внимание слушателей в группе и реакции каждого из них, и вопросы участников беседы и самая обстановка беседы-лекции, более благоприятствующая некоторой отвлеченности от страданий каждого больного, необходимой в этой стадии лечения. В беседе вне коллектива обычно меньше удается мобилизовать внимание больного на общих и очень нужных ему сведениях о его болезни, отвлечь его в нужной для этого метода мере от частностей его болезни.

Вместе с тем врач, проводящий в психотерапевтических целях групповую беседу, должен хорошо знать своих слушателей как больных. Не называя каждого из них по имени, он обязательно должен во время беседы возможно полно учесть особенности заболеваний своих слушателей-пациентов, учесть особенности их переживаний и характеров так, чтобы каждый из них получил понятие не только о болезни вообще, но и о своей болезни, хотя врач непосредственно о нем не говорил.

Если больные уже встречались с врачом, ждут его помощи и верят ему, они и слушают его так, как не будут слушать постороннего лектора.

При правильном построении беседы она приобретает все черты психотерапевтического воздействия, включающего и обучение, и разъяснение, и внушение, и укрепление авторитета врача как человека, глубоко знающего свое дело, признаваемого не только самим больным, но и остальными слушателями.

Другой задачей коллективных бесед может быть взаимное ознакомление больных с успехами лечения других больных сходными заболеваниями; особенно это относится к некоторым соматическим больным.

Если, например, в туберкулезном санатории врач соберет группу более или менее тяжело больных (конечно, врач не даст никакого повода им понять, что их созвали по такому признаку) и здесь предложит одному-двум хорошо поправившимся больным рассказать, как они лечились, что и как им помогло, то это будет

весьма способствовать укреплению бодрости других участников беседы, более серьезному их отношению к проводимому лечению.

В такого рода беседах врач как бы организует косвенное внушение, как и всегда в психотерапии не отделимое от воздействия на разум одних, поправившихся, больных на других — еще не поправившихся и начинающих лечение, а также больных, начинающих лечение, но более оптимистически настроенных, на больных, склонных к более тяжелым настроениям.

Возможно и более прямое воздействие в коллективе больных друг на друга.

Если группа больных, с которыми проводят психотерапевтические беседы, внутренне окрепла и между членами группы создалась дружеская связь, если группа образует подлинный коллектив, врач может допустить во время такой беседы, чтобы начинающий лечение больной рассказал другим больным о своей болезни, о переживаемых им трудностях. Нередко больные-слушатели помогают этому больному своими замечаниями, укрепляют его веру в благополучный исход, в метод лечения и пр. Большое значение приобретает коллективный психотерапевтический метод при лечении детей. Заимствуем из работы Н. А. Власовой, руководителя полустационара для детей с расстройством речи, характерное описание лечения одной больной девочки в этом учреждении.

Ира начала заикаться с 4 лет. Родители отнеслись к этому с большой тревогой. Врач посоветовал изолировать девочку от коллектива детей. Ребенка очень баловали, исполняли все его требования, потакали капризам. Девочка росла деспотичной и требовательной. Заикание ее усиливалось. Так как мать Иры пыталась оказать на мужа влияние, чтобы как-то ограничить требовательность девочки, у последней развивалось отрицательное отношение к матери. Больная была в 6-летнем возрасте направлена в полустационар. Здесь принято обсуждать поступки членов коллектива. Ире очень хотелось заслужить одобрение своего поведения коллективом детей. Влияние коллектива быстро сказалось не только на поведении Иры в полустационаре, но и дома: руководители беседовали с детьми о поведении каждого из них и вне полустационара, конечно, с соблюдением всех педагогических требований. Девочка стала правильно относиться к матери, ее характер существенно изменился, и с этим одновременно улучшалась речь, вскоре полностью нормализовавшаяся. При многолетнем наблюдении установлена абсолютная прочность достигнутых результатов.

Необходимо отметить, что здесь психотерапия проводилась в основном педагогами. Несомненно, часто бывает очень важно привлечь педагогов и средний, а в известной мере и младший медицинский персонал к проведению заданий психотерапевтического характера, по заданию врача, под его наблюдением и руководством.

Бывает полезно групповое лечение страдающих алкоголизмом, а также желающих избавиться от курения.

Заканчивая этот раздел, еще раз отметим большое значение психотерапевтического воздействия, индивидуального и группового, на находящихся в состоянии бодрствования больных. Правильно проведенная психотерапия в таком состоянии широко воздействует на больного, успокаивает и мобилизует в целях освобождения от болезни его активность, апеллирует к его сознанию, к его разуму, к моральным основам его личности, положительно воздействует на его эмоции, побуждения и отношения к себе и окружающему, укрепляет волю, тренирует нервную систему. Этот вид лечения дает наиболее прочные успехи, и не только те успехи, которые могут быть отмечены в самом процессе лечения: такая психотерапия часто также обеспечивает в той или иной мере улучшение состояния больного в дальнейшем, продвижение его по пути к здоровью и по окончании курса обуславливает прочные осознанные положительные побуждения, обеспечивает в той или иной мере дальнейшее самолечение. Изменения в личности больного, происшедшие в основном под влиянием такой психотерапии, помогают больному по-новому, сознательно относиться к окружающим явлениям и к своей жизни, находить в них в большей мере, чем до лечения, установки, ободряющие и укрепляющие его здоровье.

Психотерапия в состоянии бодрствования, имея свои особые задачи и преимущества, вместе с тем является обязательным элементом всякого вида психотерапии. Она предъявляет к психотерапевту значительные требования, несравненно более сложные, чем в тех случаях, когда врач неправильно сводит свои задачи к упрощенному «гипнотизерству».

Мы могли попытаться осветить здесь лишь некоторые стороны относящихся сюда методик. Более полная и углубленная их разработка и более полное их освещение являются важной задачей дальнейших исследований, дальнейшего обобщения накапливаемого опыта.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ В ГИПНОТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ БОЛЬНОГО

Использование метода внушения в гипнотическом состоянии для целей лечения известно очень давно. Метод этот применяли в свое время главным образом служители культа, использовавшие его для приобретения славы «чудотворцев» и насаждения в народе предрассудков и невежества.

Постепенно и врачи начали проявлять интерес к возможностям этого метода, ставшего в дальнейшем отправным пунктом для разработки и других методов психотерапии.

Но переход гипнотерапии в руки врачей далеко не сразу привел к построению научной его концепции.

И такой известный врач, каким был Парацельс, как и его последователи ван Гельмонт и Флюдд, говорил о возможности влияния одного человека на другого через исходящую от тела последнего «эманацию» или «флюиды».

Наиболее привлек к себе внимание врачей метод, разработанный в конце XVIII века венским врачом Францем Антоном Месмером (1734—1815), заимствовавшим свои приемы у католических служителей церкви, но отделивший их от их связей с религией.

Месмер начал с 1772 г. лечить магнитами, но позднее склонился к мнению, что более действенным является «животный магнетизм», которым якобы обладают отдельные люди. Теперь он стал лечить без применения магнита, проводя лишь руками над телом или касаясь тела (лица) пациента (пассы). Значительное расширение практики Месмера привело его в дальнейшем к построению нового варианта методики: он прикасался к предметам, получавшим от этого, по его утверждению,

лечебную силу, воздействующую на больного при прикосновении к ним.

Месмер приобрел много сторонников, среди которых были и видные представители католической церкви. Это укрепляло веру в него в массах и помогало ему внушающе воздействовать на многих больных, принося им хотя бы относительное улучшение. В этом отношении его опыт в какой-то мере приобрел и положительное значение. Были среди врачей — современников Месмера — и такие, которые принимали его «теорию» всерьез. Его поддерживали многие врачи и профессора в Берлине. Баварская академия избрала Месмера своим членом. Но большинство врачей и ученых немедицинских специальностей отвергали его взгляды. Среди противников антинаучных взглядов Месмера был великий химик Лавуазье — один из членов назначенной в 1784 г. во Франции комиссии по изучению «магнетизма», решительно высказавшейся против концепции «флюидов».

Один из последователей Месмера Пюиссегюр (de Puissègure), продолжая его опыты лечения «магнетизмом», натолкнулся на возможность искусственно вызывать состояние сомнамбулизма и проводить внушение в этом состоянии. Пюиссегюр установил возможность отдавать находящемуся в таком состоянии больному приказы, которые тот точно выполнял в состоянии бодрствования. Эта находка Пюиссегюра приобрела весьма большое значение для понимания лечебного значения внушения в гипнотическом состоянии.

Уже в начале XIX века Фария, ознакомившийся в Индии с давно там известными явлениями гипноза, показал, что пассы не обязательны для вызывания гипнотического состояния. Отказавшись от концепции «флюидов», он объяснил возникновение этого состояния внушением. Фария разработал свой метод введения больного в гипнотическое состояние: он предлагал гипнотизируемому длительно пристально смотреть на какой-либо предмет, а затем приказывал ему спать.

В дальнейшем эти взгляды развил английский хирург Бред, опубликовавший в 40-х годах прошлого века ряд работ, в которых впервые применил термин «гипнотизм» (от греческого «гипнос» — сон), также рассматривая это состояние как результат внушения. Бред полностью отказался от понятия «животный магнетизм»

Месмера и разработал метод словесного внушения, соединенного с фиксацией глазами какого-либо предмета до утомления.

Французский врач Льебо в 1866 г. опубликовал работу «О сне и аналогичных состояниях». Льебо особенно подчеркивал значение внушения в возникновении гипнотического состояния. Он отрицал полностью, что вряд ли можно считать правильным, что фиксация зора усыпляемого играет какую-то роль. Предлагаемая им методика сводилась в основном к внушению элементов засыпания: тяжести в конечностях, тяжести век и т. п. Эти приемы Льебо прочно вошли в методику гипнотизации. Взгляды Льебо, его успешная практика не нашли в то время поддержки в широких кругах врачей.

Следует отметить, что католическая церковь, не отказывавшая в известной поддержке концепции «животного магнетизма», ополчилась против взглядов Льебо и его единомышленников. В 1856 г. была опубликована энциклика инквизиции, запрещающая соответствующие опыты.

Много сделал для дальнейшего развития идей Льебо о решающей роли внушения в возникновении гипнотического состояния Бернгейм. Он не признавал возможности возникновения гипнотического состояния без внушения и именно словесного внушения.

Проявляли интерес к гипнотическому методу некоторые виднейшие деятели медицины (Брока, Бастиан, Лассег, Фогт, Бродман и др.).

Значительную роль в изучении применения суггестии в гипнотическом состоянии в целях лечения сыграли виднейший французский невропатолог Шарко и его ученики — так называемая парижская школа. Школа Льебо-Бернгейма получила название нансийской школы.

Основные работы Шарко, посвященные вопросам гипноза, были опубликованы в 1881—1887 гг. Шарко в отличие от нансийской школы рассматривал гипнотическое состояние как патологическое явление, вызываемое лишь у страдающих истерией. Ряд наблюдений, приведенных в работах Шарко по вопросам гипнотизма, при их известной физиологической направленности, явились полезным вкладом в изучение этой проблемы, но его понимание гипноза было отвергнуто в дальнейшем наукой.

Назовем среди авторов, также рассматривавших гипнотическое состояние как патологическое, идентичное с истерией, Бабинского.

Фрейд, Ференчи и другие психоаналитики рассматривали гипнотическое состояние как выражение инфантильно-эротической установки гипнотизируемых. В согласии с психоаналитиками Шильдер полагал, что внушение вообще и в гипнотическом состоянии в частности воздействует лишь на аффективную сферу.

Отсутствие правильных научных концепций в проблеме гипноза и психотерапии вообще привело почти к огульному отрицанию значения гипнотического метода лечения большинством современных зарубежных психотерапевтов. Несмотря на вовлечение во второй половине прошлого века в разработку вопросов теории и практики лечения внушением в гипнотическом состоянии некоторых крупных клиницистов Западной Европы и Америки, несмотря на работу ряда научных обществ, специально занимавшихся этими вопросами, на наличие ряда специальных периодических изданий и курсов, теоретически эта проблема стояла и стоит там на весьма невысоком уровне.

В России большое внимание к этому методу было привлечено в начале прошлого века. Концепции магнетизма у нас не получили такого широкого и некритического распространения, как в других странах.

Уже в 1816 г. под влиянием переловых отечественных врачей правительством была установлена регламентация применения «животного магнетизма». Пользоваться этим методом разрешалось только врачам, преимущественно в университетских городах, где возможно было наблюдение университетских кафедр. Кроме того, врачи обязывались вести записи наблюдаемых при таком лечении фактов.

Мы писали выше о вкладе ряда отечественных ученых в разработку проблемы гипноза. Сошлемся еще на высказывания одного из крупнейших русских психиатров В. И. Яковенко в связи с лечением им гипнотическим методом одной больной. Это высказывание, которое мы позволим себе привести полностью, характеризует внимание русских психиатров прошлого века к этому методу и высокий уровень для того времени их взглядов в этой области.

В. И. Яковенко писал: «Резюмируя наблюдения над госпожой Н-вой, я обращаю внимание читателей на следующее: 1) Упорная, мучительная невралгия несомненно истерического характера у госпожи Н-вой не уступала никаким фармацевтическим средствам, электричеству, ваннам и т. п. и сразу уступила действию гипнотического внушения. 2) Госпожа Н-ва впадала в гипноз чрезвычайно быстро и легко, причем всякий раз наблюдались легкие судороги левой половины тела. 3) Внушения относительно здоровья (даже относительно времени ежедневного стула) выполнялись весьма точно. назначался ли срок, равный суткам, двум, трем или неделе; но будут ли они действительны навсегда, конечно, покажет будущее. Однако если бы внушения действовали у нее только на определенный срок, то и это был бы громадный успех ввиду безуспешности всякого другого лечения. 4) Некоторые отклонения в выполнении внушений, замечавшиеся в первые дни, нужно приписать или посторонним обстоятельствам (например, угар), или неточности внушения. Поэтому в каждом частном случае нужно эмпирически выработать самую подходящую формулу внушения, сообразуясь с индивидуальностью больного. 5) Все пробные внушения (вроде надевания чужого пальто, выкуривания чужой папиросы и т. п.) всегда у госпожи Н-вой очень точно выполнялись, но при этом резко бросалось в глаза следующее обстоятельство: всякое внушенное действие, если оно противоречило обычному поведению или если в нем была какая-нибудь неточность или противоречие, при выполнении у нее вызывало очень мучительное состояние, борьбу, общее дрожание или легкие судороги левой половины тела, а после пробуждения — некоторое утомление, чувство жара и потения, как после тяжелой работы... не отрицая возможности вредных последствий от гипноза у некоторых субъектов, я думаю, что их можно избежать, укорачивая до возможного минимума продолжительность сеанса, избегая побочных опытов и преследуя только терапевтическую цель, т. е. внушение хорошего самочувствия, отсутствия болей, правильного сна, хорошего аппетита, регулярного стула и т. п. Если все эти внушения выполняются, то организм больного с избытком успеет вознаградить себя за неприятные побочные влияния, сопровождающие (вероят-

но только у некоторых лиц) самый акт усыпления. Во всяком случае в гипнозе нужно признать один из могущественных терапевтических агентов и следует ожидать, что скоро путем точного изучения его удастся науке установить вполне определенные показания и противопоказания для его применения».

Здесь в высказывании крупнейшего деятеля в области организации психиатрической помощи выявляется, насколько передовые психиатрические круги у нас стремились еще в прошлом веке (1888) обеспечить научное понимание гипноза и применение его в лечебной практике, борясь против распространения не имеющих лечебного значения и не преследующих лечебных целей «опытов» в гипнотическом состоянии.

Следует обратить внимание на некоторые высказывания В. И. Яковенко, для своего времени весьма передовые и сохраняющие значение до сих пор. Интересно указание на необходимость соотносить формулу внушения с индивидуальностью больного, а также на те трудности, которые возникают у гипнотизируемого, если ему внушается что-либо, трудно примириемое с основными тенденциями личности.

Глубокий подход к явлениям гипноза был в высокой мере характерен для нашей отечественной науки.

Ей же довелось сыграть решающую роль в построении подлинно научной концепции гипнотического метода психотерапии.

Павловское учение ставит совершенно по-новому вопрос о сущности гипнотического состояния, методов его вызывания, его значения для терапии и механизмов лечебного эффекта при его применении. Совершенно по-новому также ставится павловским учением вопрос о природе внушения. Положения павловского учения и ложатся в основу научного понимания гипнотического метода психотерапии.

Согласно учению И. П. Павлова, гипноз у человека есть частичный сон различной глубины и охватывающий не все участки головного мозга, что психотерапевту необходимо полностью учитывать при оперировании гипнотическим методом. Эмпирически к этому подходили психотерапевты, как известно, давно. Теперь же мы располагаем возможностью подойти к эмпирически добытым клиникой фактам с позиций физиологии.

Разные авторы по-разному решали вопрос о классификации гипнотических состояний по глубине.

Бернгейм, Льебо и ряд других авторов различали такие степени глубины гипнотического состояния. 1. Состояние, характеризующееся чувством сонливости и тяжести в веках; больные (мы говорим только о гипнотическом состоянии у больных, не затрагивая экспериментального гипноза у здоровых людей) способны в этом состоянии произвольно менять положение туловища и конечностей; эта первая степень гипноза быстро снимается и без специального внушения. 2. Вторая степень — гипотаксия и внушенная каталепсия: больные все слышат, ощущают; поднятая рука сохраняет приданное ей гипнотизирующим положение, даже если это положение весьма неудобно для гипнотизируемого, особенно если сохранение такого положения специально оговаривается во внушении. 3. Третья степень характеризуется в этой схеме более выраженным онемением членов; чувствительность здесь значительно снижена, возможны движения, лишь внушенные гипнотизирующим. 4. Для четвертой степени гипноза считается характерным наличие так называемого изолированного раппорта: больной в гипнотическом состоянии слышит только слова вводившего его в состояние гипноза врача. 5. Состояние легкого сомнамбулизма: возможно возникновение внушенных галлюцинаций. 6. Состояние глубокого сомнамбулизма с полной амнезией больным всего, имевшего место в гипнотическом состоянии, невозможность для него что-либо из этого припомнить по выходе из гипнотического состояния.

Нельзя не увидеть, что приведенная классификация содержит ряд недостатков.

Основным из них следует считать субъективный в основном характер показателей. Показания, например, о сонливости зависят в большей мере от того, как больной относится к лечению гипнозом, как он относится к врачу. Одни больные могут сказать, что они были сонливы в угоду врачу, другие будут отрицать сонливость в силу своего скептицизма.

Если мы станем спрашивать гипнотизируемого во время гипнотизации о том, сонлив ли он, это иногда может в какой-то мере затруднить ее. Если мы эти сведения от него получим по выходе его из гипнотического со-

стояния, они являются уже в известной мере запоздалыми.

Каталепсия — не столь часто достигаемое внушением явление и вряд ли оно должно быть отнесено ко второй, по данной схеме еще легкой степени гипноза.

Не входя в рассмотрение других моментов настоящей классификации, остановимся еще лишь на важном вопросе об амнезии.

Не вполне обоснована тенденция приписывать амнезию только состоянию глубокого сомнамбулизма.

Как справедливо указывал Кронфельд (A. Kronfeld), спонтанная (невнушенная) амнезия иногда отмечается и при более легкой степени гипноза. И наоборот, при состояниях глубокого гипноза не обязательно возникает спонтанная амнезия.

Следует еще указать, что самое понятие послегипнотической амнезии, как возникающей спонтанно, так и специально внушаемой врачом в гипнотическом состоянии больного, имеет несколько относительный характер. Так, в «Клинических средах» И. П. Павлова приведено его указание о том, что путем наводящих вопросов после как будто полной амнезии в постгипнотическом состоянии можно вызвать некоторые воспоминания о гипнотическом состоянии. Это понятно. Если внушение в какой-то мере действительно, то значит его следы могут быть активированы, значит они связаны тесными связями с различными сторонами деятельности, благодаря чему их можно обнаружить и через вторую сигнальную систему, т. е. побудить субъекта «припомнить».

Говоря о постгипнотической амнезии, чаще всего имеют в виду забывание того, что внушал врач больному, находящемуся в гипнотическом состоянии.

Вместе с тем нельзя не учитывать, что нередко, выйдя из гипнотического состояния, больные утверждают, что не помнят ничего из того, что им внушалось, но сообщают о некоторых своих переживаниях в гипнотическом состоянии. Нередко эти сообщения находят и объективное подтверждение в наблюдениях врача за поведением больного во время гипноза.

Так, больная М. в глубоком гипнотическом состоянии несколько раз стонала. По пробуждении она говорит, что не помнит ничего из того, что мы ей говорили, но помнит, что очень боялась не проснуться. Это заяв-

ление в какой-то мере подтверждается объективно отмеченным беспокойством ее в гипнотическом состоянии.

Следует учесть также то, что выйдя и из относительно неглубокого гипнотического состояния, больные нередко помнят далеко не все, что им говорилось и что они переживали. Таким образом, понятие спонтанной, да и внушенной амнезии охватывает явно ряд степеней амнезии, которые в зависимости от ряда условий, в частности, вероятно, распространенности торможения в коре головного мозга, могут быть выражены при разной глубине гипнотического состояния.

Учитывая сказанное и ряд других моментов, следует признать попытку такого рода классификаций гипнотических состояний не вполне удовлетворительной.

Вместе с тем до выработки более надежной и теоретически обоснованной классификации гипнотических состояний, пожалуй, более целесообразно принять классификацию, построенную без тенденции к столь значительной их дифференцировке.

Приемлемой пока можно считать классификацию, предложенную известным специалистом в области исследования и применения гипноза в лечебных целях А. Форедем (A. Fogel), который ограничивается выделением трех степеней глубины гипнотического состояния: 1) сонливость с ограниченной внушаемостью. 2) гипотаксия с более высокой внушаемостью и 3) сомнамбулизм.

Три стадии выделял в своей классификации и Шарко. Так же построена классификация В. М. Бехтерева: малый, средний и глубокий гипноз.

Б. Н. Бирман даже предпочитал говорить о двух наиболее выраженных фазах гипнотического внушенного состояния: 1) о гипотаксии, или легком гипнозе, и 2) о сомнамбулической фазе, или глубоком гипнозе. Уже давно предлагал различать две стадии Дессуар (Dessoire). Он писал о стадии ослабления движений и стадии ослабления ощущений.

Представляет интерес классификация, разработанная Е. С. Катковым и принятая К. И. Платоновым.

Пока все же нег еще возможности достаточно точно и полно, и об этом говорил И. П. Павлов, отразить в классификации все многообразие гипнотических состояний у человека, но всегда следует его учитывать. В свя-

зи с этим целесообразно, мы полагаем, на практике пользоваться наиболее простыми классификациями. Мы предпочли бы трехчленную классификацию В. М. Бехтерева или А. Фореля. Может быть, следует ее уточнить, учтя предложения Дессуара. Можно ограничиться и классификацией Б. Н. Бирмана.

Вместе с тем принятая классификация не должна препятствовать наиболее глубокому изучению всех особенностей гипнотического состояния в каждом случае во всем его своеобразии. Такое изучение имеет большое теоретическое и практическое значение, оно должно стать для врача важным моментом в определении особенности применения гипнотического метода к каждому больному и в каждый момент.

Весьма ценны попытки характеризовать различные стадии гипноза объективными методами. Уже сейчас таким образом поставленные исследования помогли прийти к заслуживающим внимания выводам. Так, И. В. Стрельчук, вызывая в гипнотическом состоянии у больных и здоровых положительные и тормозные двигательные реакции, сумел установить наличие в гипнотическом состоянии различных гипнотических фаз по И. П. Павлову, В. Е. Рожнов, применяя метод плетизмографии, пришел в исследовании к выводу об одновременном наличии различных гипнотических фаз на всех стадиях гипноза, причем им установлено и примерное количественное соотношение этих фаз для каждой стадии гипноза.

Вместе с тем нельзя не видеть, что существующие методики исследования двигательных и сосудистых реакций в гипнотическом состоянии не могут быть применены для повседневной оценки гипнотического состояния больного. Ряд авторов с успехом применил для характеристики глубины гипнотического состояния исследование электрической активности головного мозга. Так, Б. В. Павлов, Ю. А. Поворинский и В. В. Бобкова показали, что в сомнамбулической фазе гипноза α -волны исчезают и возникает β -ритм. Соответствие электроэнцефалограммы глубине гипнотического состояния установила также А. И. Маренина и ряд зарубежных авторов. Но и этот метод в основном имеет главным образом значение для теоретических исследований: не всюду есть аппаратура и нужное время.

Несомненно, задачи исследования иногда здесь могут прийти в столкновение с задачами лечения — исследование может ослаблять внушаемость, снижать глубину гипнотического состояния. В практической работе врача большую роль должны сыграть другие методы объективного исследования; пока все же преимущественное значение имеют глубокие и внимательные клинические наблюдения и их сопоставление с отчетом больного в постгипнотической стадии.

Исследования В. Е. Рожнова показали, что с углублением гипноза процент безусловных и условных реакций, несущих на себе отпечаток фазовых состояний, увеличивается, а также от менее глубокой к более глубокой стадии нарастают и количественно начинают преобладать более глубокие гипнотические фазы: парадоксальная и особенно ультрапарадоксальная, наркотическая и фаза полного торможения.

Отметим, что иногда к легкому гипнотическому состоянию относят и наступающие при внушении состояния, по существу гипнотическими не являющиеся.

Не следует, конечно, относить к гипнотическому такое состояние больного, которое можно охарактеризовать как успокоение и которое не сопровождается сонливостью, при котором не наступает тяжести в конечностях и затрудненности движений, но учитывать наличие такого состояния и использовать его в лечебных целях, думаем, следует. Ценность такого метода лечения активно отстаивал В. М. Бехтерев.

Нельзя не считать достижение такого состояния полезным, как мы уже отмечали, для ряда больных, но нет нужды считать его гипнотическим и в соответствии с этим неправильно его использовать в лечебных целях. В таком состоянии больного особенно показана в той или иной мере развернутая формула внушения — убеждения.

Из сказанного, мы полагаем, можно сделать вывод о том, что врач имеет дело не с одним гипнотическим состоянием, а с многими различными гипнотическими состояниями и, шире говоря, — с многими внушенными состояниями, которые при наличии общих черт во многом различны. Вместе с тем следует признать, что гипнотическое состояние любой глубины в той или иной мере повышает внушаемость и возможность внушающего воздействия через вторую сигнальную систему. В этом, оче-

видно, играет роль и подавление в той или иной мере первой сигнальной системы.

Против положения о повышении внушаемости в гипнотическом состоянии были приведены различного рода возражения, в частности Бабинским, но нет никаких оснований считать их обоснованными. Внушаемость повышается при любой глубине гипнотического состояния. Конечно, глубокая гипнотизация скорее обещает высокую внушаемость и вместе с тем значительный и быстрый терапевтический эффект. Это уже связано с тем, что само по себе наступление глубокого гипнотического состояния говорит о повышенной внушаемости больного, о готовности его подчиняться внушающим словам врача. Но весьма нередко и в гипнотическом состоянии, лишь легко выраженном, достигается значительная внушаемость и хороший лечебный эффект, и, наоборот, при сомнамбулизме лечебный эффект иногда является далеко не достаточным. Несоответствие между глубиной гипнотического состояния и эффективностью внушения связано с рядом моментов. Прежде всего следует отметить, что степень внушаемости у одного и того же человека не одинаково проявляется при внушениях различного содержания. Больной может быть весьма внушаем вообще, но трудно засыпает при внушении, и, наоборот, встречаются больные, которым легко внушить глубокое засыпание, но вместе с тем непосредственный эффект внушения в гипнотическом состоянии у них мало выражен. В этом расхождении, в частности, играет роль способность вообще легко и глубоко засыпать или отсутствие ее у гипнотизируемого.

Мы не раз отмечали именно у больных, которые глубоко засыпали на сеансах гипноза и у которых особенно значительный лечебный эффект отмечался сразу по выходе из гипнотического состояния, быстрый возврат как будто устраненных патологических явлений.

У отдельных больных, преимущественно страдающих истерией, мы наблюдали в начале лечения очень низкую усыпляемость под прямым влиянием внушения с наступлением вместе с тем глубокого сна по окончании сеанса и ухода врача.

Лечебный эффект внушения в гипнотическом состоянии зависит во всяком случае не в меньшей мере, чем от глубины сна, от содержания внушения и отношения

больного к врачу, к лечению и к своей болезни. Не приходится, конечно, говорить, что этот эффект определяется также типом нервной системы больного, характером его болезни, соотношением болезни и условий жизни больного.

Значение гипнотического состояния не исчерпывается тем, что при нем повышается внушаемость. А. А. Токарский говорил: «Надо признать за доказанное, что гипнотический сон является средством, успокаивающим и укрепляющим нервную систему в большей степени, чем сон обыкновенный». Эмпирически установив этот факт уже в давнее время, многие врачи всегда пользовались для лечебных целей длительным гипнотическим сном. А. А. Токарский тоже был сторонником преимущественного продления гипнотического состояния до 30—40 минут и значительно больше. Результаты экспериментальных исследований в павловских лабораториях, находящиеся в полном соответствии с многими клиническими фактами, не оставляют сомнений в целебном значении самого тормозного состояния, вызываемого внушением.

Для понимания природы этого явления важнейшее значение имеет следующее высказывание И. П. Павлова на одной из Сред: «Когда собака в станке приходит в гипнотическое состояние, то возникающее торможение ассоциируется со всей обстановкой и встречается специально с тяжелым состоянием этого (больного — М. Л.) пункта. Тогда происходит полезное между ними взаимодействие. Я думаю, что в этом вся соль и заключается. Требуется встреча этого общего торможения со специальным состоянием больного пункта».

Именно так объясняет И. П. Павлов, почему в то время как многочасовой сон собаки в собачнике не излечивает животное, тормозное, сонное, гипнотическое состояние в станке значительно меньшей длительности дает терапевтический эффект. Конечно, гипнотическое состояние собаки в станке с внушенным гипнотическим состоянием человека не идентичны, но вместе с тем, несомненно, и можно, и должно соотнести только что приведенные слова И. П. Павлова с тем, что наблюдается при этом последнем. Во внушенном гипнотическом состоянии человек продолжает находиться под влиянием терапевтических, специально направленных на больные пункты внушений врача. Благодаря этому, говоря сло-

вами И. П. Павлова, особенно выразна «встреча» этого общего торможения «со специальным состоянием больного пункта».

Таким образом, в вызванном с терапевтическими целями гипнотическом внушенном сне создаются особенно благоприятные условия для положительного воздействия на больные участки коры головного мозга гипнотического сна также и в те моменты, когда внушение не производится, когда больной находится под влиянием ранее сделанного внушения, всей системы установившихся отношений больного с врачом, связей с ним и с методом лечения.

Приведенные высказывания И. П. Павлова дают научное объяснение терапевтического эффекта так называемого «гипноза-отдыха» (К. И. Платонов), лечения длительным гипнотическим сном.

В «Павловских средах» приведено и другое, сюда относящееся высказывание И. П. Павлова: «...если собака с фобией случайно во время опыта над ней приходит в гипнотическое состояние, то тогда фобия исчезает, излечивается... Если вы ставите опыт, исключая эти больные пункты нервной системы, то собака попадает в гипнотическое состояние, и в результате гипнотического состояния изо дня в день фобия излечивается и исчезает. Сложность заключается в том, что болезнь произошла за счет утрированного применения торможения, а гипнотическое состояние, по нашему убеждению, есть торможение. Видите, торможение излечивается путем торможения... когда вы напрягаете торможение, то получалась концентрация торможения, а следовательно, напряжение торможения. Когда же происходит гипнотическое состояние, тогда имеется слабое торможение, именно такое, которое расплывается, это не есть состояние напряжения торможения, а, наоборот, состояние слабого торможения. Можно себе представить, что слабое торможение является лечебным условием и благоприятным моментом, ведущим к поправке, к нормальному состоянию торможения».

И эти слова И. П. Павлова также обосновывают терапевтическое значение гипнотического состояния по крайней мере в ряде случаев.

Следует иметь в виду влияние гипнотического состояния на вегетативную систему гипнотизируемого.

Ряд авторов говорит об угнетающем влиянии не только соответствующего внушения, но и самого глубокого гипнотического состояния на вегетативные процессы (Я. Л. Шрайбер и др.), что в ряде случаев может отразиться положительно на терапевтическом эффекте.

Таким образом, значение внушенного гипнотического состояния для терапии ряда заболеваний определяется, во-первых, повышенной внушаемостью находящегося в гипнотическом состоянии человека, способствующей воздействию словом, во-вторых, особенностями возникающего при нем тормозного процесса, определяемыми особенностями больного, проведенным внушением и отношением больного к врачу и к лечению.

Основной фактор усыпления при гипнотерапии — слово, но влияние слова нельзя отрывать от влияния как безусловных, так и условных, несловесных, раздражителей.

Факты, полученные в организованных И. П. Павловым экспериментальных исследованиях животных, приобрели исключительное значение как для раскрытия сущности гипнотического состояния, так и для обоснования методов его вызывания и использования для лечебных целей у человека.

И. П. Павлов отмечал, что у животных гипнотическое состояние наступает главным образом при слабых и средних однообразно и продолжительно повторяющихся раздражениях, иногда же оно наступает быстро при сильных раздражениях и что процедура гипнотизирования людей вполне воспроизводит условия гипнотизирования животных.

Применяемые при старом способе гипнотизирования так называемые пассы и воздействовали на гипнотизируемого человека в качестве слабых, однообразно повторяющихся раздражений. Повторение обычно произносимых тихо в однообразном тоне слов, описывающих физиологические акты сонного состояния, И. П. Павлов расценивал как безусловные и условные раздражители, прочно связанные с сонным состоянием и потому его вызывающие.

Поскольку в лечебных целях мы стремимся вызвать в соответствующих случаях именно внушенное гипнотическое состояние, пассы могут играть лишь подсобную роль. К ним можно прибегать в целях подкрепления внушения, но необходимо учитывать отношение к пас-

сам гипнотизируемого. У человека поглаживания кожи приобрели особое значение — ласкающих движений. Некоторых больных это может раздражать. Иногда такие поглаживания головы или руки гипнотизируемого могут вызвать и эротические переживания. Где имеются основания предполагать такую отрицательную роль поглаживания, их, конечно, применять недопустимо.

Процент успешной гипнотизации, вообще весьма высокий у опытного врача, несомненно, повышается при применении гипнотического метода лечения лишь к таким больным, которые, как можно ждать, окажутся достаточно гипнотизируемыми.

Клинический опыт, освещенный учением о высшей нервной деятельности, дает некоторые возможности соответствующего предвидения. Но пока еще трудно формулировать достаточно обоснованные положения для такого предвидения.

Обычно лучше поддаются гипнозу больные истерией, больные, перенесшие травму головы, страдающие алкоголизмом, больные невозбужденные. Высока гипнотизабильность у детей.

При отборе для лечения гипнотическим методом следует также иметь в виду и то, что некоторые группы больных обычно с трудом вводятся в гипнотическое состояние.

Б. Н. Бирман, как и ряд других клиницистов, отмечая частые затруднения при попытках лечить внушением в гипнотическом состоянии больных с неврозом навязчивости, объяснял указанное явление наличием в коре полушарий очага патологической инертности, препятствующего гипнотизации.

Это положение нельзя принимать безоговорочно. Следует учитывать, что навязчивости отмечаются при различных формах неврозов и у очень различных по типу нервной деятельности больных. Следует вспомнить, что уже В. М. Бехтерев отмечал большие возможности лечения некоторых больных с навязчивостями, применяя гипноз.

Жане отмечал трудности гипнотизации страдающих эпилепсией, но это также далеко не всегда верно.

Ю. В. Каннабих говорил о больших трудностях, с которыми сталкивается психотерапевт при попытках ввести в гипнотическое состояние больных с реактивной

депрессией. Наш опыт показывает, что это не всегда так. Значительно труднее бывает введение в гипнотическое состояние больных с эндогенной депрессией. Отмечается, что дети до 8 лет поддаются гипнозу с трудом.

Обычно мало гипнотизабильны психопатические личности. Вполне понятно, что больных с органически обусловленными нарушениями сна (бессонница) также большей частью трудно гипнотизировать.

Таким образом, клинический и патофизиологический анализ состояния больного в результате глубокого ознакомления с ним, его болезнью и особенностями его высшей нервной деятельности, как они сложились в результате заболевания, открывает перед врачом значительные возможности более или менее правильно решать вопрос о возможностях гипнотизации еще до попыток усыпления.

Необходимо учитывать, что наряду с более или менее устойчивыми особенностями центральной нервной системы готовность больного к переходу в состояние гипноза может в большой мере зависеть и от временных состояний.

Большой частью трудно рассчитывать на усыпление больных, внутренне беспокоящихся или напряженных по той или другой причине. Нужно добиваться до попытки перевести такого больного в гипнотическое состояние снять его беспокойство или напряженность в предварительной с ним беседе или иногда с помощью медикаментов. Но вместе с тем мы не раз преодолевали беспокойство или напряженность именно внушением в достигнутом гипнотическом состоянии после неудавшихся попыток достичь этого в состоянии бодрствования больного.

Значительной помехой для гипнотизации может служить недоверие больного врачу или методу внушения в гипнотическом состоянии, страх перед усыплением, иногда страх не проснуться после усыпления, чрезмерная склонность больного анализировать свои ощущения при усыплении, иногда даже чрезмерное желание «помочь» врачу в усыплении. Последние моменты имеют особенно большое значение при первом усыплении вообще или при первом усыплении врачом больного, ранее гипнотизировавшегося другими врачами.

Когда имеются основания для предложения о недостаточной к этому готовности больного, не следует

горопиться с внушением засыпания, приступая к применению метода внушения в гипнотическом состоянии до тщательной подготовки больного, до установления с ним большего контакта, до разъяснения ему сущности, значения и безопасности метода лечения, который будет применен.

Иногда мешает наступлению гипнотического состояния активное стремление больного доказать врачу, что он выполняет внушения последнего. Больному надо тщательно разъяснить, что никакого насилия над собой он не должен совершать, что ему надлежит быть возможно пассивным, лишь поддерживая в себе готовность уснуть.

Некоторые авторы предлагали ряд приемов для предварительного, до попыток гипнотизации, исследования внушаемости больного в состоянии бодрствования. Например, предлагают больному сжать руку в кулак и затем в решительном тоне ему заявляют, что теперь он не в состоянии разжать его, и т. п.

Мы в своей практике воздерживаемся от подобного рода приемов. Легко может случиться, что больной при подобном исследовании не проявит внушаемости, а усыпить его удалось бы. В таком случае предварительное исследование может только повредить дальнейшему лечению: или врач не пойдет на внушение в гипнотическом состоянии больного, хотя оно может быть и было бы ему полезно; или же больной может потерять доверие к словам врача, и только поэтому введение в гипнотическое состояние не удастся. Может случиться и так (реже), что в предварительном исследовании больной проявит внушаемость, а усыпить его все же не удастся.

Мы думаем, что совершенно неправильно полностью отождествлять гипнотизабильность с другими видами внушаемости.

Надо также учесть, что люди невыспавшиеся или вообще сонливые нередко проявляют повышенную готовность уснуть под влиянием внушения.

Мы еще думаем, что всякие предварительные пробы на внушаемость не нужны, потому что никакого вреда для лечения не будет, если мы, попытавшись ввести больного в гипнотическое состояние, не достигнем успеха. Мы объясним больному причину этого и повторим

попытки или откажемся от такого повторения, смотря по обстоятельствам. Во всяком случае нет нужды особо остерегаться подобных неудач: при достаточной тактичности врача они никакого вреда ни больному, ни авторитету врача, ни лечению в целом не принесут.

При гипнотизации следует полностью избегать таких приемов, которые могут показаться больному необычными, тем более «чудесными», неприятными для него экспериментами, посягательством на его волю и т. п. Каждый прием в работе врача, особенно психотерапевта, должен быть сколько-то раскрыт больному, полностью приемлем и даже приятен ему. Даже сам по себе тот или иной выбор методики психотерапии, будучи доведен до сведения больного, должен влиять на него психотерапевтически.

В связи с этим счень серьезное значение при решении вопроса о том, следует ли у данного больного применять в процессе психотерапии лечение гипнозом, имеет направленность самого больного.

Нередко встречаются больные, которые ждуг лечения именно этим методом и крайне отрицательно относятся к отказу врача применить его. Это не может иметь для врача решающего значения, но учитывать такое стремление, конечно, нужно не менее, чем и противоположные тенденции больного.

Несмотря на все значительные возможности гипнотического метода, вряд ли стоит его применять там, где и без него можно получить нужный терапевтический эффект. Не приходится почти никогда бояться вредного воздействия гипнотического метода, примененного врачом, но учитывать некоторые иногда возникающие при применении этого метода затруднения необходимо.

Приведем один случай временного осложнения под влиянием длительного гипноза.

Вместе с В. Е. Галенко мы лечили больных, преимущественно страдающих неврозами, методом длительного прерываемого сна, комбинируя лекарственное воздействие с гипнотическим.

Больная истерией С. днем в основном находилась во внушенном гипнотическом состоянии, на ночь получая небольшую дозу амитал-натрия. Уже на вторые сутки лечения С. в гипнотическом состоянии стала видеть

покойного мужа, произносить вслух некоторые слова и производить движения, выражающие наличие таких грез. Она утверждала, когда с ней заговаривали, что она приобрела способность предвидения, в частности моего прихода в отделение. Когда внушением были запрещены такие грезы и фантазии, заявляла, что у нее было отнято нечто особенно для нее ценное. Несмотря на это осложнение, в состоянии больной наступило некоторое улучшение.

Описанный побочный эффект не причинил большой вреда, но его нужно было вовремя заметить, чтобы тут же устранить. Без этого принятый метод лечения мог бы и повредить, приведя, возможно, к стремлению больной возвращаться в гипнотическое состояние для удовлетворения в грезах потребностей, неудовлетворяемых в реальной жизни.

Представляет в этом плане значительный интерес доклад А. А. Токарского на III съезде русских врачей.

В этом докладе А. А. Токарский решительно опровергал всякие домыслы, главным образом зарубежных авторов, об опасности гипнотического метода лечения и вместе с тем предупреждал о необходимых предосторожностях при его применении.

А. А. Токарский обращал внимание на то, что после выхода из глубокого гипнотического состояния больные сохраняют некоторое время повышенную внушаемость, и в связи с этим предлагал предохранять их в ближайшее после перехода в состояние бодрствования время от случайных влияний. Мы полагаем, что полное выведение врачом больного из гипнотического состояния исключает такую опасность.

У некоторых больных, особенно истерических, может образоваться установка не на излечение, а на самое пребывание в гипнотическом состоянии. Но этого допускать нельзя.

Больному может принести вред применение гипнотического метода не врачом или врачом, малокомпетентным в том лечении, которое он применяет. Особенно опасна отсрочка под влиянием некоторых сугубо временных успехов симптоматического порядка, нужного радикального лечения. Например, может быть вредным временное устранение болей без учета их значения как сигнала болезненного состояния.

Наибольшим противопоказанием против гипнотизирования обычно считают наличие у больного бреда или готовности к бредообразованию.

Наш опыт говорит о том, что и эти опасения преувеличены. Конечно, нецелесообразны попытки гипнотизировать больных с резко выраженными бредовыми идеями, но в более спокойном состоянии, когда бред в известной мере редуцирован и больной способен относиться к нему до некоторой степени кригично, внушение в гипнотическом состоянии может оказаться приемлемым, безвредным и эффективным.

Нам приходилось неоднократно прибегать к гипнотерапии больных с нерезко выраженными бредовыми явлениями без всякого для них вреда, а в ряде случаев и с значительным положительным эффектом.

Остановимся здесь на одной такой больной.

Больная П., инженер. Диагноз: шизофрения. Несколько раз проходила лечение в психиатрических больницах, из которых всегда выписывалась с улучшением и, будучи инвалидом второй группы, все же понемногу работала по своей специальности в артели.

К нам была впервые направлена с жалобами на усиливающуюся подозрительность. Больная не может ездить в трамвае, автобусе, троллейбусе — ей кажется, что на нее все смотрят; кажется, что во дворе, где она живет, все дети над ней смеются, не может ходить на работу — и там, думает она, над ней смеются, к ней плохо относятся.

Больная посетила нас несколько раз: были проведены беседы и внушение в неглубоком гипнотическом состоянии. Эффект очень хороший: больная стала работать, стала пользоваться городским транспортом, хотя и не без затруднений. К ней стали домой заходить знакомые и она охотно их принимала, что раньше было невозможно.

Мы эту больную лечим уже около 3 лет с перерывами примерно в 5—6 месяцев. После такого перерыва состояние ее становится хуже, возвращаются прежние явления, но каждый раз ей удается помочь. В психотерапевте П. видит только врача, оказывающего ей ценную помощь. Не может быть и речи о включении ею врача или применяемого метода лечения в систему ее патологического отношения к окружающим. Наоборот, образование контакта с врачом, укрепляемое в сеансах гипноза, само по себе содействует устранению бредового отношения к окружающим.

Таким образом, и наличие бредовых тенденций не является безусловным противопоказанием к применению внушения в гипнотическом состоянии. Не

приходится усматривать противопоказаний к применению его и при некоторых других психозах.

При правильной подготовке больного, при правильном использовании гипнотического состояния как в целях лечения торможением, так и в целях использования повышенной внушаемости особых противопоказаний против применения метода внушения в гипнотическом состоянии не бывает. Но не следует все же применять гипноз без особой нужды.

Зачем нам было бы вводить в гипнотическое состояние двух студенток, о которых мы писали выше? Если бы нам и удалось одну из них внушением в гипнотическом состоянии освободить от депрессии, а другую от страха сойти с ума, то это меньше их вооружило бы для активного преодоления возможных в будущем трудностей.

Следует помнить, что нередко у больных неврозом появляется тенденция относиться к внушению в гипнотическом состоянии как к средству, освобождающему их от необходимости быть активными. Утверждать и закреплять эту тенденцию больных мы не должны. Даже в тех случаях, где гипноз действительно применять целесообразно, врачу следует все же добиваться от больного максимально доступной ему степени активности в борьбе с болезнью, соответствующим образом строя внушение в гипнотическом состоянии больного и психотерапевтические беседы с ним.

Гипнотический метод в основном показан для борьбы с отдельными патологическими явлениями, полностью или частично психогенными, возникшими помимо сознания больного, возможно, в состоянии дремоты, не имеющими прямой связи с актуальной для больного ситуацией.

Особенно важен этот метод при воздействии на вегетативные расстройства, у ряда больных — на боли. Иногда гипнотический метод ведет к более быстрым результатам, что также бывает важно.

Нельзя допускать, чтобы в сознании больного психотерапия сводилась к усыплению, а врач рассматривался как «гипнотизер». Особенно там, где нет уверенности в успехе усыпляющего внушения, больному должно быть объяснено и лучше всего показано при первых его встречах с врачом, что беседа с врачом, убежде-

ние и внушение в состоянии бодрствования, самое общение с врачом и поддержка последнего, советы его обеспечивают лечебный эффект. Конечно, если врач решил предпринять попытку гипнотизировать больного, он должен сказать ему о значении гипнотического метода, о его безопасности, научной обоснованности и т. п.

Если предпринятые после такой подготовки попытки привести больного в гипнотическое состояние не дадут положительного результата, нельзя отпускать его без последующей беседы, в которой необходимо устранить беспокойство больного, если оно имеется, по поводу неудачи.

Методика введения больного в гипнотическое состояние определяется тем, что это состояние рассматривают как своеобразный внушенный сон. Такая установка определяет и желательное положение гипнотизируемого, и требования к условиям, в которых проводится лечение, определяет и слова внушения.

Следует по возможности для введения больного в гипнотическое состояние укладывать его в удобном положении. Если это почему-либо невозможно, надо усадить его в мягкое удобное кресло. Может быть полезным включение при этом метронома (негромко), монотонный однообразный стук которого воздействует на больного большей частью усыпляюще.

Выключение сколько-нибудь значительных сторонних раздражителей также содействует углублению торможения и, таким образом, способствует наступлению гипнотического состояния. Поэтому необходимо, приступая к гипнотизации больного, обеспечить в помещении, где проводится лечение, максимально возможную тишину.

Освещение должно быть неярым, никто не должен во время внушения гипнотического состояния, а также когда больной находится в этом состоянии, ни входить в комнату, ни выходить из нее. Если в комнате, кроме больного и врача, имеются еще третьи лица, никакие разговоры между ними в это время не могут быть допущены. Мы не считаем обязательным для врача присутствие третьего лица во время гипнотических сеансов. Но в некоторых случаях это может быть признано желательным и даже необходимым. Врач должен каж-

дый раз решать этот вопрос, сообразуясь с особенностями больного и его отношения к врачу и пр.

Усыплению должно предшествовать, как мы уже говорили, разъяснение больному 1) метода внушения в гипнотическом состоянии, 2) требований к больному и 3) того, что должно быть достигнуто в результате внушения и пребывания в гипнотическом состоянии. Часто бывает полезно особенно акцентировать при этом второй момент. Это, как мы можем судить по нашему опыту, должно помочь больному менее сосредоточиваться при гипнотизации на отдельных словах внушения и их ожидании, а направляет его больше на переход в сонное состояние, на подчинение врачу, на пассивность.

Мы должны объяснить больному, что наш метод научно обоснован павловским учением, которое советские люди знают и чтут. Такое разъяснение, как правило, повышает доверие больного к применяемому методу и вместе с тем не допускает неправильного понимания этого метода, какое было бы способно у самого больного, а через него и у окружающих его породить ложные представления. Больной должен знать, что никакого вреда ему такое лечение принести не может, что при всех условиях оно полезно.

Во время этой беседы необходимо убедиться, что мы обеспечили доверие больного к врачу и к методу лечения, что он не испытывает перед ним никакого страха. Всякое беспокойство больного может помешать наступлению гипнотического состояния и использованию его в лечебных целях.

Больному должно быть также разъяснено, что от него не требуется никаких усилий, чтобы заснуть, что он должен лишь быть готовым к этому. Ему надо также объяснить, что лечение будет эффективно при всех условиях.

Все эти объяснения, их содержание, их развернутость должны быть соотнесены с характером больного, с особенностями его личности, интеллектуального развития, отношения к лечению.

В предварительном разъяснении надо особенно осторожно подойти к вопросу о том, ожидается ли сразу в результате внушения наступление глубокого сна. Если больной раньше гипнотизировался с успехом хотя бы другим врачом, можно твердо сказать ему, что и на

этом раз он заснет так же хорошо, как это было раньше. С истеричными больными, с алкоголиками, с перенесшими травму головного мозга также часто можно быть относительно более категоричным.

Когда же характер динамики нервных процессов у больного дает основание сомневаться в его гипнотизабильности, такие предсказания надо делать осторожно, чтобы больной не был в последующем разочарован тем, что ему не удалось прийти в достаточно глубокое гипнотическое состояние. Кстати сказать, больные нередко считают, что они были погружены в гипнотический сон менее глубоко, чем это имело место в действительности.

При проведении беседы следует учитывать, что она имеет не только разъяснительное значение, но в известной мере должна обеспечить и усилить последующее влияние слов, непосредственно внушающих сон или дремоту. В предварительной беседе лучше, чем при всяком другом методе исследования, врачу удастся иногда по реакциям больного выявить, насколько можно рассчитывать на усыпление больного, как, учитывая его индивидуальные особенности, проводить внушение для наступления гипнотического состояния и для последующего использования этого состояния в лечебных целях.

Бернгейм и ряд других авторов, освещавших в литературе вопросы гипноза, предлагали в разъяснении говорить больным о сне, который наступит в результате последующего внушения. Бернгейм даже рекомендовал подчеркивать в предварительной беседе, что речь идет о «простом сне, о сне спокойном, благотворном, восстанавливающем равновесие нервной системы». Мы полагаем, что о «простом сне» говорить не следует. У подавляющего большинства больных переживания, связанные с гипнотическим состоянием, не тождественны с теми, которые относятся к обычному сну, как не тождествен и эффект, лечебное значение того и другого.

Все остальные признаки гипнотического состояния, упомянутые в приведенной цитате, можно принять.

Некоторых больных не удастся ввести в гипнотическое состояние, пока им не скажешь, что они не обязательно должны заснуть. Некоторые больные говорили нам, что они не засыпали, так как им очень хотелось двигаться, а они не решались. Мы им отвечали, что они

могут двигаться, если в этом есть потребность. Большой частью, получив такой ответ, больные уже после первых слов внушения не двигались и засыпали. Некоторые больные, наоборот, перед засыпанием, вопреки формуле внушения («руки и ноги отяжелели, вам трудно двигаться» и дальше: «вы не можете пошевелить рукой или ногой» и т. п.), поворачиваются из положения на спине в положение на боку, в котором они обычно спят. Это, как правило, сигнализирует врачу скорое наступление достаточно глубокого гипнотического состояния. Такие больные показывают своим поведением, что они, подчиняясь основному моменту внушения, предложению заснуть, но чтобы лучше его выполнить, не подчиняются внушению в отношении обездвижения. Как мы уже говорили, не все внушаемое реализуется в одинаковой мере.

Некоторые больные, когда им говорят, внушая гипнотическое состояние, что руки их отяжелели и стали неподвижными, начинают осторожно двигать пальцами, чтобы проверить слова врача. Обнаружив такое поведение больного, если оно быстро не прекращается, можно прервать внушение и вновь объяснить больному наши задачи, принцип гипноза, необходимость пассивности гипнотизируемого, необходимость доверия его к врачу.

Схема внушения гипнотического состояния очень проста, но, конечно, должна индивидуализироваться.

Уже небольшой опыт обеспечивает врачу успех, в той или иной мере выраженный.

Приступая непосредственно к усыплению больного, мы предлагаем ему пристально смотреть на какую-нибудь точку, обычно на два пальца своей руки, врачевный молоточек и т. п. Это, как правило, помогает гипнотизируемому отвлечься от посторонних мыслей, глаза его утомляются.

Фиксируемые больным пальцы (или другой предмет) мы, как предлагают многие психотерапевты, держим сначала в таком положении, что больному придется максимально высоко направлять взор. Это положение глаз скорее ведет к утомлению их и в известной мере способствует усыплению. Спустя примерно минуту мы повторно говорим больному, что ему становится все тяжелее смотреть на пальцы, что глаза его устают,

веки тяжелеют, что он начинает мигать, что его все больше влечет к тому, чтобы закрыть глаза. Повторяя такое внушение тихим голосом, уверенно, спокойно, несколько монотонно, мы следим за тем, в какой мере наши слова влияют на больного. Если ожидаемого эффекта не наступает, мы продолжаем повторять то же внушение.

Заметив, что больной начинает усиленно мигать или хотя бы несколько смыкать веки, мы постепенно смещаем наши пальцы все ниже. Если глаза больного долго не прикрываются, можно одновременно с опусканием пальцев одной руки другой легко нажимать на веки больного, понуждая его их опустить. Если глаза больного все еще не закрываются, можно предложить ему их закрыть. Еще до закрытия глаз, а также после их закрытия мы говорим больному, что вместе с отяжелением век тяжелеют его руки и ноги, что ему лень, а потом и невозможно ими двигать. При этом рекомендуется следить за тем, производит ли больной после наших слов какие-либо движения конечностями. Если таких движений нет, можно проверить эффективность внушений, поднимая руку больного и повторяя, что она сейчас упадет совершенно безвольно под влиянием своей тяжести. По тому, насколько тяжела рука во время поднятия ее, по тому, отмечаем ли мы, поднимая ее, в ней произвольные движения (например, если больной помогает нам в этом), по тому, как она падает, мы также имеем известную возможность судить об эффективности внушений.

Если эффект внушения недостаточен, мы можем попытаться повторить это последнее.

Если нам удалось достичь отяжеления век и конечностей, мы развиваем внушение дальше. Мы говорим, что тяжелеет все тело больного и что ему это приятно. Мы говорим далее, что тяжелеет его голова, что он не может ни о чем думать, что все окружающее доходит до него все хуже, звуки становятся все глуше, что он начинает дремать, ему хочется спать.

По тяжести конечностей больного, по его дыханию, по выражению лица мы почти всегда можем достаточно точно судить о том, дремлет ли наш больной, засыпает ли он. Нередко, особенно в неглубокой фазе гипноза, отмечается длительное дрожание век. Если объективное наблюдение представляет нам слишком мало

данных, по которым мы могли бы судить о том, наступило ли гипнотическое состояние, мы можем спросить больного, дремлет ли он, засыпает ли он. Обычно мы стараемся обходиться без такой беседы.

В зависимости от степени достигнутой гипнотизации, мы поступаем по-разному. Если больной близок ко сну, мы просто приказываем ему: «спать, спать, спите».

Если у нас есть основание думать, что для такого внушения больной не подготовлен, мы или продолжаем ему внушать состояние дремоты, решив для первого раза довольствоваться такой степенью гипнотического состояния, или же стремимся добиться большей глубины гипнотического состояния и говорим больному приблизительно так: «Теперь я буду считать до двадцати. С каждым названным числом вы будете засыпать глубже (или по состоянию больного: „дремать глубже“). Когда я скажу „двадцать“, вы будете почти спать (или „дремать“), не будете ничего слышать, кроме моего голоса». В дальнейшем, называя подряд числа, мы сопровождаем некоторые из них словами, внушающими углубление гипнотического состояния. Иногда мы после того, как дошли до двадцати, предупреждаем больного, что еще раз просчитаем до двадцати и что теперь сон его углубится.

Часто уже в первый раз в течение 3—5 минут удается достигнуть состояния более или менее глубокого гипноза. Иногда введение в гипнотическое состояние подвигается значительно медленнее. Но желательно в первый же раз по возможности добиться перехода больного в возможно более глубокое гипнотическое состояние. Только при явной невозможности достигнуть этого в первый же раз можно отложить дальнейшие попытки до следующего раза. В таких случаях желательно внушить больному чувство успокоенности, состояние приятного и полного отдыха, пассивности.

Фохт предложил «фракционный» метод гипнотизации; он несколько раз выводил гипнотизируемого из состояния гипноза, тут же внушая ему, что он теперь заснет глубже, чем прежде. Иногда такой метод бывает вполне уместным.

Повторяем, что выше нами дана лишь общая схема внушения, наиболее распространенная в основных чертах среди психотерапевтов, которая должна всякий раз

тщательно соотноситься с состоянием больного, с ходом гипнотизации.

Нередко больные, особенно при повторной гипнотизации, погружаются в глубокое гипнотическое состояние только от фиксации пальцев врача или какого-либо предмета. Необязательно каждый раз при повторении сеанса гипноза полностью произносить для усыпления все слова предшествующего внушения. Формула внушения может от сеанса к сеансу изменяться, сокращаясь и становясь категоричнее.

Если нами достигнута в результате внушения известная степень гипнотизации, мы тут же приступаем к первоначальному собственно лечебному внушению. На первом сеансе в самых общих еще чертах внушается надежда на выздоровление, на улучшение состояния. Возможно при этом и внушение устранения отдельных патологических явлений. Одновременно вводят во внушение периодически слова, поддерживающие или углубляющие достигнутое гипнотическое состояние и хорошее самочувствие во время пребывания в этом состоянии, отмечают лечебное значение гипнотического состояния и внушения в нем.

Чаще всего глубина гипнотического состояния несколько нарастает, пока больной не выводится из него, даже если мы и не повторяем внушения о более глубоком засыпании. В заключение сеанса следует до пробуждения больного ввести во внушение слова, предупреждающие больного о том, что он не будет по пробуждении испытывать ничего неприятного (головных болей, тяжести в конечностях и т. п.). Мы не всегда при этом считаем нужным сказать, что больной после вывода из гипнотического состояния не будет испытывать сонливости. Если больному не нужно работать, иногда можно продлить у него состояние сонливости и даже полезен последующий сон. Мы говорим еще больному, что в следующий раз он заснет так же хорошо или, смотря по обстоятельствам, что в следующий раз он уснет глубже, что все внушавшееся ему будет полностью реализовано. Иногда при этом врач говорит, что больной забудет то, что ему говорилось в гипнотическом сеансе, воздействовать же на него эти слова врача будут решающе. Часто такая внушенная амнезия полезна.

Если гипнотическое состояние на этот раз не наступило, следует больного успокоить, если его огорчила неудача, предупредить, что в следующий раз будут достигнуты желаемые результаты. Если уже первый сеанс показывает, что вряд ли больного удастся ввести в гипнотическое состояние, его следует предупредить о применении других методов психотерапии.

Нередко нарастание гипнотизабильности больного в результате образования и закрепления новых условных связей от сеанса к сеансу выступает весьма значительно.

Рише (Ch. Richet) описал больную истерией, которую он в первый сеанс не мог ввести в гипнотическое состояние. Во второй раз после 10 минут внушения больная была усыплена. В третий раз для этого потребовалось 5 минут. А впоследствии достаточно было Рише войти в комнату, где обычно проводилось лечение, больная тут же погружалась в глубокое гипнотическое состояние. Этого рода явления нарастания воздействия внушающих факторов наблюдаются весьма часто.

Если в первый раз была достигнута известная степень гипноза, то можно рассчитывать, что в следующий раз удастся достичь большей его глубины. После первой удаи на последующих сеансах в связи с этим, как мы уже отмечали, внушение засыпания может быть более решительным. При хорошей гипнотизации во второй раз бывает достаточно просто сказать решительно: «Спите, спать» или же посчитать до двадцати, предупредив больного, что к концу счѐта он будет спать глубже, чем в прошлый раз.

Лишь редко бывает так, что достигнутая сначала степень гипнотического состояния в дальнейшем не нарастает, а снижается. Глубина гипноза снижается или ранее наступавший гипноз в дальнейшем не наступает чаще всего в случаях ухудшения состояния больного, конфликта, возникшего по той или иной причине в отношениях врача с больным. Часто наблюдается не вызванное явными внешними причинами снижение гипнотизабильности в процессе лечения у больных шизофренией.

Страдающие шизофренией нередко сначала положительно оценивают гипнотическое состояние, достаточно глубоко засыпают, иногда после вывода из гипнотического состояния близки к состоянию эйфории, а в од-

ном из последующих сеансов обнаруживается их отрицательное отношение к состоянию гипноза, они не засыпают или лишь слегка дремлют. В этих особенностях отношения больных шизофренией к состоянию внушенного гипноза находит выражение в высокой мере характерная для них неустойчивость тенденций. Здесь своеобразно выступает амбивалентность этих больных, возможно, связанная с переходом из одной гипноидной фазы в другую.

Остановимся кратко на методике выведения больных из гипнотического состояния. Обычно предупреждают больного, что посчитают до трех, что с каждым числом его сонливость будет уменьшаться, а когда врач произнесет «три», больной откроет глаза, сонливость его полностью пройдет, он будет себя чувствовать совершенно хорошо, не будет испытывать никаких неприятных ощущений. Затем начинают считать достаточно громко — несколько громче, чем говорили во время состояния больного в гипнозе и введения в него.

Если больной, как это иногда бывает, не проснется сразу по счету «три», мы предупреждаем его опять, что будем считать до трех и что на этот раз он уже обязательно проснется. Нам иногда даже случалось считать до трех три раза. После этого просыпались уже даже наиболее трудно выходящие из гипнотического состояния больные. Крайне редки случаи, когда и такой повторный счет не ведет к пробуждению. Тогда приходится легко встряхнуть больного, чтобы разбудить его, или громко его окликнуть. Эффективность повторного счета показывает, что и предшествующий счет, который будто бы не дал эффекта, не остался без влияния на больного. Отсюда допустим вывод, что большей частью всякое внушение, не дающее сразу видимого результата, на самом деле оказывает на больного влияние и подготавливает его к более эффективному внушению.

Большой частью не сразу выводятся из гипнотического состояния больные с повышенной склонностью к пребыванию в гипнотическом состоянии или больные, у которых гипнотический сон имеет тенденцию к переходу в обычный сон с потерей или ослаблением раппорта, т. е. связи в гипнотическом состоянии с врачом.

Во избежание образования навыка спонтанного затягивания гипнотического состояния, а также во избе-

жание снижения внушаемости больного в нужном для терапии направлении необходимо с самого начала, с первого сеанса выводить больного, особенно, конечно, такого, который склонен к глубокому гипнотическому состоянию, весьма решительным и настойчивым внушением, формулированным четко и категорично.

Перерыв гипнотического состояния, как правило, вполне удается и при отсутствии вызвавшего его внушением врача, если это необходимо. Мы, как и многие другие специалисты, неоднократно оставляли больного в состоянии внушенного сна, сказав ему, что он проснется сам спустя 3—4 часа или что его разбудит другой врач (передача рапорта). Выполнение такого внушения всегда проходит без каких-либо затруднений.

Относительно редко бывает, что когда процесс внушения врачом еще не закончен, больной по разным причинам просыпается.

В таких случаях необходимо стремиться узнать у больного причину пробуждения. Если это возможно, следует тут же вновь ввести его в гипнотическое состояние и потом разбудить. Желательно не заканчивать сеанс гипнотерапии непредвиденным и противоречащим плану лечения самопроизвольным выходом больного из гипнотического состояния.

Нередко спонтанно прерывают гипнотическое состояние истерические больные, особенно в первые сеансы. Иногда причина такого перерыва остается невыясненной. Чаще прерывает гипнотическое состояние неприемлемое по содержанию для больного внушение врача.

Если основная задача состоит в том, чтобы провести внушение, мы обычно, как это делают большинство психотерапевтов, выводим больного из гипнотического состояния спустя 10—20 минут после его гипнотизации. Если имеют в виду лечение больного тормозным состоянием, как оно дано в гипнотическом состоянии, мы задерживаем больного в этом состоянии 1—3 часа и больше. В таком случае желательно несколько раз через определенные небольшие промежутки времени повторять внушение о том, что больной должен продолжать находиться в гипнотическом состоянии и хорошо себя в нем чувствовать. Можно также повторять при этом и другие лечебные внушения. Веттерштрэнд, Гиршлад и другие авторы описывали гипнотический сон, длив-

шийся несколько дней. Жане доводил длительность гипнотического состояния до 4½ суток и получал хороший лечебный эффект.

Мы думаем, что к слишком длительному пребыванию в гипнотическом состоянии следует подходить с осторожностью, особенно при лечении истерических больных. У них нередко при длительном гипнозе возникают состояния, близкие к истерическим сумеркам (см. выше).

При хорошей подготовке больных к внушению, при соответствующей обстановке и правильном проведении внушения та или иная степень гипнотизации достигается у подавляющего большинства больных. Бернгейм говорил, что гипнозу поддаются 80% больных, по данным Б. Н. Бирмана — 85%, по данным Фореля — 90%. Более расходятся указания различных авторов о том, сколько людей можно привести в сомнамбулическое состояние, но во всяком случае процент их невелик.

Мы предполагаем, что повышение культурного уровня больных несколько снижает процент гипнотизируемых, особенно глубоко гипнотизируемых.

Но мы должны подчеркнуть, что такое предположение ни в коем случае не распространяется вообще на людей образованных, даже врачей. Для примера укажем, что известный психиатр Е. Блейлер (E. Bleuler) сам описал, как он подвергался гипнотическому внушению: «Состояние покоя, все сознавал, был способен к самонаблюдению, внимание было направлено на себя, а не на гипнотизера». Дальше Е. Блейлер сообщал, что реализовалось внушение анестезии — не чувствовал укола булавкой (цит. по книге Шульцта).

Помогает введению в гипнотическое состояние трудно гипнотизируемых больных предварительный прием снотворного, как это уже давно известно. Вуазен (Voisin) рекомендовал комбинацию внушения с хлороформом, А. А. Токарский также пользовался в таких случаях хлороформом. При болях он до гипнотизирования вводил подкожно морфин. О сочетании внушения с наркотическими веществами писал также В. М. Бехтерев. И. С. Сумбаев достигал углубления гипнотического состояния предварительной инъекцией (до внушения) морфина. М. М. Перельмутер прибегал к внутривенным

вливаниям до 10 мл 10% раствора гексенала. Гексеналом также с другими целями пользовалась М. Э. Телешевская. Широко применял этот метод П. Шильдер, пользовавшийся обычно паральдегидом.

Комбинирование снотворных с усыпляющим внушением показывает, что у значительного числа больных достигается суммационный эффект.

Наилучший эффект достигается, когда к внушению приступают при уже развившейся сонливости, вызванной приемом снотворного.

У многих больных, у которых действие снотворных до внушения ни объективно, ни субъективно не находило выражения и раньше, гипнотическое состояние не наступало без приема таких средств, оно наступало после приема снотворного, даже если больной не знал, что принял его.

Только что сказанное свидетельствует о том, что эффект снотворных может быть «подпороговым» и не обнаруживаться до включения дополнительного усыпляющего внушения, самого по себе не эффективного. Это, нам кажется, заслуживает внимания, так как показывает, в частности, что при обычном назначении снотворных необходимо учитывать большую роль условнорефлекторных моментов. При наличии выраженного отрицательного отношения больного к гипнотическому состоянию та доза снотворного, которая в иной ситуации является для него безусловно усыпляющей, не усыпляет его, если включается внушение. Сказанное подкрепляет положение об условнорефлекторных компонентах в действии снотворных, его усиливающих или ослабляющих.

Проследим эффект комбинированного воздействия снотворных медикаментов и внушения на нескольких больных.

Больная К. Диагноз: реактивная депрессия. В первый сеанс гипнотическое состояние не наступило. Перед вторым сеансом за 40 минут до внушения получила 0,3 г мединала и 0,1 г люминала. До внушения и 2—3 часа после него больную сильно пошатывает, но сон под влиянием внушения не наступил. Перед третьим сеансом К. получила ту же дозу снотворных, после внушения хорошо дремлет. Спустя 10 минут разбужена и в соответствии с внушением, сделанным в гипнотическом состоянии, ни объективно, ни субъективно влияния снотворного не отмечено. Перед четвертым сеансом больная снотворных не получала. На сеансе после внушения глу-

боко дремлет. На пятом сеансе, тоже без снотворных, наступила глубокая фаза гипнотического состояния под влиянием внушения. По выводе из гипнотического состояния больную пошатывает. Тут же сделано внушение: «Вы не испытываете сонливости, действие усыпляющего внушения прекратилось, вы полностью вышли из гипнотического состояния. Вас не пошатывает, вы прекрасно себя чувствуете» (повышенная внушаемость здесь, как показывает опыт, сохраняется в первые минуты по выходе из гипнотического состояния). Пошатывание прекратилось, никаких выражений сонливости не осталось.

В дальнейшем глубокая степень гипнотического состояния беспрепятственно достигалась внушением без приема снотворных.

Несомненно, именно прием снотворных помог добиться введения этой больной в гипнотическое состояние значительной глубины. Важно то, что достаточно было один раз усыпить больную после приема ею снотворных для того, чтобы впредь ее можно было безотказно усыплять одним внушением. Условный рефлекс закрепился в первый же раз, как это бывает при усыплении внушением без приема снотворного.

Заслуживает также внимания, что в первый раз снотворное оказывает влияние до и после внушения, но не сказывается в тот момент, когда мы пытаемся усыпить больную внушением (так бывает, как это уже было отмечено, не очень редко). Больная, несомненно, в первые два сеанса как-то сопротивляется внушению, может быть, несколько боится гипноза, хотя всячески убеждает нас в желании быть усыпленной, конечно, не обманывая нас сознательно. В этом своеобразном поведении больной, вероятно, находит выражение двойственное ее отношение к лечению.

Но на следующем сеансе больная, получив снотворное, засыпает, и в этом обнаруживается влияние приема снотворного на образование условной реакции гипнотизации и на слово.

Если здесь безусловный фактор (снотворное) подкрепляет влияние словесного внушения, то здесь же мы получаем возможность убедиться и в обратном влиянии слова на эффект снотворного. На третьем сеансе сонливость в результате внушения в гипнотическом состоянии у больной снимается и влияние снотворного не проявляется по выходе из гипнотического состояния.

Как мы попытались показать на примере больной К., применение снотворных для гипнотизации трудно вначале гипнотизируемых больных надо признать полезным.

Оно особенно полезно при наличии двойственного отношения больного к усыплению внушением. Как уже указывалось, условный рефлекс засыпания (засыпание по словесному внушению), образованный один-два раза при помощи снотворных, большей частью затем прочно закрепляется и реализуется уже в дальнейшем без снотворного.

Может возникнуть вопрос, не повредит ли внушению и авторитету врача, если больной будет знать, что для его усыпления мало одного внушения и для достижения этой цели врачу приходится прибегать к помощи медикаментов.

Мы считаем, что такие опасения неправильны. У нас нет оснований скрывать от больного истинное положение вещей — мы ведь не собираемся создавать у него веру в «чудесный» характер нашей помощи, а, наоборот, обязаны всегда разъяснять научную ее обоснованность. Полезная роль снотворных при внушении сна только подкрепляет правильность научной концепции гипнотического состояния и внушения. Поэтому доверие больного к нам и к применяемому методу лечения, если мы объясним больному смысл приема снотворного, только повысится.

Проследим сочетанное действие приема снотворных веществ и внушения на другой больной.

Больная М., 31 года, инженер, вторично страдает реактивной депрессией. Как нередко бывает, основные надежды она возлагает на применение гипноза, а с этим, конечно, нельзя, не считаться, хотя обычно при таких заболеваниях, как мы отмечали выше, введение больных в гипнотическое состояние бывает затруднительным. В связи с относительно тяжелым состоянием больной уже при второй встрече с ней мы предпринимает попытку гипнотизации. Мы рассчитывали, что, возможно, горячее желание больной вылечиться, ее полное доверие и к нам, и к методу лечения позволят получить положительный эффект. Конечно, не будучи уверены в том, что больная уснет под влиянием внушения, мы внушаем ей на первом сеансе лишь легкую дремоту и тяжесть в конечностях, т. е. заранее ограничиваем свою задачу. И все же мы не получаем и при этом ограничении положительного эффекта: сонливости у больной не наступает, чем она очень огорчена. Мы ее успокаиваем, проводим с ней соответствующую беседу. Повторяем попытку достигнуть внушением хотя бы легкой гипнотизации еще при двух последующих встречах, но и эти попытки остаются безрезультатными. Состояние больной продолжает быть плохим. Мы говорим ей, что лечебное действие окажут и наши беседы, что мы в дальнейшем обещаем также использовать для ее лечения внушение в гипнотическом состоянии.

В результате психотерапии М. действительно стало несколько лучше. Больная это полностью сознает, ценит оказанную помощь, но ждет усыпления. Она все еще продолжает жаловаться на тоску, бессоницу, невозможность что-либо делать, даже читать художественную литературу. При следующем приеме больная получает у нас в кабинете снотворное (0,3 г мединала и 0,1 г люминала). Спустя 10 минут приступаем к внушению, и больная погружается в гипнотическое состояние.

Выведенная из него через 12 минут, больная говорит, что «почти спала», и выражает свою радость по этому поводу. В соответствии с нашим внушением, сделанным в гипнотическом состоянии больной, по выходе ее из этого состояния не отмечается ни объективно, ни субъективно влияния снотворного. Действие, которое здесь обязательно проявилось бы без вмешательства внушения, оказалось подавленным этим последним.

Спустя 2 дня больная чувствовала себя на приеме значительно лучше, стала улыбаться. Уверена, что скоро выздоровеет. Во время внушения без снотворного больная хорошо дремлет. По пробуждении говорит, что была ближе к состоянию сна, чем в прошлый раз. На следующий день на приеме и по наблюдениям врача отделения чувствует себя совсем хорошо, явления депрессии не отмечаются. Ночью впервые со времени заболевания хорошо спала без снотворных. Проведен еще один сеанс суггестии в гипнотическом состоянии после предварительного приема мединала с люминалом. Спустя 2 дня больная была выписана практически здоровой.

И у этой депрессивной больной оказалось возможным достигнуть гипнотического состояния и в связи с этим резкого повышения эффекта психотерапии благодаря комбинированию внушения с действием снотворных. Все же здесь переход на внушение без снотворных после первого усыпления со снотворными снизил степень гипнотизации, что сделало целесообразным повторное применение комбинированного способа усыпления.

Иногда приходится пользоваться комбинированным способом более или менее длительно, переходя, как только это окажется возможным, на одно внушение. Такой переход, по нашим наблюдениям, всегда целесообразен, если он не снижает заметно степени гипнотизации. Внушаемость при таком переходе явно повышается, а больной освобождается от приема снотворных.

Следует обратить внимание на то, что гипнотизация у больной М. наступила через 10 минут после приема снотворной смеси. Вряд ли можно было бы ждать столь быстрого эффекта ее без внушения. И здесь, таким образом, снотворный эффект, не достигавшийся только внушением, все же и не может, вероятно, быть объяснен иначе, как совместным влиянием лекарственного

и психического факторов. Весьма вероятно, что прием лекарства здесь также служит и дополнительным условнорефлекторным моментом.

То, что у М. через 22 минуты после приема большой дозы снотворного снотворный эффект благодаря внушению не развивается, указывает не только на сумму двух примененных факторов, но и на возможность их антагонистического действия.

Еще Бренгейм отмечал, что некоторые больные переходят в состояние гипноза под влиянием хлороформа (без словесного внушения) раньше, чем он мог бы вызвать наступление наркотического сна. Анализируя эти опыты, мы не можем не увидеть условнорефлекторный эффект и роль подпорогового влияния снотворного.

Специальное словесное воздействие врача, его внушение, особенно усиливает этот эффект. Учтя такого рода возможность, ряд исследователей предпринял попытку использовать внушение для уменьшения количества наркотизирующих веществ при хирургических операциях. Соответствующие поиски целесообразно продолжать.

Многие хирурги добивались обезболивания при хирургических операциях одним внушением. Мы думаем, что описанный только что комбинированный метод имеет больше преимуществ, чтобы получить в хирургической практике значительное распространение.

Что касается использования снотворных для повышения гипнотизабильности больных, то следует, мы думаем, признать его целесообразным там, где гипнотическое состояние показано, где больной к нему стремится и все же его не удается вызвать без снотворных.

Несомненно, внушением можно не только усиливать влияние наркотических веществ, но и ослаблять его, а также ослаблять выражение токсикоза. Уже спустя несколько минут после приема снотворного больного можно вывести из гипнотического состояния, и он под влиянием соответствующего внушения не будет испытывать сонливости, хотя действие снотворного должно бы еще продолжаться. Все это надо учитывать для использования комбинирования наркотических средств с внушением при операционном наркозе.

Несколько особую форму использования снотворных при психотерапии представляет лечение с применением

гексенала. При этом в вену медленно вводят 3—7 мл 10% раствора гексенала, приготовленного ex tempore. Больному не дают уснуть и проводят внушение с тренировкой в состоянии полусна. Так можно лечить истерические параличи, астазию-абазию и пр. Мы думаем, что не следует проводить такое лечение многократно во избежание токсикоза и привыкания.

Отметим здесь же целесообразность в некоторых случаях соединять внушенный гипнотический сон с электросном. Проведенное нами вместе с А. К. Михайловым исследование показало, что такое комбинированное лечение может быть полезным особенно при бессоннице, энурезе и пр.

Основой внушения в гипнотическом состоянии является возможность поддерживать и усиливать в этом состоянии больного связь его с врачом, которая приобрела название раппорта. И. П. Павлов понимал раппорт как выражение деятельности бодрствующих пунктов в заторможенной коре полушарий. Относительной изолированностью этих пунктов И. П. Павлов объяснял повышенную внушаемость в гипнотическом состоянии.

В естественном сне соответствующее раздражение обуславливает распространение возбуждения на всю или почти на всю кору, что приводит к перерыву сна. Парциальное торможение при внушенном гипнотическом состоянии не прерывается при раздражениях соответствующих бодрствующих пунктов. Слова внушающего не прерывают гипнотического состояния, воздействуя на незаторможенные отделы коры головного мозга и оставляя в них глубокие следы. Эти особенности гипнотического состояния также обеспечивают то, что более или менее длительное время после выхода из него внушение, слова внушающего остаются действенными для внушаемого.

Можно сказать, что чем глубже гипнотическое состояние, чем шире до определенной степени охвачены им разделы коры полушарий головного мозга, тем уже готовность коры откликаться на внешние раздражения и тем более «избирательным», как это принято называть, становится раппорт. Избирательным раппортом принято называть способность находящегося в гипнотическом состоянии явно воспринимать только слова врача, введшего его в гипнотическое состояние. Мы ду-

маем, что избирательность раппорта следует считать более динамической, чем это принято.

Уже в гипнозе легкой степени, когда гипнотизируемый не потерял еще способности воспринимать внешние раздражения и воспринимает явно не только голос внушающего, он уже, несомненно, избирательно относится к словам врача, приведшего его в состояние гипноза, и на этой стадии отношение больного к словам врача уже иное, чем к словам другого человека. Нередко в этой стадии слова постороннего человека выводят больного из того гипнотического состояния, в котором он находится, тогда как слова гипнотизирующего такого действия не оказывают, но повышено внушающе воздействуют на больного, причем только они способны влиять на него терапевтически.

Значительное углубление гипнотического состояния приводит к тому, что восприятие гипнотизируемого резко ограничивается голосом гипнотизирующего: теперь лишь очень резкие посторонние раздражители могут вывести из гипнотического состояния находящегося в нем. В основном же он воспринимает слова внушающего и поддается лишь их воздействию. Дальнейшее углубление гипнотического состояния и распространение глубокого торможения на все раздслы коры головного мозга иногда обрывает раппорт частично или полностью, и находящийся в гипнотическом состоянии человек теряет способность воспринимать слова и гипнотизирующего, теряется раппорт, т. е. гипнотический сон переходит в сон негипнотический.

Избирательность и дифференцированность раппорта бывают очень тонкими и точными.

Находящиеся в глубоком гипнотическом состоянии, как мы неоднократно убеждались, выполняют произносимые шепотом инструкции гипнотизирующего, тогда как шепот другого лица не оказывает на них никакого заметного влияния. Таким образом, находящиеся в глубоком гипнозе тонко различают легкий шепот, что даже в состоянии бодрствования не всегда им удается.

Следует внушением укреплять избирательность раппорта, несомненно нужного и полезного для усиления возможности лечебного внушения, для терапевтической эффективности гипнотического состояния.

Психотерапевтам хорошо известно явление передачи раппорта. Речь здесь идет о внушении больному, находящемуся в гипнотическом состоянии, поддерживать раппорт с тем или другим определенным лицом, с голосом которого гипнотизируемый тут же знакомится. Такая передача раппорта, как правило, удается.

Но, конечно, нельзя думать, что от этого не страдает лечебный эффект внушения (лицом, которому таким образом был передан раппорт); успех лечения в полной мере может быть обеспечен лишь тем, кто сам ввел больного в гипнотическое состояние и предварительно установил с ним взаимоотношения, благоприятствующие психотерапии.

В некоторых случаях третьему лицу удается установить связь с находящимися в гипнотическом состоянии без передачи раппорта гипнотизировавшим. В лечебном гипнозе, конечно, таких попыток допускать не следует: они могут ослабить раппорт с лечащим врачом и этим снизить эффективность лечения.

Если внушенный гипнотический сон может иногда быть переведен по желанию гипнотизирующего, а иногда и вопреки его воле в глубокий физиологический сон, то также возможен переход физиологического сна в сон гипнотический с характерным для него раппортом. Иногда бывает достаточно подойти к спящему и обратиться к нему со словами: «Спите, спите, не просыпайтесь; спите, но слушайте меня», чтобы его сон перешел в гипнотический с раппортом с тем лицом, которое к нему обратилось с приведенными или сходными словами. Такой переход особенно возможен у человека, ранее гипнотизировавшегося, а тем более, если вызывает этот переход тот, кто ранее гипнотизировал спящего. Конечно, наиболее он возможен при не очень глубоком физиологическом сне. Подобные опыты производились еще в прошлом веке О. О. Мочутковским.

Возможность перевода физиологического сна в гипнотическое состояние следует, несомненно, в некоторых случаях использовать в целях лечения. Уместно применение такого метода при ночном недержании мочи, расстройстве, связанном с нарушениями в протекании ночного сна, и при других сходных расстройствах — частых поллюциях, кошмарных сновидениях, снохождении

и т. п. В некоторых случаях можно попытаться этим способом удлинить ночной сон.

Надо учитывать, что раппорт может оборваться как при резком стороннем, не от внушающего идущем раздражении, так и при таких словах внушающего, при таком внушении, которое неприемлемо для больного, невыносимо для него. В связи с этим еще А. А. Токарский предупреждал о нежелательности чрезмерно императивного характера внушения в гипнотическом состоянии больного.

Интересно поведение в гипнотическом состоянии и по выходе из него больной К., страдающей тяжелым реактивным состоянием. В связи с ее состоянием и медленным продвижением лечения в состоянии бодрствования, мы считали весьма желательным внушение в гипнозе. При первом же внушении засыпания был достигнут полный положительный эффект; но когда мы, начав лечебное внушение, затронули глубоко эмоциональные переживания больной, она начала сильно кашлять и с кашлем и как бы от кашля проснулась. На вопрос о причине своего пробуждения больная ответила, что ее сон был прерван только кашлем. Мы тут же опять ее усыпили. До внушения и после выхода из гипнотического состояния больная совершенно не кашляла. В дальнейшем К. категорически отказалась от продолжения лечения этим методом.

Очевидно, подходя во внушении к большим пунктам, мы создаем разлитое возбуждение, прерывающее гипнотическое состояние.

Весьма характерно, что больной помогает выйти из гипнотического состояния кашель, возникновение которого, мы полагаем, является как бы моделью отдельных истерических симптомов и приближает нас к пониманию механизма происхождения последних с их частым возникновением путем замещения.

Эта больная с истерической формой реакции не может противостоять повторному усыпляющему внушению и, прервав кашлем гипнотическое состояние, она в соответствии с повторным усыпляющим внушением возвращается в него, лишь в дальнейшем обнаруживая тенденцию уберечь себя от подобного вторжения врача в больную область: она отказывается от продолжения лечения этим методом.

Так же, как и у больной К., прекращается гипнотическое состояние у больной А.

Эта больная перенесла приступ шизофрении несколько лет назад. В настоящее время у нее на фоне негрубо-выраженного шизофренического дефекта особенно выражены истерические черты. Психотерапия позволяет значительно улучшить состояние больной. Применялось уже неоднократно и внушение в неглубоком гипнотическом состоянии. После нескольких таких внушений мы однажды сделали настойчивую попытку ввести А. в более глубокое гипнотическое состояние. Соответствующее внушение приводит к тому, что у больной также возникает приступ кашля, по характеру близкий к астматическому, чего до сих пор у нее никогда не было.

Мы полагаем, что до некоторой степени бросает свет на природу кашля у описанных двух больных момент в лечении больной Б., на котором мы ниже остановимся.

Больная Б. всегда после сеансов говорит, что в гипнотическом состоянии она не спит, а лишь успокаивается и слегка дремлет. Однажды мы внушили ей проснуться ровно через 3 минуты. Как известно, в гипнотическом состоянии люди нередко справляются с отсчетом времени значительно лучше, чем в состоянии бодрствования. Вероятно, это связано с устранением ряда побочных «отвлекающих» раздражителей. Больная через 3 минуты начала сильно кашлять, открыла глаза и, заявив, что проснулась от кашля, спросила, можно ли ей совсем проснуться. Она совершенно не помнила, что ей было предложено. Ясно, что кашель был здесь привлечен для пробуждения неосознательно. Больная — человек очень интеллигентный, с нами очень искренний — весьма положительно относилась к пребыванию в гипнотическом состоянии. В искренности ее слов мы не можем сомневаться. Она явно не знала о причинах возникновения у нее кашля. Когда мы ей рассказали о внушении, она не вспомнила ни его, ни обстоятельств своего пробуждения.

Можно думать, что привлечение актов, маскирующих подлинные причины пробуждения, — не прямое, приспособленное к личности больного реагирование на внушение — происходит во всех трех приведенных случаях «автоматически». Это относится, вероятно, и к механизму выполнения в постгипнотическом состоянии ряда внушений, произведенных в гипнотическом состоянии, а также к ряду явлений истерического происхождения при всем различии этих явлений. Нередко у истерических больных резкое приближение к наиболее аффективным переживаниям при неосуществимости описанного только что вида приспособительной реакции ослабляет раппорт, приводя к наступлению истерического припадка. Его большей частью все же удается прекратить внушением и продолжить лечебное внушение.

В некоторых случаях больные прерывают гипногическое состояние, выйдя из-под контроля гипнотизирующего вследствие возникшего у них страха или неприятных ощущений.

Переходя к весьма важному вопросу о характере внушения после введения больного в гипнотическое состояние, отметим прежде всего, что врач должен быть к моменту начала этого внушения хорошо осведомлен о сущности болезни и об особенностях больного и ясно представлять себе как стоящую перед ним задачу, так и пути ее решения. Мало привести больного в гипнотическое состояние, надо суметь наилучшим образом использовать это состояние в лечебных целях. Недопустима недооценка всей серьезности второй части задачи, нередкой сложности ее, ее важности.

Содержание внушающих слов врача должно быть определено рядом моментов. В значительной степени оно определяется индивидуальными особенностями больного и чертами болезни. Оно должно обязательно быть соотнесено с причинами болезни, патогенетическими ее особенностями. Формулировка лечебного внушения также должна быть строго соотнесена с характером ожидаемого лечебного эффекта и учитываемым врачом механизмом выздоровления. Недоучитывание этих условий может сделать внушение безрезультатным, а иногда и в какой-то мере вредным.

Например, иногда врачи, неправильно представляя себе возможный механизм выздоровления от хронического алкоголизма, ограничиваются внушением физического отвращения, вызываемого алкоголем. Не говоря о том, что стойкое отвращение достигается внушением не так часто, надо еще учесть, что чувство отвращения не обязательно обеспечивает отказ от алкоголя. Нередко алкоголик пьет и, испытывая отвращение, мирясь с ним, чтобы испытать состояние опьянения, чтобы оказаться участником попойки и т. п., а затем скоро это отвращение подавляется более сильными для него положительными эмоциями, возникающими при употреблении спиртных напитков.

Заикающемуся всегда эффективно внушать, что он не будет испытывать страха перед заиканием, что он не будет стремиться скрыть заикание и т. п. И менее эффективно внушение ему того, что он не будет заикаться,

Часто при формулировании внушения бывает трудно примирить два требования. Приходится, с одной стороны, опасаться внушать преувеличенные и затем неоправдывающиеся надежды; с другой стороны, снижение оценки возможностей лечения во внушении может ослабить внушающее значение слов врача.

Единственно правильным путем примирения этих как будто противоположных задач является путь глубокого изучения больного, обоснованного прогноза и очередности в постановке задач лечения.

Там, где результат представляется сомнительным, правильно сначала обещать больному меньшее и направлять его на первом этапе лечения на достижение частичного эффекта. При получении успеха следует ставить новые задачи, подкрепляя их анализом уже полученных результатов. Само собой разумеется, что границы того, что мы можем обещать больному, прежде всего определяются состоянием пациента. Больному, страдающему афазией, можно внушить некоторое улучшение речи, уменьшив его неуверенность в себе, сняв тормозные наслоения, но нельзя пытаться у него внушением снять афазию. Однако при некоторых заболеваниях, явно имеющих органическую природу, нарушения после внушения в гипнотическом состоянии почти полностью снимаются. Это иногда может даже повести к ошибкам в диагнозе. Мы неоднократно имели случай наблюдать такого рода ошибки.

Нельзя внушить больному то, что противоречит основным чертам его личности, его морали. Трудно внушить больному то, что не соответствует его потребностям, его желаниям, его утвердившимся представлениям. Поэтому и нужны предварительное достаточное знакомство врача с больными и подготовка их к внушению. При внушении необходимо учитывать различные болезненные явления, на которые у того же больного может весьма по-разному воздействовать внушающее влияние врача. Вместе с тем опыт показывает, что психотерапевтическими беседами, развитием и углублением контакта врача с больным, как и повторными внушениями в гипнотическом состоянии, удается более или менее прочно воздействовать и на некоторые из тех моментов болезни, которые долго не устранялись внушением.

При всякой форме гипнотического состояния следует учитывать отношение больного к врачу, к методу лечения и к самой своей болезни, к отдельным симптомам и соответственно строить лечебное внушение.

Нередко неопытные врачи полагают, что решающим и единственно важным является при применении гипнотического метода введение в гипнотическое состояние, техника гипнотизации. На самом же деле наибольшие трудности, наиболее сложные задачи стоят перед психотерапевтом при построении внушения, когда больной уже введен в гипнотическое состояние.

Рассмотрим еще некоторые стороны лечебного внушения в гипнотическом состоянии.

Юношу С., 17 лет, мы лечили в связи с тяжелой формой заикания с судорогами тонического характера, вызывающими полные перемены речи: тогда он ничего не может сказать, например при необходимости отвечать в классе уроков. Приступая к лечению, мы использовали также и метод внушения в гипнотическом состоянии, не особенно у него глубоко.

Сначала мы ему внушали, что болезненно возникающих перебоев в его речи не будет, что он будет говорить спокойно и плавно. Это внушение давало очень незначительный положительный эффект. В последующем мы говорили С., когда он пребывал в гипнотическом состоянии, что спазмы у него возникают вследствие направления произвольного внимания не столько на содержание, сколько на произнесение слова и вредной деавтоматизации вследствие этого речевого процесса. Мы подчеркивали во внушении так же, как делали уже в беседе с больным, что основная причина нарушений речи у него — неуверенность в себе, чрезмерная забота о том, какое впечатление его речь производит на окружающих, страх перед возможностью заикания. Мы говорили, что под влиянием внушения и наступившего в результате лечения общего укрепления его центральной нервной системы он избавится от этих своих недостатков. Построение внушения в этом плане резко повысило терапевтический эффект.

Во внушении, проводимом в неглубоком гипнотическом состоянии больного, мы по существу в сжатой форме резюмировали все то, что говорили в беседах с ним о его болезни. И этот метод внушения значительно увеличивал эффективность психотерапии. Такое понимание требований к построению внушения в гипнотическом состоянии характерно для ряда отечественных психотерапевтов. В. М. Бехтерев подчеркивал необходимость сочетания гипнотического метода с воздействием на больного в состоянии бодрствования. Мы уже ссылались и на аналогичные высказывания крупного отечественного психотерапевта Е. Н. Довбни.

Считая весьма целесообразным вносить во внушение момент убеждения, особенно при лечении больных, находящихся в неглубоком гипнотическом состоянии и более склонных к анализу, к критике, мы вместе с тем должны учесть, что в гипнотическом состоянии с соответствующим изменением сознания способность больного к дифференцированному восприятию речи до известной степени ограничена и большая перегрузка коры противопоказана.

Мы неоднократно в экспериментальных целях позволяли себе вставлять (весьма осторожно) в произносимые с целью внушения фразы явно непонятные больному или не относящиеся к делу и выпадающие из контекста слова. Обычно больной этого не отмечал, и они не уменьшали эффекта внушений. Само собой разумеется, в практической работе этим злоупотреблять нельзя.

Находящийся даже в неглубоком гипнотическом состоянии больной, очевидно, воспринимает смысл внушения несколько нерасчлененно; особенно это отнесется к больным в сомнамбулическом или близком к нему состоянии. Мы полагаем, что такое восприятие слов врача в немалой мере определяется и готовностью больного услышать слова ранее ему известного и ожидаемого смысла, определенного и всей ситуацией лечения, и словами врача до введения больного в гипнотическое состояние. Конечно, мы должны стремиться четко и точно формулировать внушение, рассчитывая и на то, что подготовленность больного укрепит внушающую силу слов.

Конечно, внесение интеллектуального момента, оперирование во внушении в соответствующих случаях более сложными связями не исключают момента императивности, который всегда также необходим во внушении, проводимом в гипнотическом состоянии. Императивность, особенно же уверенность, выраженные во внушении, несомненно, являются необходимыми его чертами. Но уверенность эта должна быть полностью обоснованной. Внушение следует формулировать так, чтобы оно действительно могло быть реализовано.

Совершенно правильно ряд авторов указывает на желательность ликвидировать, возможно, с первого раза некоторые, преимущественно истерические патологические явления. Нежелательно, например, растягивать на несколько сеансов снятие истерических параличей

и т. п. Но следует сказать, что если так снимаются отдельные нарушения, то ни в коем случае нельзя считать на этом лечение законченным. Не учтя этого, мы рискуем тем, что вскоре у больного появится если не тот же, то другой симптом, может быть, не менее тягостный.

Мы уже писали, что у большинства больных применению гипнотического метода необходимо предпослать более или менее длительное лечение в состоянии бодрствования, которое должно образовать у больного установки, способные положительно повлиять на лечение с применением гипнотического метода. Например, мы считаем необходимым до введения алкоголика в гипнотическое состояние достигнуть у него путем бесед воздержания хотя бы на недолгий срок, видя в этом выражение готовности бороться с пороком. Приступая к лечению больного со сложной и упрочившейся картиной заболевания, большей частью лучше, не стремясь к эффектному и быстрому «излечению», постепенно снимать симптом за симптомом вместе с причинами возникновения болезни, сначала облегчая ее, а позднее ставя перед лечением задачу полного и прочного ее излечения. Постепенность в таких случаях обычно лучше обеспечивает и прочность достигнутых результатов.

А. А. Токарский писал по этому поводу: «Внушение должно носить смысл утверждения выздоровления вообще». Далее А. А. Токарский рекомендовал лучше начинать внушение со снятия наиболее легко устранимых симптомов и, только получив положительный эффект, переходить к более существенным, тесно связанным с существом болезни явлениям.

Как мы отмечали, заслуживает внимания, что прикосновение к болезненным пунктам в гипнотическом состоянии больные весьма нередко переносят тяжелее, чем в состоянии бодрствования: в гипнозе в большей мере снижается активное торможение и контроль со стороны коры головного мозга и легче обнаруживается сила аффекта.

Очевидно, в тех случаях, когда можно ожидать тяжелых аффективных переживаний, внушение в гипнотическом состоянии должно быть особенно тщательно подготовлено, а самое внушение необходимо вести особенно осторожно, лишь постепенно подходя к наиболее ранимым пунктам.

Тягу больного к излечению надо рассматривать как выражение кортикальных компенсаторных тенденций, и постепенное их укрепление в состоянии как бодрствования, так и гипноза должно стать здесь основной линией психотерапии.

Остановимся на лечении больного Р.

Больной Р. перенес травму черепа; злоупотребляет алкоголем. После травмы у него впервые, как это нередко бывает, стали выявляться истерические черты. После неприятностей в семье (незадолго до поступления в больницу) у него возникли явления истерического амавроза (не впервые) и астазия-абазия (впервые).

Начав лечение, мы после первой беседы добились резкого уменьшения расстройств походки. Больной, принесенный в кабинет на носилках, ушел из него самостоятельно. Явления амавроза остались после этой беседы без изменения. На следующий день мы применили метод внушения в гипнотическом состоянии. Вначале больной относился к этой попытке явно тревожно, напряженно. Он охотно согласился принять небольшую дозу снотворного и после этого скоро полностью освободился от отрицательного отношения к гипнозу. Мы ввели его в глубокое гипнотическое состояние и сделали ему внушение, не давшее положительных результатов, о том, что он станет хорошо видеть. Вернувшись в палату, больной резко среди больных выражал свое недовольство примененным методом лечения. В связи с этим в дальнейшем попытки гипнотизировать больного не предпринимались. Неподготовленное прикосновение к наиболее фиксированному больному пункту вызвало резко отрицательную эмоцию по отношению к применяемому лечению.

Был разработан другой план. Лечащий врач назначил больному общеукрепляющее лечение и вел с ним регулярные психотерапевтические беседы. Общее состояние Р. скоро улучшилось, зрение его восстановилось.

Общее укрепление, покой, отдых от работы, укрепление трудовых установок, регулярные беседы стимулировали компенсаторные механизмы, дали положительный эффект.

Такие наблюдения говорят, что, когда больной недостаточно подготовлен к решительному наступлению врача на его болезнь, иногда на особо укрепившиеся патологические расстройства, внушение в гипнотическом состоянии может закончиться неудачей, тогда как у того же больного постепенно развертываемое воздействие в состоянии бодрствования оказывается вполне успешным.

Отметим еще, что у Р. влияние снотворного снимает отрицательную эмоцию, с самого начала возникающую у него по отношению к гипнозу. Затем возникшее в коре под влиянием снотворного торможение, облегчающее дальнейшее углубление торможения внушением, еще более меняет и отношение больного к гипнозу в положительную сторону.

Следует учесть, что наиболее существенные моменты внушения надо на каждом сеансе повторять несколько раз. Их надо повторять не раз и в последующих сеансах, если даже в предыдущих как будто был достигнут успех; его следует закреплять повторными внушениями. Общеизвестна возможность внушить в экспериментальных целях находящемуся в гипнотическом состоянии человеку совершение того или иного действия спустя более или менее длительное время после выхода из гипнотического состояния.

В литературе можно найти множество таких примеров. Сошлемся на два, заимствуемые нами у Бернгейма.

«В момент, когда сомнамбулист выполнил внушенный ему акт, он весьма чистосердечно думает, что идея недавно самопроизвольно зародилась в его мозгу; он не помнит, что вспоминал о ней. Я мог это проверить прямо над двумя сомнамбулистами. Одной я говорю во время ее сна: „В будущий четверг (через пять дней) вы возьмете стакан с вашего ночного столика и положите его в чемодан, который находится в ногах вашей кровати“. Спустя три дня, усыпив ее снова, я говорю ей: „Помните ли вы то, что я приказывал вам?“ Она отвечает: „Да, я должна в четверг утром, в семь часов, положить стакан в свой чемодан“. — „Думали ли вы об этом с того времени, когда я вам это сказал?“ — „Нет“. „Припомните хорошенько!“ — „Я об этом думала на другой день утром в 11 часов“. — „Бодрились ли вы тогда или спали?“ — „Я засыпала“.

Другому пациенту в глубоком гипнотическом состоянии Бернгейм внушил, что на следующий день утром он спросит у Бернгейма, следует ли ему принимать бромистый калий, «не зная, что спросить об этом внушил автор». Больной точно выполнил внушение. Выполнив его, он утверждал, что сделал это по собственной инициативе, что ему никто не поручал этого.

Таким образом, больные спустя 1—5 дней выполняли полученное ими в гипнотическом состоянии приказание, не зная ничего о последнем. Имеется много указаний и на выполнение внушений спустя значительно большие сроки. Несомненно также, что очень часто (в зависимости от глубины гипнотического состояния, а в известной мере и от того, была ли внушена амнезия), выполняя внушение, больной не осознает подлинной причины своего действия и приписывает ему ошибочно другую причину.

Длительный лечебный эффект терапевтического внушения в гипнотическом состоянии, конечно, близок по механизму к такому экспериментальному эффекту, но последний не совпадает с интересами больных и даже

в какой-то мере может противоречить им, однако неглубоко их задевает. Если подвергшийся такому экспериментальному внушению не оказывает решительного противодействия, то, вероятно, этот эффект не в малой мере связан и с готовностью демонстрировать подчиняемость врачу.

Правильно построенное лечебное внушение в гипнотическом состоянии в отличие от экспериментального внушения совпадает (должно все больше совпадать) с основными стремлениями больного, и в этом залог его прочности, несравнимый с прочностью экспериментального внушения с нейтральным для подвергающихся внушению содержанием. Его прочность еще связана с тем, что образовавшееся под влиянием внушения здоровое в той или иной мере поведение создает у больного динамический стерсотип, непрерывно подкрепляемый самооценкой, оценкой окружающих и всеми обстоятельствами, прочно подавляющий патологические неподкрепляемые связи. Устранение в гипнотическом состоянии патологических явлений содействует нормализации динамики нервных процессов, что в свою очередь создает благоприятные условия для прочного закрепления достигнутых результатов. Таким образом, прочность внушенных в гипнотическом состоянии больного врачом форм его поведения зависит не только от построения внушения и его непосредственного эффекта, но и от ряда обстоятельств, которые впоследствии будут на больного воздействовать. И это должен полностью учитывать психотерапевт, стремясь вооружить больного против отрицательных влияний на него в последующем. Выполнение лечебного внушения представляет весьма сложный акт, течение которого зависит от соотношения содержания внушения, отношения больного к нему и к внушавшему и от условий, в которых происходит реализация внушения. В очень схематической форме, лишь несколько приближенной к тому, как реализуется лечебное внушение, демонстрируют сложные пути реализации внушения нижеследующие примеры экспериментального внушения.

Во время лечения в связи с логоневрозом больного С. мы считали нужным внушать ему каждый раз, чтобы он по пробуждении после внушения в гипнотическом состоянии что-либо рассказывал. Немедленно после внушения влияние последнего особенно сильно, и мы

хотели, чтобы С. говорил в нашем присутствии, получая дополнительный источник уверенности в возможности для него хорошо говорить. Такого рода подкрепление влияния внушения мы, кстати сказать, считаем весьма полезным, даже необходимым всегда, где это позволяет характер имеющихся нарушений.

Однажды мы внушали С., что для рассказа после выхода из гипнотического состояния он изберет содержание «Капитанской дочки». По пробуждении больного, мы предложили ему что-нибудь рассказать. Он ответил, что не знает, что именно, и просил дать ему определенное задание. Мы настаивали на том, чтобы он выбрал тему сам. После длительного молчания и нескольких повторений нашей просьбы больной нерешительно говорит: «Что-нибудь из Пушкина?». Мы еще раз повторили, что он должен сам решить, что ему рассказывать. Он еще долго колебался, но, наконец, сказал: «Ну, из „Капитанской дочки“», и приступил к рассказу. Если бы мы в момент колебаний больного подсказали ему (мы нередко так и поступали) другую тему, он ее, вероятно, принял бы.

Таким образом, внушение реализуется как бы не сразу, а путем известного нащупывания и соотнесения с условиями реализации.

Сложные пути реализации внушения мы подметили и в другого рода клинических фактах.

Нередко при наличии у больных тягостных, беспокойных сновидений мы внушали им в гипнотическом состоянии не только, что тяжелых снов не будет, но что они будут заменены сновидениями, имеющими положительную окраску. Можно думать, что подобные сновидения имеют в некоторой мере психотерапевтическое значение. В таких случаях внушение нередко осуществлялось не сразу, а этапами.

Больная К. перенесла тяжелую психотравму. Она находится в состоянии тревоги в связи с тем, что в результате потрясения потеряла работоспособность и не сумела вернуться к своей работе, которую очень любит. Мы внушаем ей в гипнотическом состоянии, что она не будет больше видеть тяжелых сновидений, связанных обычно с этими переживаниями, а увидит в ближайшую ночь, что успешно работает на прежнем месте. (К. находится в больнице). Через день К. по собственной инициативе сообщает нам, что ей приснилось, что она учится в школе и учится весьма успешно. К. очень довольна этим сновидением, рассказывает о нем с явным удоволь-

ствием. Внушение о сновидениях мы больше не повторяем. Встретившись с больной через 3 дня, мы спрашиваем, что ей снилось в последние ночи. Оказывается, К. видела во сне, что она на прежней службе и с работой справляется. Сама больная принимает это сновидение как показатель улучшения своего состояния и хороший прогностический показатель. Таким образом, внушение сновидения сначала осуществилось в известной перестройке, приближенно (вместо службы школа), а позднее полностью.

Конечно, можно поставить вопрос, правильно ли передавала больная содержание сновидений. Характер больной, характер ее сообщений позволяет нам думать, что она рассказывала действительно то, что видела во сне. Но даже если допустить неточность в ее рассказах, то все же постепенное приближение к осуществлению внушения в них выявляется.

Другой больной, с истерическими реакциями, у которой бывают кошмарные сны в связи с тяжелыми переживаниями, мы внушаем ночное сновидение о том, что она гуляет и ей это очень приятно.

На следующий день больная рассказывает, что во сне она видела, что она гуляет, идет принять ванну «поплескаться». Подошла по очереди к трем ваннам, но в каждой уже лежал кто-то. Тогда пошла к кранам помыться, но лишь малая часть воды из них попадает на нее. «Все-таки сон был приятный», — прибавляет больная.

Внушение в какой-то мере осуществляется и вместе с тем ассимилируется с тяжелым переживанием.

Изменение характера сновидений вызывает у обеих больных положительные эмоции.

И, конечно, не только во сне, но и в состоянии бодрствования внушение реализуется далеко не всегда сразу и в полном соответствии со словами врача. Однако, если благодаря психотерапии у больного образовались нужные для его излечения тенденции, внушение сделает свое дело.

Чем больше в повторных внушениях образуется связей с содержанием бесед врача, собственными переживаниями и мыслями больного, с обстоятельствами, в которых больной находится и будет находиться, тем точнее, прочнее и дифференцированное осуществляется внушение. При таком условии повторные внушения все больше укрепляют эти связи и делают их лечебное значение все более устойчивым. Нередко улучшение после пер-

вого или первых внушений держится лишь день-два, после дальнейших — несколько дольше, а затем становится полностью устойчивым. Также нередко улучшение вначале бывает частичным, избирательным и лишь после следующих внушений распространяется на все больший круг патологических явлений.

Чтобы обеспечить прогрессирующее улучшение после повторных внушений, врач должен прежде всего строить последовательные внушения как единую, постепенно разворачивающуюся систему. Полученные в первых внушениях достижения должны при этом стать опорой для дальнейших внушений, служа, в частности, для больного доказательством эффективности лечения и содействуя, таким образом, повышению доверия больного к врачу. Врач должен отмечать успехи лечения, не переоценивая их, но и не допуская недооценки их больным.

Для достижения положительного результата лечения целесообразно также, особенно в начале его, проводить внушение возможно чаще, чтобы обеспечить сохранность действия предшествующего внушения до последующего, которое укрепит его результаты (каждый день, через день и во всяком случае не реже раза в неделю) и сделает их более соответствующими внушению.

Нежелательно, чтобы наступившее улучшение сошло на нет до следующего внушения, тогда придется начинать лечение как бы заново, а может быть, и в менее выгодных условиях (разочарование больного).

Правильно проведенное лечебное внушение, тесно связанное с другими видами психотерапии, дает весьма прочный эффект.

По нашему мнению, ошибочно изучать устойчивость эффекта лечения по одному симптому, подавленному лечением. Критерием непосредственного эффекта лечения, как и устойчивости его, должно быть общее состояние больного.

Приведем пример постепенно нарастающего эффекта психотерапии, в основном внушения в гипнотическом состоянии.

Больная К., 32 лет, медицинская сестра, вдова. Два года назад получила на фронте ранение руки с полным перерывом левого локтевого нерва. Несколько раз оперирована. Во время одной из операций внезапно возник страх: казалось, что сейчас умрет, остановится сердце. Весьма вероятно, что болевые раздражения

левой руки главным образом и провоцировали неприятные ощущения в сердце с последующими страхами. Играло здесь роль, конечно, и влияние наркотиков. Затем этот страх стал повторяться. Теперь чаще бывают приступы безотчетного страха, но иногда они начинаются с экстрасистолы и позднее переходят в страх остановки сердца. При этом обычно резко ускоряется пульс. В прошлом большая мягкая, спокойная, несколько преувеличенно впечатлительная. Страх до настоящего заболевания не было. Будучи на фронте, хорошо выполняла свой долг, не терялась в моменты опасности.

Первые беседы с больной не принесли улучшения. 26 апреля 1945 г. первый сеанс гипноза. Появляется страх перед лечением. Все же мы решаем продолжать попытки применения этого метода. Одновременно много беседуя с больной, укрепляя наш с ней контакт. Проводим длительную беседу, в которой объясняем больной существование гипнотического состояния, целесообразность и необходимость применения гипноза в ее лечении. 28 апреля пришла в кабинет, несколько волнуясь, легла по нашему предложению на диван. После обычного внушения наступило неглубокое гипнотическое состояние. По выходе из него говорит, что сначала проверяла внушение, шевеля руками. Позднее уже не могла совершать каких-либо движений. Хотелось под влиянием внушения уснуть, но боялась, что перестанет меня слушать, и поэтому, по ее словам, не засыпала. 30 апреля больная лежит в палате (у нее очень болезненные месячные), встречает меня особенно приветливо. Говорит, что после последнего внушения болела голова, но чувствовала себя спокойнее, чем обычно. 5 мая вначале отказывается от гипнотерапии — ей страшно. Мы ее убеждаем. Она успокаивается и после внушения глубоко дремлет. По пробуждении опять говорит, что не давала себе спать, тревожась, что перестанет слышать меня. 8 мая, по наблюдениям ординатора, чувствует себя лучше. В дальнейшем больная под влиянием внушения постепенно стала погружаться в состояние достаточно глубокого гипноза. С каждым сеансом ее состояние улучшается.

Через год после лечения самочувствие остается хорошим (была на приеме).

У этой больной, как и у других больных с фобиями, постепенное нарастание эффекта терапии в значительной мере определяется нарастанием доверия к врачу, постепенным подавлением страха и некоторого недоверия к методу лечения.

Внушение, как мы уже отмечали, иногда реализуется не буквально, а в сходном, но более осуществимом для больного направлении, что имеет не только теоретическое, но и практическое значение.

В теоретическом плане это показывает, что воздействует не буквальный смысл слов внушающего, но и общая их направленность, тот общий смысл, который приобретают для больного слова внушения, и даже не сами по себе, а как звено всей системы отношений, уста-

новившихся между больным и врачом, всей системы лечения.

Но факты этого рода показывают также, что отдельные патологические явления, вместе образующие клиническое выражение болезни, выстраиваются в своеобразную иерархию по степени устранимости. Это приобретает большое значение для уточнения диагностики, в частности для разграничения органических и функциональных моментов в болезни, для выявления степени значимости отдельных патологических явлений для болезни в целом.

Приведем описание такого типа воздействия внушения.

Заблевание у И., 26 лет, началось при сложных условиях. Тщательное ее исследование дает основание думать, что она перенесла энцефалит и уже вслед за тем тяжелую психотравму. В клиническом синдроме особенно отчетливо выступает непрерывная икота, прекращающаяся во сне. Решено применить внушение в гипнотическом состоянии с целью уменьшения частоты судорожных явлений.

Мы не будем подробно описывать весь ход лечения и ограничимся указанием на то, что внушение реализуется лишь в том, что икота при той же частоте становится менее интенсивной. Больной легче менять интенсивность судорожных движений, чем их ритм, и внушение реализуется соответствующим образом, а не буквально. Дальнейшее внушение мы строим, учтя это, и получаем желаемые результаты.

Иногда внушения выполняются частично под влиянием ограничивающей влияния врача еще сохранившейся у больного «установки на болезнь».

Весьма своеобразно выступает «компромиссное» подчинение внушению в следующем наблюдении.

Больная Р., 48 лет, бухгалтер, жалуется на головные боли. Мы ей внушаем, что головная боль прошла. Когда больная вышла из гипнотического состояния, она ответила на вопрос о том, болит ли у нее голова, что не болит та сторона, которая была обращена ко мне и на которую я положил во время внушения руку, другая же сторона продолжает болеть. После следующего сеанса она заявила, что как только я сказал, что головная боль проходит, она тут же действительно прошла.

«Компромиссный» эффект первого внушения, мы думаем, обнаруживает борьбу двух тенденций. Одна из них определена патогенными факторами, вызвавшими симптом — головную боль, а вторая тенденция направлена

на выполнение внушения врача. Борьба этих двух тенденций в разных их соотношениях у разных больных бывает так или иначе представлена, особенно на ранних этапах психотерапии.

Следует в нескольких словах остановиться на вопросе о групповом гипнозе, которому много внимания уделял В. М. Бехтерев. Психотерапия в группе больных при определенных условиях бывает более эффективна. Это можно сказать и о групповом гипнозе. Особенно целесообразен он при лечении больных с однородными в основном нарушениями. Это, например, можно сказать о лечении алкоголиков, курильщиков и т. п. При более сложных заболеваниях мы предпочитаем проводить внушение в гипнотическом состоянии индивидуально. Целесообразно при наличии соответствующих условий (комната, мебель) проводить лечение группы больных удлиненным гипнотическим сном.

Как и в главах, посвященных другим вопросам, мы и в этой главе не исчерпали поставленного в ней вопроса, а коснулись лишь, на наш взгляд, важнейших сторон его. Главным образом мы хотели здесь познакомить читателя с методическими приемами и обратить особое внимание его на те особенности, которые необходимо учитывать, пользуясь ими. Мы хотели отметить здесь главным образом понимание гипноза в психотерапии как ценного, но далеко не единственного или обязательного метода лечения ряда больных, как ценного элемента единой психотерапевтической системы.

Мы полагаем, что гипнотический метод должен быть применяем с различными целями, в различных вариантах, но всегда с точным учетом задачи и условий, при которых приходится эту задачу решать психотерапевту. Гипнотический метод не должен резко противопоставляться другим методам психотерапии, а должен их в необходимой мере дополнять.

Мы хотели здесь также предостеречь от того несколько упрощенного отношения к гипнотическому методу, который еще иногда наблюдается: от применения его без достаточного знания больного, без глубокого изучения динамики заболевания в процессе лечения, без внимания к влиянию врача на больного в состоянии бодрствования, без достаточно правильного учета эффективности проведенного лечения.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ТРУДОМ

Со времени возникновения идеи лечения психических заболеваний трудом (некоторые зарубежные авторы предпочитают говорить об эрготерапии, что мы считаем неправильным), особенно со времен Галена, Пинеля, в России — И. Ф. Рюля, В. Ф. Саблера, трудовая терапия в понимании психиатров всегда тесно сближается с психотерапией. Е. А. Шевалев писал, что это лечение может быть названо психотерапией в широком смысле этого слова. Того же взгляда придерживается и крупнейший зарубежный авторитет в области лечения трудом Симон (H. Simon), организовавший в 1920 г. в Германии весьма поучительную работу в области трудовой терапии психически больных.

Такое сближение естественно и понятно. Два эти метода лечения тесно связаны между собой потому, что воздействие, строящееся в основном на речи, как и воздействие при помощи организации трудовой деятельности больного, одинаково оперируют социально исторически образовавшимися связями и являются также в одинаковой мере специфически человеческими видами лечения, широко воздействующими на личность больного. Эти методы в основном рассчитаны на компенсирование нарушений и опираются на сохранные стороны личности. Оба они стремятся к нарастанию активности самого больного на пути к его излечению, к наиболее социально полноценному восстановлению нарушенных болезнью форм его жизни. Вместе с тем мы не отождествляем трудовую терапию с психотерапией, учитывая, что трудовая терапия имеет и свои методы, а также и свои особые задачи

Именно в трудовой деятельности больного наиболее успешно формируются новые возможности, новые мотивы и интересы, способные приобрести решающее значение в необходимой для больного перестройке.

Ярчайшие примеры компенсирующей терапии трудом при психических нарушениях представляет психиатрическая клиника. Особенно замечательны некоторые наблюдения, проведенные над больными шизофренией в годы Великой Отечественной войны. Интересны некоторые описания больных, имеющиеся в работе И. К. Янушевского.

Широко известен случай, описанный Репондом (привожу по статье С. Л. Цетлина).

Больная, медицинская сестра, находилась несколько месяцев в клинике Репонда в состоянии кататонического возбуждения со слуховыми галлюцинациями и агрессивным поведением по отношению к персоналу. Некоторый контакт имелся у больной лишь с самим Репондом. Однажды последний предложил больной заменить на ночном дежурстве заболевшую сестру. Больная с благодарностью приняла предложение, облеклась в халат сестры, добросовестно и толково выполняла свои обязанности, внимательно относилась к больным и сделала интересные, показавшие активную наблюдательность записки в дневнике. Сняв на следующее утро халат, больная вновь ушла в себя, уединилась в углу палаты, перебранываясь со слышимыми ею голосами. Изменение состояния наступало у больной каждый раз с включением в работу.

Включение в иную систему деятельности, соответствующую сохраненным, хотя и заторможенным тенденциям больной, включение больной в иную, близкую ее личности систему отношений с окружающими резко, таким образом, изменяло ее поведение, заставляло ее (здесь временно) иначе относиться к больным и врачам. Вряд ли и в этом случае влияние труда на больную не было более широким, чем это описано автором.

Труд занимает столь большое место в формировании личности, в перестройке ее, а также в преодолении различных функциональных нарушений и в построении наиболее совершенных компенсаций, что, не прибегая в процессе психотерапии к использованию этих возможностей, весьма часто бывает крайне трудно и даже невозможно достигнуть существенного успеха. Трудовая терапия создает особенно благоприятные условия для коллективной психотерапии.

Некоторые больные, главным образом больные шизофренией, именно в процессе коллективно проводимого труда наилучшим образом преодолевают на определенном этапе болезни свои аутистические установки, различного типа асоциальные тенденции.

Если труд помогает решать психотерапевтические задачи, то и психотерапия в свою очередь является необходимым ингредиентом в организации лечения трудом. Вовлечь больного в труд, воссоздать или перестроить его трудовые установки, укрепить его интерес к лечебному труду, помочь ему осмыслить свой труд нередко невозможно без углубленного систематического психотерапевтического воздействия.

Большое значение для понимания роли лечебного труда имеют опыты, проведенные И. М. Сеченовым, доказавшим, что при утомлении руки перерыв в ее работе для отдыха обеспечивает более полное восстановление ее функций, если в это время делать ритмичные движения другой рукой. И. М. Сеченов писал, что соответствующим образом подобранная работа ведет к «зарядке энергией нервных клеток».

Конечно, труд нельзя сводить к сумме отдельных движений, но это, само собой разумеется, не может препятствовать распространению указанного положения И. М. Сеченова на вопросы трудовой терапии.

И. П. Павлов указывал, что, воздействуя теми или иными раздражителями на животное, мы повышаем деятельность ослабленных полушарий и что даже индифферентные раздражители ведут к общему повышению тонуса полушарий. Нельзя не учитывать и высказывания И. П. Павлова о значении эмоционального фактора, столь существенного в трудовой деятельности, для усиления работы коры.

Труд удовлетворяет столь жизненно важные и устойчивые, длительно сохраняющиеся потребности человека и, будучи правильно подобран, настолько естествен и необходим для человека, настолько положительно воздействует на его эмоциональную сферу, что его способность играть лечебную роль теоретически не может вызвать сомнений; практически это подтверждается повседневной практикой. Труд как средство лечебного воздействия и стимулирует, и перестраивает деятельность полушарий головного мозга. Психотерапия и лечение трудом вместе составляют особую группу тесно связанных между собой методов лечения, отличную от группы лекарственных и прочих методов лечения, хотя все же и эти две группы терапевтических методов не следует чрезмерно противопоставлять друг другу.

Сочетание методов лечения трудом и психотерапии должно выражаться не только в присоединении одного к другому, но и в глубоком проникновении одного к другой. Лечебный труд должен быть построен психотерапевтически. Психотерапия должна получать в соответствующей обстановке больного организации его труда и не только специально лечебного труда (в специальных мастерских и пр.) одно из важнейших своих средств.

Таким образом, при организации трудовой терапии, при решении практических и теоретических ее задач необходимо исходить из положения о теснейшей связи этих двух методов лечения, о необходимости строить лечение трудом на психотерапевтической основе, использовать все виды трудовой деятельности в качестве лечебного фактора при данном состоянии больного.

Ни в коем случае нельзя решать вопросы трудовой терапии, исходя только из соматического состояния больного, из того, что в состоянии сделать больной по своему психическому состоянию хорошо сегодня, не учитывая дальнейших его перспектив и лечебных задач. При оценке психотерапевтического значения труда никак нельзя ограничиваться производственными критериями.

Психотерапевтическая роль труда должна учитываться не только при необходимости назначать больному специально лечебный труд. Врач должен со всей тщательностью учитывать, насколько положительное значение для больного может иметь его постоянный привычный труд, и должен весьма осторожно подходить к таким мероприятиям, как освобождение больного от него, к переводу на инвалидность или к переводу по медицинским показаниям на облегченный труд. Эти действия врача должны также быть проникнуты подлинными психотерапевтическими идеями, конечно, не понимаемыми как потакание болезненным и подлежащим устранению в процессе лечения тенденциям больного.

Весьма важно и ценно, что советский врач может облегчить труд больного, содействовать перемене формы труда, освободить больного от труда без того, чтобы он испытывал материальную нужду. Такие мероприятия необходимые для одних больных, будучи применены к

другим больным без достаточного учета всех особенностей их и их болезни, а также и подлинных условий труда, могут принести вред.

Следует полностью присоединиться к высказываниям А. С. Борзуновой и ее сотрудников о психотерапевтических моментах в экспертной практике: «Практика врачебно-трудовой экспертизы показывает, что психотерапевтическое, в широком понимании этого слова, проведение трудовой экспертизы и подготовка к ней позволяют в одном случае укрепить имеющуюся у исследуемого трудовую установку... в других добиться примирения инвалида с необходимостью прекращения работы на определенный срок... в третьих упорно противостоять установке исследуемого на болезнь, на инвалидность, без достаточных к тому оснований».

Сходные соображения, основанные на данных экспертной работы, справедливо высказывает К. К. Платонов.

Мы, таким образом, не должны сужать понимание трудотерапии, ограничивая ее трудом больных в лечебных мастерских. Особенно в СССР и во всех строящих социализм странах положительная роль труда для личности настолько выросла, что почти невозможно проводить психотерапию, без самого его серьезного внимания к вопросам, связанным с трудом. В разных случаях врачу приходится думать о правильном отношении больного к труду, о помощи больному в выборе труда с учетом его возможностей и их развития, о помощи в овладении новой профессией, о постепенном втягивании больного в труд и пр.

Широко понимая задачи врача в области лечения трудом, мы должны достаточно четко разграничивать труд лечебный в более узком смысле слова, выполняемый в специальных лечебных учреждениях, и лечебное оздоровляющее значение труда больного, для которого признано полезным продолжать трудовую деятельность в обычных учреждениях и предприятиях, в коллективах здоровых людей.

Второй вариант лечения трудом в свою очередь не следует смешивать со всяким трудом людей с ограниченной трудоспособностью.

Говоря о лечебном значении профессионального труда, мы имеем в виду те случаи, когда врач именно та-

кой труд рассматривает как лечебное мероприятие, показанное больному, проводящееся в какой-то мере и форме при известном участии врача (регулярный опрос больного, а иногда товарищей по работе, необходимые рекомендации администрации и пр.).

Конечно, всегда, когда представляется возможность выбора между имеющим лечебное значение трудом в коллективе здоровых людей или в коллективе больных, нужно тщательно взвесить относительные преимущества и отрицательные стороны каждого из них для данного больного с учетом всех его индивидуальных особенностей и условий намечаемого труда.

Психотерапевтическая сторона трудотерапии требует большого внимания к выбору труда, к его возможности удовлетворять моральные и материальные потребности больного, к обстановке труда, к характеру материалов, употребляемых в процессе труда, к характеру коллектива, в котором больной будет работать, к вопросам заработка и пр. Необходимо добиваться положительного отношения больного ко всем этим моментам, что имеет огромное значение для достижения лечебного эффекта.

Каковы те основные задачи, которые следует решать в клинике психических заболеваний и неврозов, а также и ряда других заболеваний при помощи лечения трудом с самым непосредственным вовлечением в него психотерапевтических задач и методов?

Важно, чтобы при трудовой терапии больные возможно сознательно и положительно относились к непосредственной задаче работы, к ее продукту, а также к конечным целям лечения этим методом.

Нередко рассматривают лечение трудом как только стимулирующее и активирующее лечение. Нельзя, однако, упускать из виду и возможности применения труда как фактора успокаивающего, уменьшающего нагрузку на нервную систему.

Вообще задачи трудотерапии для каждого больного и на разных стадиях болезни и лечения различны. Правильное лечение трудом возможно, как и применение всякого рода психотерапии, только при постановке для каждого больного строго дифференцированных задач.

Нередко в клинике возникает необходимость устранения образовавшихся у больного патологических инерт-

ных очагов возбуждения. Уже давно психиатры учитывали эту задачу при организации трудотерапии, применяя при этом соответствующее воздействие как воздействие «отвлекающее». Обычно речь шла о том, что труд отвлекает больного от бредовых идей, тягостных переживаний, мучительных мыслей. Анализ материалов, полученных при соответствующем исследовании больных, показывает, что лечение трудом не только отвлекает больного от патологических переживаний в самом процессе труда, но в ряде случаев содействует освобождению от них.

В школе И. П. Павлова была показана (А. О. Долин, С. В. Клещев, М. К. Петрова) возможность достижения терапевтического эффекта путем образования отрицательной индукции. Несомненно, что то, что прежде понимали как отвлекающую терапию трудом, имеет физиологическую основу в воздействии отрицательной индукцией. Эта сторона трудотерапии весьма важна. Благодаря этому применяемая с учетом всех возможностей больного в различных дозах, иногда минимальных, при различной сложности трудовых процессов трудовая терапия может быть с успехом применяема как седативное лечение. Подавляя болезненные очаги, такая трудотерапия предоставляет больному целебный отдых от тяжелых переживаний и мыслей.

Одна из находившихся под нашим наблюдением больных, страдающая паранойдальной формой шизофрении, по поводу своей работы в трудовых мастерских говорит: «Без работы мне шли в голову нехорошие мысли. Так наворачивается что-то. А сейчас нет таких мыслей. И после работы мне стало спокойнее».

Из слов этой больной, из высказываний многих других больных (большинство больных, здесь описываемых, наблюдались нами совместно с А. М. Воскресенской), как и из их поведения, становится очевидным, что дело здесь не только в «отвлечении». Патологические мысли и переживания у ряда больных подавляются не только во время трудовых операций, но и после них.

Лечебный труд может помочь ликвидации или смягчению патологических явлений, но будучи неправильно организован, он может и закреплять их. Не должно быть допущено использование, особенно длительное и систе-

матическое, патологических черт в труде больного. При стереотипиях, например, желательно быстро переходить к менее однообразному труду и т. п. Некоторые больные бывают неспособны связать отдельную операцию с процессом труда в целом и с его конечным продуктом; у них нужно развивать и закреплять умение правильно соотносить связь отдельных элементов между собой и их отношение к целому.

Так, например, одна больная шизофренией неплохо вышивала, но, закончив узор, продолжала вышивать, портя целое. Следует усиливать контроль за такой больной, а затем под его влиянием требовать от нее самоконтроля в трудовых процессах, повышая сознательное отношение к ним.

Психотерапевтическое воздействие словом, влияние врача и всего персонала, участвующего в организации трудовой терапии, должны повысить интерес больного к хорошо подобранным трудовым операциям, действовать образованию на их основе доминирующих очагов в коре головного мозга. Психотерапевтические идеи должны глубоко проникнуть в организацию лечебного труда с использованием всех сохранных сторон личности — способностей, склонностей, чувства долга, этической стороны, эстетических тенденций и пр.

Чтобы показать необходимость этого, расскажем об одном больном.

Больной Л., 28 лет, страдает шизофренией. Он 3 года пробыл в психиатрической больнице в связи с выраженным галлюцинаторно-параноидным синдромом. После выписки из больницы несколько месяцев находился дома, затем был принят в дневной стационар больницы имени Соловьёва. При поступлении занят «изобретением» ракеты для полета на Марс. Недоступен, негативистичен, эмоционально туп, моментами агрессивен.

Больной всегда был художественно одарен, и сейчас у него обнаруживаются соответствующие склонности; поэтому его направили для лечения трудом в мастерскую художественных изделий, где привлекли к изготовлению трафаретов для раскраски тканей. Л. быстро заинтересовался этой работой, проявляя большое внимание к ней. Во время пребывания в мастерской становится более собранным, поведение его заметно упорядочивается, он совершенно не высказывает бредовых идей; но вначале в его работе обнаруживаются некоторые патологические черты, например, он рисует для трафарета огромную розу на фоне очень мелких, явно не соответствующих размеру розы листочков, так что орнамент выглядит весьма причудливо и неправдоподобно. Беседы с

ним имели задачей отвлечь его от причудливых образов и переключиться на здоровое отношение к красивому.

Постепенно поведение больного все больше выправляется, патологические черты в его трафаретах исчезают. Расширяются интересы больного, постепенно распространяясь на все, что связано с предметом его работы и с самим процессом работы. Он перестает заниматься ракетой и даже думать о ней. Стал по собственной инициативе посещать музеи, чтобы накопить материал для своей работы. В это время поведение больного дома также явно упорядочилось. В процессе работы в мастерской сближается с другим здесь работающим больным, к которому относится с теплотой. Стал впервые за годы болезни думать о постоянном устройстве на работу. Выписан с упорядоченным поведением. Позднее получены сведения, что больной после выписки поступил на работу и уехал в качестве сотрудника геологической экспедиции.

Психотерапевтически построенный труд, несомненно, положительно повлиял на больного, помог устранить бредовые идеи, а, возможно, и галлюцинации, повел также к известному преодолению аутизма и к восстановлению трудовых установок. Это могло быть достигнуто потому, что врач при назначении лечения трудом учел художественные способности и интересы больного, возможность актуализировать у него потребность в том, чтобы поддержать материально свою семью и т. п.

На известном этапе болезни, как мы только что старались показать, когда в состоянии больного для этого создаются необходимые предпосылки, лечебный труд, несомненно, может содействовать устранению таких психопатологических явлений, как аутистическая отгороженность, остаточные, застрявшие ложные идеи и т. п.

Нередко под влиянием болезни образуются анти-трудовые установки, связанные с общим нарушением социальных установок личности. Задача перестройки их наиболее успешно решается в процессе лечения трудом. Без вовлечения такого больного в трудовые действия нередко бывает невозможно достигнуть перестройки его установок по отношению к пребыванию в коллективе, к труду и пр.

Антитрудовые установки бывают у больных весьма многообразны. Нередко они связаны с неправильной оценкой ими своих возможностей. Наблюдаются при этом отклонения в сторону как их недооценки, так и переоценки. И то, и другое способно патологически снижать фактическую трудоспособность больного и ухуд-

шать его состояние. Лечение трудом здесь бывает весьма эффективно.

Приведем иллюстрацию такого типа воздействия на больного.

Больной М., 30 лет, частично потерял после контузии (травматическая энцефалопатия) высокую квалификацию художника. Пытаясь работать по специальности, он стремился подбирать работу с учетом своих прежних возможностей, что неоднократно приводило к тяжелым последствиям. Неудачи в работе тяжело переживались больным. Он возбуждался, совершал неправильные поступки, вступал в объективно необоснованные конфликты с заказчиками, которых подозревал в умышленных придириках к нему. О переходе его на более элементарную работу не хотел и думать. Фактически М. оказался неработоспособным и не был в состоянии сколько-нибудь обеспечить материально свою семью, отчего очень страдал. Это обстоятельство привело к возникновению тяжелого реактивного состояния на основе энцефалопатии. В таком состоянии он поступил в дневной стационар больницы имени Соловьева.

Здесь больному удалось побудить заниматься относительно элементарной живописной, преимущественно копировочной работой. Характер этой работы был таков, что до поступления в дневной стационар М. ни за что не согласился бы ею заниматься. От предложений такой работы он категорически отказывался.

Психотерапия, сочетающаяся с лечением трудом, к которой врачом были привлечены и инструкторы, и средний медицинский персонал, и семья больного, привела к желаемому результату: у больного выработалось соответствующее его реальным возможностям отношение к такому виду труда, он стал охотно заниматься предложенной ему в порядке трудотерапии работой, которая стала теперь для него источником положительных эмоций, в то время как раньше он буквально трагически воспринимал всякое предложение работы такого рода. Он стал ясно сознавать большее для него значение возможности зарабатывать и содержать семью по сравнению с некоторым чувством ущемленности в связи со снижением по профессиональной лестнице. Лечебный труд помог важной для больного перестройке соотношения мотивов деятельности, что имело большое психотерапевтическое значение. Опыт лечебного труда открыл перед больным воодушевляющую его перспективу. Работал он теперь без всяких срывов. Втянувшись в копировочную работу, он после гипсовки из стационара стал спокойно подыскивать себе такого же рода работу и в дальнейшем, по катamnестическим данным, успешно ею занимался.

Здесь перед трудотерапией была с самого начала поставлена задача образовать у больного правильное отношение к своим трудовым возможностям. Успешное решение этой задачи имело большое терапевтическое значение для больного.

Именно соединение прямого психотерапевтического воздействия с организацией труда, соответствующего

возможностям больного, привело к положительным и прочным результатам.

Лечебный труд явился для М. переходным этапом от прежде ему доступных видов труда к видам труда, наиболее подходящим для него сейчас. Он помог больному не только преодолеть тенденцию к переоценке своих трудовых возможностей, но и освободиться одновременно от чувства неполноценности и травмирующей больного неспособности поддержать материально свою семью. Перестроился смысл трудовой деятельности больного. Лечебный труд помог ему построить более правильное отношение не только к себе, но и к окружающим, дал ему возможность освободиться от настороженности по отношению к ним, помог ему увидеть перспективы в жизни, казавшейся ему до этого бесперспективной.

Неправильно подобранный для больного, в частности, недоступный ему труд может закрепить или даже образовать у него чувство недостаточности и мысль об отсутствии перспективы. В лечебных целях необходимо предоставлять больному труд, с которым он в состоянии справиться, но и не слишком простой и легкой, если это отрицательно отзовется на его самолюбии, на самооценке и пр. Врачу следует поддержать бодрость больного при первых неудачах в лечебном труде, если нельзя его от них избавить, внушить ему надежды на дальнейшие успехи, сослаться на других больных, прошедших также через преодоление трудностей. Вовлечение больного в подходящий для него в его нынешнем состоянии труд может весьма положительно влиять на его эмоциональную сферу. Приведем характерный пример.

Больной Г., 48 лет, страдает в течение ряда лет сифилисом головного мозга. Многократно активно лечился. Исследования ликвора и серологические говорят о положительном эффекте проведенной терапии. Вместе с тем остаточные явления, в основном сосудистые изменения в головном мозгу, нередко вызывают у больного обострения на почве наступающей декомпенсации. Г. — квалифицированный инженер, раньше работал начальником отдела одного из министерств, в последние годы занимает должность менее ответственную — старшего инженера. По его же словам, ему удается работать удовлетворительно на этом месте только благодаря тому, что он может здесь использовать закрепленные в давнем опыте связи, образовавшиеся ранее стереотипы. Г. «на службе

избегает всего, где надо думать», у него «кружится голова, когда надо думать». Даже так предупреждая перегрузку, он все же не всегда может обеспечить себя от наступления срывов. Очередной срыв сделал больного временно совершенно неработоспособным и резко ухудшил его самочувствие. Декомпенсация сказалась здесь и в появлении обычно не свойственного больному пониженного настроения с резко выраженным неверием в свои силы, в возможность в дальнейшем работать по специальности. В этом ухудшенном состоянии он и поступил в дневной стационар.

Больному, мы полагали, следовало переключиться на другую работу, на которой он активно отдыхал бы и постепенно приучился бы преодолевать страх перед творческим трудом. Последняя задача в системе трудовой терапии, освобождающей больного от большой ответственности, от которой он стремился освободиться на своей постоянной работе, решалась в особенно благоприятных условиях и это следовало использовать. Ему, так же как и больному М., была предложена работа по подготовке рисунков трафаретов для раскраски цветных тканей. При этом учитывалось, что Г. мог использовать имевшиеся у него прочные навыки черчения и рисования. Предложенная нами больному работа вполне ему доступна, не переутомляла, не нагружала его чрезмерно и вместе с тем была для него источником положительных эмоций, которые поддерживались и подкреплялись в беседах врача с ним в совместном анализе его достижений, в постоянно оказываемой ему поддержке в его замыслах, в желаниях улучшить свою работу, получить условия, наиболее благоприятные для доведения ее до желаемого ему эффекта.

И эту работу вначале больной активно стремится максимально упростить, почти полностью лишить ее творческого начала. Так построенный труд дает больному удовлетворение, изменяет его самочувствие в благоприятную сторону. Но по мере нарастания интереса к работе, по мере улучшения самочувствия у больного возникает тенденция усложнять работу, ставить перед собой все более сложные и увлекающие его задачи. Такие его желания удовлетворяются. Под влиянием таким образом организованного лечения больной чувствует себя все увереннее и бодрее.

После двухмесячного пребывания в дневном стационаре Г. вернулся на прежнюю работу старшего инженера, где он вновь почувствовал себя трудоспособным. Важную роль в восстановлении трудоспособности здесь

сыграло то, что больной на опыте убедился, что ему доступна и более сложная деятельность. В связи с этим он перестал бояться работы, имеющей творческий характер. Повысилась оценка собственных возможностей, изменилось отношение к самому себе и к своей работе. Трудовая терапия приобрела здесь большое психотерапевтическое значение.

Иногда только через лечебный труд удается перевести больного от полной нетрудоспособности к возможности систематически работать. Здесь играет большую роль образование в процессе трудовой терапии постепенного перехода к систематическому труду.

Уместно вспомнить относящееся к рассматриваемому вопросу высказывание И. П. Павлова, которое мы позволим себе здесь полностью привести.

В «Клинических средах» (II том) И. П. Павлов говорит: «Летний отдых (собак) приносит обычно пользу нашей работе с собаками по условным рефлексам. Но на кастрированных собаках мы зачастую не видим никакого толка от летнего длительного отдыха. И вот в этом году, этой осенью после летнего перерыва, впервые была испробована манера эту систему условных рефлексов пускать не сразу всю целиком, а постепенно вводя по одному раздражителю. Этого до сих пор никогда не делали. И что вы думаете? Получился чрезвычайно резкий результат. Система условных рефлексов есть большое сложное дело для собаки. Эта система должна вырабатываться и вырабатываться постепенно. Следовательно, если она прерывается на лето, ее полезно восстанавливать не сразу целиком, а постепенно. Это факт общего значения, он должен проникать всю человеческую деятельность, начиная с умственной и кончая физической».

Роль назначаемого в лечебных целях труда для психически больных, таким образом, может заключаться и в постепенной выработке возможности возвращения после большего или меньшего вызванного болезнью перерыва к трудовой деятельности. После такого перерыва у больного и в силу отмеченных И. П. Павловым механизмов, не говоря уже о более прочных и серьезных патологических изменениях в высшей нервной деятельности, может снизиться способность к труду. Именно трудовая терапия должна в таких случаях обеспе-

чить возвращение трудоспособности, дозированно, с глубоким психотерапевтическим подходом к особенностям больного, вовлекая его постепенно в труд.

Сошлемся в этом плане на больную Мар., у которой, можно думать, лечебный труд приобрел главным образом именно такое значение.

Она давно болеет шизофренией. Выраженный дефект. Давно не работает. При поступлении в дневной стационар не в состоянии сколько-нибудь систематически заниматься трудом. Все же ее удалось привлечь к наиболее простому вязанию. Уже спустя две недели оказалось возможным перевести Мар. на раскраску тканей. Сначала совершенно безразличная к работе, как и ко всему окружающему, она вскоре обнаружила интерес к своей работе. Не вступая еще в беседу с товарищами по работе, Мар. начинает прислушиваться к тому, что они говорят между собой, иногда улыбается их шуткам. Постепенно увеличивается продуктивность ее труда. Спустя 2 месяца перешла на работу в лечебно-производственные мастерские как временно трудоспособная. Здесь достигла удовлетворительной оплаты. Мы видели ее на работе уже спустя полгода.

Именно постепенное включение в труд, постепенное увеличение нагрузки работой и ответственности за нее обеспечило возвращение больной к труду.

Наряду с перестройкой патологического отношения к труду и в тесной связи с такой перестройкой, как мы наблюдали у больной Мар., постепенно редуцируется и ряд других патологических черт.

Характерен в этом отношении и больной Н., который поступил в дневной стационар в состоянии неполной и нестойкой ремиссии после острой вспышки шизофрении. Вял, медлителен, повышенно утомлен, замкнут, высказывал ипохондрические мысли. При малейшем физическом или умственном напряжении испытывал, по его словам, слабость и жаловался на головную боль, в связи с чем якобы избегал всякой деятельности, почти весь день до поступления в дневной стационар предпочитал находиться в постели. Считал себя в это время тяжелым соматическим больным.

Врач, учтя, что больной в прошлом был художником, направил его на работу в мастерскую, где изготовляли трафареты для раскраски тканей. Предполагалось, что эстетические интересы сумеют здесь возникнуть относительно быстро, обогатив эмоциональную сферу больного. И действительно, уже в первые дни Н. говорит о своем удовлетворении по поводу предоставления ему этой работы, но с окружающими не общается, несколько подозрителен. Вначале работа шла неудачно: больной на работу регулярно опаздывал; придя в мастерскую, подолгу в работу не включался, до конца работы неоднократно без разрешения уходил из мастерской, не проявляя никакой инициативы, медленно и трудно усваивал объяснения инструкторов. Вместе с тем от перевода на другую работу категорически отказался, явно предпочитая работу в этой мастер-

ской. Здесь отчетливо выступило противоречие между пробуждающимися эстетическими склонностями и относительной недоступностью техники. Это надо было преодолеть, как и всякую конфликтную ситуацию, которая весьма нередко возникает у больных в процессе лечения трудом.

Врач и персонал мастерской уделяли больному много внимания; инструктор терпеливо объяснял ему (и это чрезвычайно важно), как следует работать, стремился всячески повысить интерес Н. к работе. Врач и инструктор подчеркивали малейшие успехи, достигнутые больным в овладении техникой работы. Было сделано все, чтобы быстрее преодолеть отмеченное противоречие. И действительно, по мере усвоения техники работы больной становился активнее, прекратились опоздания и несвоевременные уходы из мастерской. Очевидно связанные с возникшими вначале для него трудностями. Эмоциональная направленность на работу стала настолько доминирующей, что больному даже стал настаивать, чтобы работу эту ему давали и на дом. Конечно, к удовлетворению такого рода просьб больных врач должен подходить весьма осторожно во избежание их перегрузки, а также патологической фиксации на работе с образованием связанных с ней ложных идей. Наряду с повышением активности в труде повысилась и общая активность больного. Он стал общаться с больными, выполняющими в мастерской аналогичную работу. Общий труд как бы построил постепенно мост к коллективу. Общение это преимущественно строилось под влиянием укрепившихся и получивших опору эмоций, на основе общих производственных интересов. Н. высказывал удовлетворение своими успехами, до известной степени гордился ими. Иногда пытался незлобно шутить по поводу отставания в работе некоторых больных.

Таким образом, здесь также трудовая терапия не только привела к вовлечению больного в труд, но и помогла преодолеть такие патологические черты, образовавшиеся у него в процессе болезни, как подозрительность в отношении окружающих, аутистическая форма поведения, неорганизованность и недисциплинированность. Компенсация патологических механизмов, вероятно, в значительной мере строилась под влиянием того воздействия на эмоциональную сферу, которое здесь было ведущим моментом в трудовой терапии.

Конечно, следует весьма осторожно высказываться о роли трудовой терапии и психотерапии в преодолении патологических черт, обусловленных болезнью при шизофрении. Разумеется, это преодоление удастся лишь тогда, когда само течение болезни и другие лечебные мероприятия приведут к такому состоянию организма, при котором патологические черты лишаются прочной патофизиологической основы, делающей их в данный момент непреодолимыми, в той или иной мере не устранимыми при помощи таких методов лечения, как трудо-

терапия и психотерапия. Здесь затрагиваются большие и важные теоретические вопросы, на которых мы в настоящей книге не можем сколько-нибудь подробно остановиться.

Нередко врачу следует решить вопрос о выборе для лечения труда, в той или иной мере привычного для больного (как это и было сделано для некоторых описанных здесь больных) или, наоборот, непривычного и незнакомого.

Врачу нужно быть весьма осторожным в решении этого вопроса, которое зависит от состояния больного, от степени предполагаемой его в будущем трудоспособности и пр. Например, для временно потерявших трудоспособность работников умственного труда (например, при неврозах) часто наиболее показан и им наиболее приятен легкий физический труд, художественная работа. При выборе формы лечебного труда следует также иметь в виду, что чрезмерно легкий и однообразный труд успокаивает одних, например депрессивных, больных и, наоборот, вызывает резкое неудовольствие или огорчение у ряда больных, прочно потерявших в той или иной мере свою специальность.

У некоторых хронически больных необходимо систематически чередовать периоды значительной нагрузки трудом, достигающей максимума их возможностей, с периодами облегченного труда, дающего им наилучшую возможность активного отдыха.

Несколько лет мы наблюдали вместе с М. С. Коганом больного Д., 48 лет (шизофрения). Он раньше многие годы занимался рисованием портретов с фотокарточек, но в результате астенизации и нарастающей апатичности перестал заниматься своим ремеслом. Жил одиноко на небольшую пенсию, питался очень плохо, всухомытку (живет вне семьи).

В дневном стационаре в плане трудовой терапии занимался переплетным делом. Когда больной несколько окреп физически, втянулся в переплетную работу, он с радостью принял предложение заняться рисованием. Работа шла достаточно успешно. Спустя некоторое время Д. был выписан с рекомендацией договориться о заказах и продолжать рисовать портреты.

Около года больной вел эту работу, немного зарабатывая, чувствовал себя бодрее, к концу года стал рабо-

тать более вяло, больше лежал, не выходил за заказами, опять начал хуже питаться.

Вновь был принят в дневной стационар. Состояние оказалось значительно хуже, чем при выписке год назад. Астеничен, апатичен.

Ему предложили, находясь в дневном стационаре, рисовать портреты. Больной решительно отказался, говоря, что устал от портретов, не может и думать о том, чтобы ими заняться. Просит дать ему простейшую работу и скоро взялся клеить коробочки.

Позднее говорит, что эта работа на него действует очень благотворно, за ней, по его словам, он отдыхает и успокаивается; портреты больше рисовать не будет, эта работа его пугает и он относится к ней отрицательно.

Проходит еще некоторое время. Больной окреп, стал менее астеничен и начинает заговаривать о том, что все же хотел бы вернуться к рисованию. Ему предоставляют эту возможность. Теперь он думает после выписки обязательно продолжать рисование.

У такого рода больных, как мы видим, очень важно правильно согласовать характер работы с изменениями их состояния.

Трудная работа при ухудшении их состояния им вредит. Но при улучшении состояния им обязательно следует предоставлять возможность выполнять более сложную или более интересную работу.

Прибегают ли к труду в лечебном учреждении только в целях лечения, становится ли он средством для заработка, врач должен подходить к вопросу о регулировании труда больного с учетом динамики первых процессов, изменений в состоянии больного.

Несомненно, вредно допускать больного к работе, перегружающей его и способной повести к декомпенсации, но также вредно оставлять больного на чрезмерно простой и однообразной работе, когда он уже способен к работе более сложной и интересной.

Мы не раз наблюдали, что больные с неупорядоченным поведением на чрезмерно простой и мало для них интересной работе разбалтывались, были недисциплинированными. Как только их переводят на работу, требующую большого внимания, менее однообразную и более интересную, их поведение значительно улучша-

лось, упорядочивалось. Более сложная работа оказывала на таких больных благотворное влияние.

Нередко, особенно в лечебных учреждениях для хронически больных, их привлекают к работам, нужным для учреждения, улучшающим условия пребывания больных в нем. Эти работы могут играть терапевтическую роль, если они организованы врачом так, что больные чувствуют себя в коллективе и понимают смысл того, что они делают, пользу своего труда для коллектива.

Необходимо предостеречь от отрыва трудотерапии от общей системы лечения больного. Лечащий врач должен обязательно активно участвовать в организации трудовой терапии, ни в коем случае не передоверяя полностью лечение трудом специальному врачу-трудотерапевту, а тем более инструктору.

Для многих больных трудотерапия совмещается с обучением такому виду труда, который позволит им в дальнейшем целесообразно использовать свои трудовые возможности, сниженные болезнью. Это обучение также надо проводить с учетом требований психотерапии, причем, в частности, надо остерегаться психотравматизации некоторых больных неосторожным и неподготовленным предложением переключиться на более элементарный и менее оплачиваемый труд.

Иногда играет большую роль привлечение к труду хотя бы на самые небольшие промежутки времени (например, в санаториях). Это относится к больным астенизированным, легко возбудимым.

Труд как лечебное средство может значительно сближаться с развлечениями, с искусством, с удовлетворением эстетических и интеллектуальных потребностей. Работа в цветниках, вышивание, занятия музыкой могут быть очень полезны больным, особенно при неврозах. А. М. Воскресенская с значительным успехом привлекает больных (шизофренией, эпилепсией, при органических заболеваниях головного мозга) в кружки художественной самодеятельности. Такой вид организации деятельности больных применяют в ряде стран за рубежом. Не останавливаясь на этом подробнее, отошлем интересующихся данным вопросом к обзорной работе М. Наунбурга в книге Брейера и Абт (Breier, Abt).

Нередко значительное психотерапевтическое влияние приобретает возросшая в результате занятий трудом материальная возможность помочь близким, удовлетворять некоторые свои, ранее не удовлетворенные желания.

Психотерапевтическое значение труда обязывает врача и всех его помощников при организации лечения трудом и на всех его этапах подходить к больному в высшей степени индивидуализированно, учитывать все патологические особенности его, а также все то, что осталось в его психике сохранным.

Нередко еще, к сожалению, то, что называется в некоторых лечебных учреждениях трудовой терапией, организуется вследствие недооценки ее психотерапевтического значения так, что необеспеченным является ряд важнейших требований, без выполнения которых не может быть и лечебного эффекта.

Нам надо располагать большими возможностями разнообразить труд больных, учитывая их склонности, их возможности и задачи лечения в каждом случае. Нам надо обеспечить возможность этапного лечения трудом с постепенными переходами от более простых форм его к более сложным (а временами и наоборот), постепенно приближая труд к пределу, доступному при данном состоянии больного, но с учетом и опасности декомпенсации или рецидива. Правильная организация лечебного труда должна помочь нам преодолеть у больного чувство собственной неполноценности, тенденцию считать себя неспособным к труду и обреченным на бездельность.

Труд является действенным дополнительным средством преодоления некоторых патологических механизмов, закрепившихся у больных уже тогда, когда предшествующим лечением созданы достаточно благоприятные условия для компенсации.

Все эти и многие другие, нами не названные, частные задачи трудовой терапии требуют от врача глубокого изучения патофизиологии и патопсихологии больного, тщательного выявления сохранных черт его психики, требуют высокого качества организации лечебно-трудовой помощи.

Укажем, наконец, что лечебный труд значительно пополняет возможность изучения больного. Здесь весьма полно раскрываются возможности изучения особенностей

больного, без привлечения его к труду, остающиеся иногда нераскрытыми.

Трудовая терапия помогает более правильно организовать режим больных, их быт в лечебных учреждениях, взаимоотношения между ними. В соматических лечебных учреждениях хорошо организованная трудовая терапия для длительно болеющих помогает предупредить образование у них вторичных невротозов и патологическое развитие личности.

В ряде случаев лечение трудом ставит перед собой прежде всего задачу улучшить функцию отдельного органа, например поврежденного сустава руки и ноги. И при этого рода трудотерапии нельзя игнорировать неизбежно более широкое влияние лечения трудом на личность больного и в соответствии с этим построить лечебный труд.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

По существу, конечно, нельзя говорить о показаниях, а тем более о противопоказаниях к психотерапии. Понимая под психотерапией всякое прямое и косвенное планомерное лечебное воздействие на психику через слово, а также через внесловесные факторы, мы должны признать, что в психотерапии в той или иной форме в том или ином объеме не нуждается лишь относительно малая часть больных. Что же касается противопоказаний, то о них и совсем не приходится говорить. Можно говорить о ненужности психотерапии для тех или иных больных, можно говорить о непоказанности или противопоказанности больному тех или иных методик психотерапии, например введения в гипнотическое состояние, тренировки, но не может психотерапия в целом быть противопоказана какому-либо больному.

Психотерапия может повредить больному только в том случае, когда ее проводят неправильно, без учета особенностей состояния больного и его личности, т. е. когда она по существу перестает быть психотерапией.

Все же нельзя не отметить, главным образом в прошлом, у некоторых специалистов-психотерапевтов неправильных стремлений видеть в психотерапии действенное и особо существенное лечебное средство и при таких заболеваниях, в применении к которым такое стремление не может не быть признано глубоко ошибочным.

Так, например, в начале XX века один русский видный психотерапевт П. П. Подъяпольский, долго работавший в области психотерапии и внесший в нее много ценного, вместе с тем допускал серьезные ошибки, ут-

верждая, например, что внушение в гипнотическом состоянии может быть с серьезным успехом использовано при лечении бешенства (об этом же писал в прошлом веке Тьюк) и даже для влияния на формирование пола ребенка в его внутриутробном состоянии. В США некоторые психиатры и психологи делают попытки лечить гипнозом олигофрению.

Как правило, часто допускают переоценку возможностей психотерапевтического воздействия методом внушения в гипнотическом состоянии, которому приписывают такие возможности, которых у него не может быть. Особенно вредным является расширение задач психотерапии и переоценка ее значения, пропагандируемые психоаналитиками, в частности психосоматического направления.

Правильно говорить не о показаниях, а о том, какое именно значение может иметь психотерапия при различных заболеваниях, какие задачи может разрешить психотерапевтическое воздействие на того или иного больного, какие частные методики психотерапии для решения поставленных задач при лечении каждого больного применимы.

В этом плане необходимо, конечно, прежде всего и главным образом остановиться на тех заболеваниях, при которых постоянно или на определенных стадиях болезни психотерапию можно применять как единственный или основной метод лечения.

Здесь, естественно, следует главным образом говорить о роли психотерапии в лечении различных неврозов.

Огромную роль психотерапии при лечении неврозов неизменно отмечали крупнейшие отечественные и зарубежные психиатры и невропатологи. Сошлемся, например, на отечественного невропатолога В. К. Хорошко, который писал, что «психотерапия — специфический метод лечения» неврозов.

Неврозы очень давно признают заболеваниями, наиболее, а то и единственно подходящими для применения психотерапевтического метода. В связи с этим в литературе наиболее освещены именно особенности психотерапии неврозов.

Все же следует сказать, что далеко не всегда на практике достаточно учитывается огромное значение,

которое в действительности имеет систематическая психотерапия при этих заболеваниях.

Врачи иногда еще недоучитывают всего значения психотерапии неврозов. Нередко, к сожалению, даже лечась в специальном лечебном учреждении и у психиатра или невропатолога, страдающий неврозом больной, безусловно нуждающийся в психотерапии больше, чем в каком бы то ни было другом методе лечения, все-таки остается без этого необходимого ему лечения, во всяком случае не пользуется им систематически и планомерно. Это происходит иногда потому, что лечащий врач не владеет достаточно методом психотерапии, не имеет соответствующей подготовки или должного опыта, а также не имеет возможности направить больного к специалисту-психотерапевту. Бывает еще и так, что у врача не хватает времени для углубленной психотерапевтической работы. Конечно, немалую роль здесь играет и недооценка психотерапии многими врачами.

Какова бы ни была причина неполучения больным, страдающим неврозом, нужного лечения, это одинаково плохо для него и не может быть терпимо. Иллюстрируем такого рода недостатки лечебной работы.

Больная Св. родилась в 1922 г. Направлена к нам терапевтом в феврале 1955 г. Уверена, что у нее большое сердце и что она скоро умрет. Испытывает тяжелые головные боли, часто вызывает скорую и неотложную помощь. Крайне раздражительна, пуглива, тревожна. Моментами кажется, что кто-то за ней стоит. Не может оставаться дома одна. Иногда вынуждена убежать из дому, даже и тогда, когда дома муж и ребенок. Временами хочется кричать, с трудом сдерживается. Кошмарные сновидения. Отсутствие аппетита. За последнее время резко похудела. Очень просит направить ее в психиатрическую больницу, так как дальше не может переносить свое очень тяжелое состояние.

В беседах с больной выясняется следующее. Рано потеряв родителей, она воспитывалась в детском доме. С 15 до 18 лет жила у тетки, очень жестокой женщины, которая сильно ее избивала. Св. глубоко травмировалось такое обращение. Была общительной, чувствительной, обидчивой и впечатлительной. С 18 лет работала на заводе. В 1941 г. окончила курсы медицинских сестер и уехала на фронт, где пробыла до окончания войны. После демобилизации стала чувствовать себя плохо: много плакала, была раздражительна, появились страхи. Лечилась амбулаторно у невропатолога лекарствами; состояние несколько улучшилось. Вскоре вышла замуж. Муж человек с тяжелым характером, к ней относится плохо. У них один ребенок. Осенью 1954 г. рассердилась на свою 3-летнюю дочь и, будучи в крайне раздраженном состоянии, сильно ее избивала. Несколько успокоившись, стала тяжело переживать свое непра-

вильное поведение. Почувствовала боль в сердце, испугалась. Ее отвели в амбулаторию, где ей была оказана помощь. На следующий день умерла от болезни сердца хорошая знакомая больной, и с этого времени ее состояние резко ухудшилось. Лечилась у терапевтов медикаментами, но улучшения не было. Клинически и рентгенологически сердце без отклонений от нормы, на электрокардиограмме незначительные изменения. Данные неврологического обследования: повышение сухожильных рефлексов, пошатывание в позе Ромберга, тремор сомкнутых век и пальцев вытянутых рук. Мы назначили больной психотерапию и малые дозы инсулина. Уже после первых психотерапевтических приемов состояние больной значительно улучшилось, страхи почти исчезли, хорошо и спокойно спит ночами. Лучше ест, немного прибавляет в весе. Жалуется еще на слабость, мнительность.

Несмотря на то, что еще в 1954 г. был поставлен диагноз невроза, систематическую психотерапию больной ни разу не применяли до 1955 г.

Мы думаем, что у Св., как и у многих других больных, длительное отсутствие полноценной психотерапевтической помощи не только затянуло болезнь, но и сделало ее неизлечимой. Затянувшийся невроз приводит к глубокой и трудно устранимой астенизации, определяет в известной степени патологическое развитие, результаты которого также снимаются крайне трудно.

Конечно, применение психотерапии во всех подобных случаях не исключает и медикаментозного лечения. Но у таких больных, как Св., трудно рассчитывать на успех лечения, если психотерапия совсем или почти исключена. Св., явно заболевшая в результате различных тяжелых психотравм, не имеющая моральной поддержки в семье, предоставленная самой себе со своими тяжелыми переживаниями и неправильными представлениями, крайне нуждалась в психотерапии, но длительное время не получала ее. Это характеризует имеющиеся еще недостатки в лечении болеющих неврозами.

Бывает, хотя и реже, что неправильное, без применения психотерапии, лечение неврозов является следствием неправильной диагностики.

Спустя некоторое время после перерыва в лечении у нас, Св. под влиянием ряда жизненных трудностей вновь почувствовала себя хуже. Лечивший ее опытный психиатр поставил диагноз шизофрении и направил больную срочно в психиатрическую больницу, где был вновь поставлен диагноз невроза. Выписана из больницы с некоторым улучшением. Потом опять прошла длительный курс лечения психотерапией в диспансере с весьма удовлетворительным эффектом.

Таким образом, неправильный диагноз психиатра угрожал нарушить правильное лечение больной. Ошибки в диагностике неврозов, особенно в сторону эндогенных заболеваний, еще не так редки, и это также мешает правильному лечению таких больных.

Остановимся на другой сходной больной.

Больная Куд., родилась в 1919 г. Росла слабым ребенком, боялась покойников и темноты. Окончила 5 классов, училась хорошо. Замужем. Две беременности, закончившиеся абортами. В 15 лет отит с мозговыми осложнениями (была без сознания 3 дня). С 19 лет работает, получила квалификацию электрика-монтажника. В 1950 г. заболела после неприятностей. Появились боли в сердце, головокружения, тоскливость. В психиатрической больнице отмечено: ипохондрична, депрессивна. Диагноз: атипичная форма циклотимии у вегетативно-стигматизированной личности; гипертиреоз. Инвалид II группы. После выписки чувствовала себя плохо, не работала. В 1951 г. вновь в психиатрической больнице. Здесь отмечены: бессонница, реактивная лабильность, парестезии, много жалоб ипохондрического характера. Диагноз: атипичная депрессия у психопатической реактивно-лабильной личности; гипертиреоз; вегетативная дистония. С 1953 г. инвалид III группы. Не работает. Пыталась работать в артели инвалидов (на дому), но работа была ей непосильна: «Все мелькало перед глазами» (шитье). Летом 1954 г. жила 2 месяца за городом. Там несколько окрепла, наладился сон. Но вскоре состояние опять ухудшилось. В январе 1955 г. не может пользоваться городским транспортом — становится душно, плохо с сердцем. Бойтсь ходить одна и переходить улицу. Приступы возбуждения: «Внутри, как вулкан». Крайне раздражительна, очень быстро утомляется. Не может ничего делать дома. Не переносит кино — сейчас же начинает сильно болеть голова и образы кино сливаются. Трудно переносит радио. Двоение в глазах при приближении предметов. Бессонница.

В плане психотерапии мы уделили большое место внушению в гипнотическом состоянии. Такое планирование психотерапии было главным образом продиктовано истерической, как мы полагали, формой патологического развития личности больной, вероятно, на основе органического повреждения после отита и под влиянием ряда бытовых условий. Требовалось возможно скорее снять крайне тягостные явления. Уже с первого сеанса гипнотерапии наступило резкое, хотя и неустойчивое улучшение. После 3 сеансов больная хорошо спит по ночам, ходит по улицам, дома стала более спокойной. Уклонилась от продолжения лечения по семейным обстоятельствам. По полученным данным, удовлетворительное состояние держалось около года. Затем опять наступило ухудшение.

Как мы видим из приведенной сокращенно истории болезни, неправильный диагноз обусловил длительное неправильное лечение.

Не столь редкая неправильная диагностика неврозов еще зависит, мы думаем, также и от совершенно еще

недостаточной исследовательской работы клиницистов в этой области. Необходимо глубокое изучение неврозов, без чего, естественно, невозможно во всех без исключения случаях обеспечить правильное диагностирование и правильное их лечение с своевременным введением психотерапии.

Широко известно, какие хорошие результаты обычно достигаются при психотерапии больных с истерическими реакциями, с психогенной бессонницей, при всех реактивных, в том числе и затяжных, состояниях, как быстро и стойко снимаются отдельные истерические симптомы. Хорошие результаты мы отмечали, например, при психотерапии, включающей внушение в гипнотическом состоянии по поводу дисфагий.

Врач Б., 27 лет. Истерические черты личности; после тяжелой семейной драмы страдает дисфагией, плохо ест, поэтому очень худала. Воспалительный процесс в миндалинах. Это, очевидно, играет роль в характере расстройства, в основном психогенного, так как психогения легче поражает функцию соматически пострадавшего органа. После трех бесед с последующим внушением в гипнотическом состоянии (тяжесть в конечностях, сонливость после пробуждения) глотание полностью восстановилось.

Нередко легко снимаются страхи у истеричных больных. Приведем один случай быстрого и эффективного лечения.

Больная Ш. обратилась с жалобами на упорную бессонницу и страхи. В последнее время у нее после неприятностей повторялись сумеречные состояния. После двух сеансов внушения в легком гипнотическом состоянии все эти истерические явления были ликвидированы.

Часто удается достаточно быстро ликвидировать мучительные для страдающего неврозом сновидения. Успешно лечатся внушением психогенные расстройства сна и бессонница, особенно у глубоко засыпающих под влиянием внушения больных.

Конечно, не всегда при бессоннице у психопатологических личностей успех достигается столь быстро, но у подавляющего большинства их все же можно достигнуть известного эффекта, хотя бы и после длительных усилий.

Больная М., 37 лет, преподаватель высшего учебного заведения, психопатическая личность, с юности временами страдает бес-

сонницей и страхом не уснуть. Последние 4 года страдает бессонницей почти непрерывно, испытывает мучительное беспокойство по ночам, особенно когда рано утром надо быть на работе; навязчивый страх — не проснуться вовремя. Страх этот совершенно необоснованный, так как мать больной всегда встает очень рано, готовит ей завтрак и своевременно будит ее.

Большая отличалась всегда неуживчивым, тревожно-мнительным характером, много и часто плачет, крайне обидчива. Личная жизнь ее сложилась неудачно. Было назначено в клинике, где она лежала, лечение сном (амитал-натрий). Во время лечения самочувствие прекрасное, но по окончании его — никакого эффекта. После консультации с нами М. назначена психотерапия.

После первой беседы с нами и внушения в легком гипнотическом состоянии больная в соответствии с тем, что мы ей рекомендовали в психотерапевтической беседе, была совершенно спокойна, хотя и очень мало спала. После второго внушения, также в неглубоком гипнотическом состоянии, во время которого самочувствие было особенно хорошим, спит ночью хорошо, но результат этот долгое время неустойчив. Больную мы лечили совместно с В. Е. Рожновым в течение 4 месяцев. Она спала в это время почти каждую ночь хорошо. Через 5 лет явилась к В. Е. Рожнову и сообщила, что хороший сон был после лечения в течение 2¹/₉ лет, а потом стало нарастать ухудшение.

Нередко обращаются с жалобой на бессонницу пожилые люди. Здесь часто первая задача психотерапии — разъяснение больному особенностей сна в пожилом возрасте: меньшая потребность в нем или иногда, как отмечал И. П. Павлов, «незамечание» сна. В таких случаях необходимо урегулировать режим, снять тревогу по поводу бессонницы, нередко кажущейся. Огромное значение имеет своевременная психотерапия функциональной бессонницы у детей, в основе которой часто лежат психотравмы, иногда неправильное воспитание.

Существует взгляд, что психотерапия неврозов навязчивости малоэффективна, но его надо признать неправильным. Конечно, происхождение этих неврозов, как хорошо известно, их течение и курабильность весьма различны. Однако нередко они поддаются лечению быстро и достаточно радикально. Вспомним описанное В. М. Бехтеревым быстрое излечение внушением в гипнотическом состоянии больной с тяжелыми выражениями навязчивости и психастеническими сомнениями. Такие описания приведены также К. И. Платоновым и другими авторами.

Иногда лечение больных этими неврозами бывает весьма длительным и менее успешным, но и в таких

случаях большей частью достигается известное улучшение. Большое значение здесь, как и при многих других заболеваниях, иногда имеет сочетание психотерапии с другими методами лечения, например различными нейроплегическими и пр. Здесь особенно важно также не придерживаться какой-либо одной психотерапевтической методики, не следует, в частности, здесь пренебрегать тренировочной психотерапией. Для ряда больных очень полезна трудотерапия.

У некоторых больных с неврозами навязчивости можно обнаружить двойственное отношение к своему состоянию, и иногда они склонны оказывать в какой-то мере сопротивление лечению. Некоторые больные нам сами об этом говорили, явно таким образом, сознавая это сопротивление, но не будучи в состоянии понять и объяснить его причину. Конечно, добиться перестройки такого отношения к болезни необходимо, но часто это бывает довольно трудной задачей.

Е. К. Яковлевой описаны двое больных с синдромом навязчивости, весьма успешно ею леченные. Е. К. Яковлева пишет, что примененный ею с успехом метод психотерапии «ставит своей целью не только временное устранение основного навязчивого симптома, но и излечение от невроза созданием нормальных отношений к окружающей действительности, благодаря чему правильно разрешаются больным встречающиеся на его жизненном пути разного рода трудности».

Нередко психотерапевтам приходится лечить больных с относительно остро возникшими навязчивостями. Такие больные, особенно с синдромом навязчивости, недавно возникшим под влиянием четко выступающей психотравмы, при полной внутренней готовности больного к излечению обычно легко поддаются воздействию.

Больная Ст., 35 лет, недавно потеряла мужа и крайне тяжело переживала утрату. Реактивно возникли навязчивые страхи, навязчивый счет, упорная бессонница. До смерти мужа была, по ее словам, всегда здорова. Больная горячо любит своих детей, работу, стремится быть здоровой, активно ищет помощи. Посетила нас 4 раза. Проведены беседы. В основном мы стремились помочь больной уяснить себе причины возникновения навязчивостей, обращали особое внимание на те задачи, которые должны занять доминирующее место в ее жизни. Настойчиво утверждали устранимость навязчивостей, их временный и преодолимый характер, необходимость уметь игнорировать их до полного исчезновения. Все болезненные явления были ликвидированы, больная приступила к

работе. До лечения была временно нетрудоспособной. Катамнез спустя несколько месяцев: эффект лечения полный и прочный.

Успешно также бывает лечение навязчивостей у психастеников, если они имеют легко осознаваемую основу.

Мы лечили, например, больную И., страдающую психастенией. Она потеряла в течение своей жизни 3 детей. Муж погиб на войне. У нее нет никого близких, кроме дочери, которая, окончив высшее учебное заведение, уехала в Свердловск, хотя могла остаться в Москве. Больную преследует навязчивая мысль, что она «погубила» дочь, позволив ей уехать. Эта мысль не дает больной спать по ночам, мешает работать. Она непрерывно пишет дочери письма, в которых излагает эти мысли.

Психотерапия в состоянии бодрствования быстро освобождает больную от тяготившей ее навязчивой явно ошибочной мысли. Под влиянием эмоций больная не учитывала, что ее дочь сама стремилась уехать на предложенную работу, что она прекрасно успевает на месте своей работы и очень довольна тем, как сложились для нее обстоятельства. Мы помогли И. правильно оценить положение, а также понять, что ее тревога, ее навязчивые мысли — продукт особенностей ее нервной системы и ее характера, результат перенесенных потерь членов семьи, преобладания эмоций над разумом. Мы отмечали, что она, собственно, эгоистически жалеет себя, а не дочь, что она в письмах отражает свои необоснованные мысли и огорчает этим дочь.

При лечении некоторых больных, особенно с выраженными психопатическими чертами в связи с навязчивостями, приходится ограничиваться все же частичными результатами. Приведем пример малоуспешного лечения.

Больная Б., 41 года, лечилась в женском отделении больницы имени Соловьёва, затем амбулаторно. Заболела 3 года назад. До того никогда нервными болезнями не болела. Всегда была упрямой, решительной, неуживчивой, властной, педантичной. Ни в чем не любит уступать. Интеллект не высок, память несколько снижена. Замужем, имеет ребенка, с которым несколько суха. К мужу равнодушна, неуступчива, придирчива. Очень обидчива всегда, а в последнее время особенно. Впервые возникли навязчивые страхи после того, как ездила с мужем на катере и во время аварии едва не утонули. Боятся острых предметов, не выходит из дома.

В то время, когда впервые возникли страхи, ревновала мужа. Соседки подарили ей, следуя старинному местному поверью, клубок с иглами, что якобы предупреждало измену мужа. Именно с тех пор, по ее словам, стала бояться всех острых предметов. Боятся выходить из дому. О муже говорит со злобой; теперь его не ревнует, но вместе с тем негодует, если он шутит с женщинами. Муж занят на ответственной работе, очень загружен приходит домой сильно усталым. Попытка вызвать у больной сочувствие к мужу остается безуспешной: она не ценит его работы, доверия, которое ему оказывают. Относясь к мужу не вполне доброжелательно,

не ценя всего, что он делает для нее, больная вместе с тем не может предъявить к нему каких-либо существенных претензий; она лишь говорит, что муж слишком много шутит, и это ей неприятно, выявляется некоторая сексуальная неудовлетворенность.

Психотерапия очень незначительно улучшила состояние больной. Беседы о необоснованности боязни острых предметов привели к тому, что страхи стали несколько менее упорными. В результате бесед и тренировки Б. решается выходить из дому, стала несколько спокойнее, стала себя правильнее вести с мужем, но более существенных перемен достигнуть не удалось: острых предметов продолжает бояться, отношение к мужу в основном то же.

Главным препятствием для излечения больной здесь можно считать патологический ее характер, резкое несходство характеров и взглядов на жизнь ее и мужа, невысокий интеллект и ограниченность интересов. Велико здесь отрицательное значение выраженных черт патологической инертности, присущих корковым процессам больной: установившиеся стереотипы крайне трудно перестраиваются. Больная ищет помощи врача, но не способна ее принять и активно не хочет принять концепции врача о своей болезни, об ее отношениях с мужем, ребенком, людьми, и поэтому радикальная помощь здесь оказалась невозможной. Но улучшить положение и в таких случаях возможно при длительном и настойчивом лечении.

Трудно обычно лечить повторно возникшие навязчивости.

Навязчивые состояния, возникшие на истерической почве, обычно более легко излечимы.

У больной Куз., 58 лет, на почве семейных неурядиц 2 года назад появилось навязчивое стремление кружиться на месте, а также переставлять предметы. Она всегда была истерична. По характеру требовательна, эгоцентрична. Навязчивостью тяготится. Начинаящийся артериосклероз головного мозга.

После первого же сеанса внушения перестала кружиться. Больная была у врача 8 раз. Были проведены 3 сеанса внушения в гипнотическом состоянии. В беседах проанализирована семейная обстановка, вскрыты ошибки в поведении больной, даны соответствующие советы. Проведена беседа с ее родными. Навязчивости больше не выявлялись. Больная стала чувствовать себя здоровой.

Большие затруднения представляет обычно лечение затянувшихся неврозов, обусловивших патологическое развитие личности и фиксацию невротических механизмов. Однако, учитывая эти трудности, врач не должен перед ними останавливаться.

Неплохие результаты достигаются в ряде случаев при лечении страдающих функциональными (невротическими) нарушениями в половой сфере. Благотворный эффект наблюдается при лечении страдающих вагинизмом, частыми ночными поллюциями на почве полового перевозбуждения, страдающих преждевременным извержением семени.

Не следует недооценивать значения гигиенического совета при этих расстройствах: установление правильного режима половой жизни, условий ее и пр.

Относительно лучшие результаты психотерапии наблюдаются при избирательной импотенции или при импотенции, имеющей достаточно ясное реактивное происхождение.

Мы должны также полностью согласиться с И. М. Аптером, который выдвигает требование построения психотерапии по поводу психогенной импотенции в сугубо индивидуальном плане с учетом механизмов ее возникновения. Это, понятно, относится и к *ejaculatio praesox*.

Прав также этот автор, обращая внимание на необходимость осторожно назначать при психогенной импотенции половые гормоны. Заслуживают внимания высказывания по этому вопросу Н. В. Иванова.

Значительно труднее добиться психотерапевтического успеха при лечении психопатов вообще и с теми или иными извращениями в половой сфере в частности. Большой воспитательной работы психотерапевта требуют молодые люди, психопатизировавшиеся в результате патологического развития на сексуальной почве.

Во всех случаях функциональных расстройств в половой сфере не следует упускать из виду связь последних с личностью, с общим состоянием нервной системы. Нужно, по возможности не фиксируя в процессе лечения внимание больного на половой сфере, применять широкую оздоравливающую терапию. Часто при этих расстройствах необходимо прежде всего преодолеть переоценку больным имеющегося расстройства, резко выраженную фиксированность на нем.

Нередко нужно помочь больному образовать более правильное отношение к сексуальной сфере, к отношениям между полами.

Следует по возможности выявить причины возникновения неправильного отношения к этой стороне жизни.

Иногда внушение в гипнотическом состоянии бывает полезно при упорном онанизме у взрослых.

У детей борьба с онанизмом требует лечебно-воспитательной работы, без чрезмерной строгости, без преувеличенного жесткого надзора. Совершенно необходимо во всех этих случаях до начала систематического лечения разобраться в причинах возникновения онанизма, вообще очень многообразных.

Хорошие результаты могут быть достигнуты при лечении больных с ночным недержанием мочи, обусловленным не органическим поражением, а функциональными расстройствами нервной системы.

Еще Льебо сообщал о лечении гипнотическим методом 77 страдающих ночным энурезом, из которых 56 человек были излечены. Об успешности лечения энуреза у детей внушением в гипнотическом состоянии сообщает Л. И. Гелина. Успех именно этого метода наблюдается не всегда, — здесь большей частью необходимы и воспитательные, и режимные, и другие мероприятия.

Относительно позднее недержание мочи может быть обусловлено и неправильным воспитанием. Например, оно может быть результатом того, что ребенка не приучили своевременно к чистоплотности или если, наоборот, к нарушениям им чистоплотности относились чрезмерно строго, запугивали. Нередко энурез отмечается у детей с органическим поражением центральной нервной системы, с отставанием интеллектуального развития.

Конечно, во всех перечисленных случаях лечение должно проводиться по-разному. Вместе с тем при всех формах энуреза показана психотерапия, которая почти всегда должна быть связана с мероприятиями воспитательного порядка. Несомненно, вредны наказания, притыживание, особенно при посторонних. Не следует строго ограничивать питье, хотя диетическими моментами пренебрегать не следует. Допустимо поощрение всякого преодоления больным энуреза. Надо не принижать ребенка, не подавлять у него чувства собственного достоинства, а, наоборот, укреплять его, укреплять чувство долга. Обязательна мягкость обращения. Нужно обращать внимание на семейную обстановку и по возможности устранить из нее все, что отрицательно воздействует на психику ребенка.

Психотерапевту не следует уклоняться от серьезных попыток лечения страдающих писчим спазмом, хотя при них обычно он сталкивается с очень большими трудностями. Здесь бывает полезна психотерапевтическая тренировка движений мышц кисти с постоянным приближением к письму. Имеются указания на пользу применения методики аутогенной тренировки [Руэк (F. Rueck)] с формулой самовнушения: «Все помехи исчезли; правая рука и при письме подчиняется моей воле». При писчем спазме и при сходных заболеваниях бывает полезно перестраивать форму деятельности, например резко меняя почерк (более крупные буквы, другой наклон и пр.).

Психотерапия может с успехом быть применена при тиках у взрослых и детей, в основном когда при исследовании обнаружены черты навязчивости в двигательной, а нередко и в сенсорной области.

Мы лечили молодого человека К., 32 лет, который сначала говорил нам, что подергивания рукой у него совершаются произвольно. В процессе дальнейших бесед К. открыл нам и сам это оценил ряд моментов, опровергающих его утверждение. Больной заявил: в присутствии посторонних людей, в особенности людей для него особо авторитетных, он не подергивает рукой; больше всего подергиваний у него дома; подергивания у него совершаются в числе, кратном трем: он подергивает рукой, когда ощущает, что как будто что-то мешает ему под мышкой.

Выяснение подобных моментов и по возможности выявление причин и обстоятельств возникновения тика помогли нам правильно поставить лечение, развить у больного самоконтроль, подавить сенсорную навязчивость (неприятное чувство под мышкой и пр.).

Имеются указания на целесообразность применения психотерапии при хорее [Каргер, Потоцкий (Karger, Pototzky)].

Мало внимания уделяют, к сожалению, врачи лечению логоневрозов. А. А. Токарский указывал на пользу психотерапии при лечении заикания. Для обоснования и пропаганды психотерапии заикающихся в свое время многое сделали И. А. Сикорский и Г. Д. Неткачев, предложивший свою комплексную систему лечения. За рубежом еще в прошлом веке предлагал применять внушение при заикании. Берtrand (Bertrand), Гуцман (H. Gutzmann) рекомендовал при заикании психотерапию в состоянии бодрствования. Штокерт (Stockert) счи-

тал, что при психотерапии заикания большую роль играет метод отвлечения внимания больного от своей речи.

Кроме заикающихся, безусловно требуют психотерапевтической помощи и больные с другими функциональными нарушениями речи. Успешно, в частности, удается лечить больных с функциональным мутизмом, с так называемым школьным мутизмом (невозможность отвечать перед классом учителю) и с другими расстройствами речи.

Успехи отечественной логопедии не должны ни в коем случае вести к игнорированию значения психотерапии при лечении заикающихся, хотя некоторые логопеды еще склонны рассматривать помощь заикающимся как исключительно педагогическую работу, а заикание как преимущественно вредную привычку. При этом, естественно, неправильно ограничивается роль психотерапевтического фактора, что может быть и весьма вредным для страдающих этого рода расстройствами.

В очень многих случаях невротических нарушений речи весьма целесообразно и даже необходимо одновременно с логопедией проводить психотерапию. Нередки случаи, когда логопедическая помощь при этих расстройствах малоэффективна и, может быть, вредна, так как фиксирует больного на его невротическом расстройстве. Каждый раз врач должен подвергнуть глубокому анализу состояние больного и сделать выводы о правильном соотношении методов помощи больному. Психотерапевт при заикании особенно должен учитывать необходимость влияния на личность заикающегося в целом. Оздоровление личности заикающегося — важнейшая задача в его лечении.

Приведем краткое описание больной с расстройством речи, у которой психотерапия дала быстрый положительный эффект.

Девушка 17 лет заикается с 7 лет как будто после испуга. Резко выступает тяжелый страх показать свой дефект. После 2 сеансов внушения в гипнотическом состоянии свободно заговаривает с посторонними. После 5 психотерапевтических бесед с последующим внушением в гипнотическом состоянии достигнуто почти полное устранение страха речи и значительное улучшение последней.

Именно этого рода больные с выраженной фобией речи особенно успешно поддаются психотерапии.

Психотерапия смягчает явления страха и аффективного напряжения в процессе речи, перестраивает отношение к себе, к речи, к окружающим и создает, таким образом, достаточные предпосылки для полной ликвидации ее нарушений (логопедия и др).

Достигается лечебный эффект при психотерапии страдающих наркоманиями, но, к сожалению, часто временный. Стойкость эффекта зависит значительно от среды, в которой находится больной, а также и от последующего внимания к нему врача.

Наркоманы нередко теряют уважение окружающих и самоуважение. Психотерапевт должен стремиться восстановить самоуважение наркомана, его веру в себя, требовательность к себе. При лечении наркоманов большое значение имеет психотерапевтическая помощь по поводу тягостных явлений воздержания, если таковые имеются.

При лечении алкоголиков комбинируют метод психотерапии с образованием условного рвотного рефлекса (апоморфин и т. п.), а также с лечением антабусом, ксидордом и т. п. В последнее время активно разрабатывают дифференцированную методику лечения хронического алкоголизма И. В. Стрельчук, Ю. А. Поворинский, А. А. Портнов, В. Е. Рожнов, И. И. Лукомский и др.

При лечении страдающих хроническим алкоголизмом следует всегда учитывать частое наличие у них различных форм неврозов, иногда лежащих в основе алкоголизма психопатий, травматической энцефалопатии и т. п., и нельзя, конечно, их игнорировать. Лечение должно быть длительным, с обеспечением глубокого доверия больного к врачу. Трудности представляет лечение больных со стойкими алкогольными изменениями центральной нервной системы. Следует обратить внимание на то, что во время лечения алкоголиков в их сновидениях фигурирует в том или ином виде алкоголь: то они во сне пьют спиртные напитки, то отказываются от них, то испытывают желание пить. В этих сновидениях, а также в том, как больной о них рассказывает, психотерапевт может найти полезные дополнительные критерии для оценки достигнутых результатов и очередных задач лечения.

Нередко целесообразно одновременно освободить больного от алкоголизма и курения. Здесь, как и при лечении ряда других случаев, очень важно правильно

ставить вопрос об этапах лечения, об очередности задач, стоящих перед психотерапевтом. Ю. А. Поворинский предлагает делить лечение алкоголиков на три этапа: охранительный, реконструктивный и стимулирующий, и соответствующим образом строить психотерапию. Можно говорить примерно о такой последовательности задач: выработка отрицательного отношения к себе в состоянии опьянения, к своему положению в связи с алкоголизмом; выработка отрицательного отношения к алкоголю — рвота, отвращение; подавление явлений абстиненции и закрепление воздержания.

При лечении всех видов наркоманий, включая алкоголизм и табакокурение, необходимо учитывать психические факторы, вызвавшие и поддерживающие наркоманию, а также те здоровые стимулы в личности наркомана, подкрепление которых в процессе психотерапии наиболее способно эффективно тормозить влечение к наркотикам.

Психотерапия очень рекомендуется при ряде вегетативных и соматических нарушений психогенного происхождения. Сошлемся на интересное и совершенно правильное высказывание С. Н. Давиденкова: «... обнаружение при истерии тех или других вегетативных или соматических симптомов ни в малейшей мере не лишает истерию ее психогенной сущности. Мы считаем необходимым прибавить, что за последнее время это иногда забывают и, обнаружив при каком-либо неврозе те или другие вегетативно-соматические нарушения, видят в них основной причиной механизм невроза. Длительное состояние напряженной эмоции с ее богатейшей вегетативной симптоматикой есть также психогения».

Большое значение психотерапия может приобрести в системе лечения гипертонической болезни, которая нередко возникает или обостряется в результате психической травмы. Своевременная психотерапия в связи с этим может стать надежным профилактическим и подсобным лечебным средством; об этом писал А. Л. Мясников. Нередко заболевание гипертонической болезнью приводит к повышению эмоциональной возбудимости, к образованию страхов, прежде всего в связи с болезнью. Эти нарушения в эмоциональной сфере, безусловно, также весьма отрицательно воздействуют на состояние сосудов и становятся фактором дальнейшего развития болезни.

Не следует упускать из виду, что нередко гипертоническая болезнь возникает у страдающих тем или иным неврозом или у психопатов в тесной связи с их состоянием. В таких случаях значение психотерапии особенно возрастает. Неизлеченный невроз отягощает течение гипертонической болезни, а последняя усугубляет невротические расстройства или психопатические черты.

Конечно, психотерапия необходима и у больных гипертонической болезнью, ранее вполне здоровых. Роль коры головного мозга в гипертонической болезни в настоящее время советскими учеными хорошо показана и не остается места сомнениям в необходимости при лечении этого заболевания воздействовать энергично на кору. Психотерапия при гипертонической болезни не может не иметь благотворного значения. В частности, опыт, собранный нами, подтверждает это. Большинство больных психотерапия приносит очевидное и существенное улучшение, нередко способствует возвращению на работу больных, потерявших работоспособность. Это относится главным образом к больным транзиторной формой гипертонии, но не только при ней.

Здесь имеют большое значение по крайней мере два момента, кроме отмеченных выше: 1) перестройка отношения к своей болезни, где оно является неправильным и отягощает состояние больного; 2) можно сказать, «воспитание чувств» — достижение более спокойного отношения больного к окружающему, возможного устранения перегрузки его эмоциональной сферы.

Конечно, при гипертонической болезни нет оснований рассчитывать только на психотерапию.

Нам пришлось совместно с А. Гольдманом лечить врача-офтальмолога. Узнав, что у нее гипертоническая болезнь, она стала считать себя обреченной, перестала работать, запустила дом. В нескольких беседах был снят необоснованный страх перед болезнью. Психотерапия помогла ей быстро вернуться к нормальной жизни.

Весьма часто под влиянием правильно проводимой психотерапии удается достигнуть некоторого снижения кровяного давления, устранения головных болей и т. д.

Представляет, мы думаем, интерес следующее наблюдение.

Больной П., 51 года, научный работник. Небольшое повышение кровяного давления впервые отмечено 7 лет назад. Вскоре был мобилизован и провел все годы войны на фронте. Все время чувствовал себя совершенно здоровым. При заполнении курортной карты узнал, что у него повышенное кровяное давление — 235/120. Сразу же после этого П. стал себя плохо чувствовать. стал испытывать боли в области сердца и в затылке, резко снизилась работоспособность.

К нам обратился спустя 2 года после этого ухудшения. Все время чувствовал себя нехорошо. Проведены 4 психотерапевтические беседы, в которых отмечена связь между появлением болей и установлением факта повышенного давления, показано, что в течение ряда лет объективно его состояние остается удовлетворительным (сердце, почки, глазное дно), что его беспокойство явно ухудшает его состояние, которое могло бы быть и объективно лучше, и субъективно хорошим. Больной до прихода к нам регулярно бывал у терапевтов. Но только после этих бесед, которые, конечно, и могли, и должны были провести пользовавшие его врачи раньше, у него возникло достаточно правильное отношение к своей болезни. Состояние больного под влиянием наших бесед значительно улучшилось, несколько снизилось кровяное давление, исчезли все болезненные ощущения, восстановилась работоспособность. В дальнейшем больной к нам не обращался.

Таким образом, у этого больного ряд характерных болезненных явлений возникает в результате воздействия на него через вторую сигнальную систему и через такое же воздействие эти явления почти полностью устраняются. При этом у больного П., как и у ряда других больных с гипертонической болезнью, положительный эффект психотерапии сказывается не только в ослаблении болезненных ощущений, но и на общем самочувствии и трудоспособности, а также в некоторой мере и на снижении кровяного давления.

А. М. Ветцнер сообщает о хорошем эффекте лечения гипертонической болезни длительным гипнотическим сном. Наиболее удачным как будто было удлинение сна до 12—14 часов в сутки в течение 5—8 суток. При необходимости, полагает этот автор, можно один или два раза повторить такие циклы.

Некоторые авторы сообщают об эффективности психотерапии ревматизма. Так, Бернгейм у болевшей суставным ревматизмом девушки внушением в гипнотическом состоянии снял выраженные явления заболевания. Не может быть сомнений в широкой возможности у ряда больных облегчить ревматические боли, а вместе с этим и улучшить общее состояние этих больных методами психотерапии.

Нарушения сердечной деятельности при неврозах нередки и часто связаны со страхом, с резко преувеличенными опасениями за состояние своего сердца. Некоторые авторы приводили любопытные данные о частоте такого рода неврозов. Так, Левис (Th. Lewis), основываясь на своих исследованиях, считает, что $\frac{5}{8}$ диагнозов органических болезней сердца в британской армии в войну 1914—1918 гг. были неправильно поставлены страдающим неврозами. Может быть, эти данные и спорны, мы не беремся об этом судить, но во всяком случае они, очевидно, правильно отражают большую частоту психогенных расстройств сердечной деятельности или их осложнений, что указывает на объем и задачи психотерапии в клинике сердечных заболеваний.

Последнее верно еще и потому, мы полагаем, что и при органических заболеваниях сердца нередко наступают эмоциональные расстройства, отрицательно влияющие на состояние больного и на его сердечную деятельность и в связи с которыми он нуждается в психотерапевтической помощи.

А. И. Гефтер и его сотрудник А. С. Ефимов отмечают особое значение гипнотерапии при болях в области сердца. Об этом же пишет К. А. Скворцов.

Нередко приходится сталкиваться с навязчивым страхом, образовавшимся у больного, страдающего тем или иным заболеванием сердца, после посещения специалиста по внутренним болезням. Такие кардиофобии являются до известной степени «браком» в работе врачей.

Необходимо иметь в виду, что эти иатрогении возникают чаще всего у страдающих неврозами и у психопатов. Важно, чтобы терапевты сумели распознать такие нарушения у своих пациентов и соответственно вели себя с ними.

Нередко страхи возникают у больных после встречи с другими больными, после неуместных бесед с неспециалистами. Конечно, необходимо добиваться, чтобы психогении такого происхождения не наблюдались; в частности здесь большое значение может иметь санитарно-просветительная работа.

Как в общении врача с отдельным больным, так и в санитарно-просветительной работе должно особо отме-

чать огромный вред, который могут причинить беседы о болезнях с некомпетентными людьми. Если описанного рода страхи возникают, следует помнить, что настойчивая и умелая психотерапия может здесь оказаться единственно эффективным видом помощи, о чем мы уже писали.

Своевременная психотерапия сердечных больных, подвергшихся психотравме, важна, потому что при неполноценном сердце страхи, повышенное внимание больного к собственной сердечной деятельности могут вредно отражаться на состоянии его сердечно-сосудистой системы. Отсюда ясна необходимость полностью учитывать значение психотерапии больных с органическими поражениями сердца, хотя, конечно, не всегда эту помощь должен оказывать специалист-психотерапевт. Роль состояния психики, в частности эмоциональной сферы, у ряда больных с органическими поражениями сердца, сосудов, желудочно-кишечного тракта и т. п. проявляется особенно значительно и у них поэтому бывает нужна специальная психотерапия.

Мар., 42 лет, 6 лет назад узнала, что страдает пороком сердца (ревмокардит). С тех пор все время чувствует себя тяжелобольной. Испытывает часто сердцебиение, боли и чувство жжения в области сердца. Бывает одышка. В такие моменты не решается оставаться одна дома, а тем более выходить из дому. Ничего почти не делает по хозяйству, если немного приберет — чувствует слабость.

Проведен курс психотерапии: беседы и внушение в гипнотическом состоянии. После 2 месяцев лечения страхи и неприятные ощущения в сердце полностью прошли. Ведет всю работу по хозяйству дома, свободно ходит всюду и остается дома одна. Была у нас спустя 3 года после вспышки суставного ревматизма. Чувствует себя все это время, и до вспышки, и после нее, хорошо, но все же, боясь ухудшения, вновь обратилась за помощью. После осмотра больной, проведенного нами совместно с терапевтом, она была у нас 3 раза. Психотерапия и теперь увенчалась полным успехом.

Мы полагаем, положительная роль психотерапии ревмокардита в этом случае бесспорна. В истории болезни этой больной заслуживает внимания также тот момент, что она отчетливо отмечает ухудшение своего состояния с момента сообщения ей врачом, что у нее имеется порок сердца. Мы не беремся сказать, насколько было необходимо врачу говорить об этом больной, но если для этого и были достаточные мотивы, то, очевидно, врач не уделил должного внимания тому, как отразит-

ся и отразился его диагноз на состоянии больной, недооценил психотерапевтические моменты, которые ему надлежало ввести в ее лечение.

Следует обратить внимание на нередко успешное лечение методами психотерапии больных, страдающих аритмией сердечной деятельности.

Сходно с тем, как это происходит при образовании кардиофобий, возникают неврозы в виде канцерофобии, боязни заболеть душевной болезнью и пр. Конечно, врач должен тщательно, перед тем как проводить психотерапию, дифференцировать невротические ипохондрические явления от бредовых. Вопросами ипохондрических состояний в таком дифференциально-диагностическом плане в последнее время у нас много занимается Л. Л. Рохлин.

В. Е. Рожнов сообщает о своем опыте длительной психотерапии (внушение) 15 больных, перенесших гастрэктомию по поводу рака желудка. Автор обращает внимание на то, что положительные результаты нестойки, что малейшее ухудшение в состоянии и самочувствии, иногда даже обращение в лечебное учреждение для повторных исследований резко ухудшают психическое состояние таких больных. Это весьма характерно: результаты внушения всегда нестойки, если реальные факты и с отношением больного к ним приходят в столкновение с содержанием внушения, ослабляя его влияние.

В то же время В. Е. Рожнов применил психотерапию у 21 больного, подвергшегося оперативному вмешательству по поводу язвы желудка, и у 33 больных с анацидным гастритом. Здесь результаты психотерапии, особенно у последней группы больных, были весьма положительными.

Вероятно, нередко еще специалисты, лечащие таких больных, недостаточно настойчиво разъясняют им важность исследований и пр., недостаточно психотерапевтически обставляют лечение и исследование таких больных. Можно считать весьма полезным для таких больных и больных с рядом сходных заболеваний повторные групповые психотерапевтические беседы с ними врачей-специалистов.

Давно отмечена благотворная роль психотерапии при некоторых желудочно-кишечных заболеваниях: некото-

рых формах колита, поносов, рвоты, потери аппетита и др. Имеются все основания думать, что значительная часть таких заболеваний имеет психогенную почву и в основном может быть излечена при правильной психотерапевтической помощи. Без такого лечения эти заболевания иногда тянутся годами без заметного движения как в сторону улучшения, так и в сторону ухудшения.

Рядом авторов было показано, что весьма часто колит, диарея и т. п. являются выражением невротических расстройств. Дюбуа, Дежерин и др. достигли весьма заметных успехов в лечении больных с такими расстройствами. Их опыт и в настоящее время может быть с успехом использован.

Гейер (G. Heyer) писал о запорах, что иногда в качестве скорой помощи, до проведения более глубокой психотерапии, здесь может быть с успехом применено внушение в гипнотическом состоянии. О роли внушения в лечении многих запоров говорит наблюдение, давно опубликованное Тьюком (H. Tuke). Он давал страдающим запорами под видом слабительных шарики, скатанные из хлеба, и получил послабляющий эффект. На значение психотерапии при лечении язвенной болезни указывает в своей монографии К. М. Быков и И. Т. Курцин.

Целесообразны попытки психотерапии при бронхиальной астме, возникновение которой, как и других аллергий, что отмечалось на недавнем парижском конгрессе по вопросам аллергии, бывает тесно связано с психотравмами. Видный берлинский интернист Гис (His) показал, что при всяком медикаментозном методе лечения этой болезни большую роль играет психотерапевтический момент. Об эффективности лечения бронхиальной астмы по методу Autogenne training писал Шульц.

Е. С. Брусилковский успешной попыткой предупреждения припадка условнорефлекторной терапией показал также, что психотерапия при этом заболевании может иметь успех, по крайней мере у части больных. Об успешном применении психотерапии при астме писали недавно П. И. Булатов и П. И. Буль. Особенно это относится к страдающим астмой детям.

Нередко течение болезни внутренних органов осложняется побочными явлениями, вредными привычка-

ми и пр. Устранение их при помощи психотерапии может благотворно отразиться на течении основной болезни.

Нам неоднократно удавалось освобождать от непреодолимой без помощи врача привычки к курению страдающих туберкулезом легких, ангиоспазмом и др. Об этой возможности необходимо помнить.

Когда страдающий заболеванием, при котором курение безусловно противопоказано, приходит к психотерапевту с сознанием необходимости перестать курить и с выраженной готовностью к этому, помочь ему большей частью бывает легко. Он нуждается в известном как бы толчке, в поддержке своих твердых намерений, которую можно оказать внушением хотя бы в легком гипнотическом состоянии или в психотерапевтических беседах. Для этого бывает нужно от 2 до 5 сеансов.

Широко известны большие успехи психотерапии в акушерской и гинекологической практике. Русские врачи применяли внушение в акушерстве в целях обезболивания родов уже очень давно. Об этом сообщали Добровольская в 1891 г., А. И. Ховрин в 1895 г., Я. А. Боткин в 1896 г. В последние годы в данной области много сделали К. И. Платонов, В. И. Здравомыслов. В. М. Бехтеревым успешно применялась психотерапия при лечении маточных кровотечений и расстройств месячных. Бернгейм, Льебо, Форель и др. также описывали весьма успешное лечение внушением в гипнотическом состоянии различного вида дисменорей и аменорей. Большие успехи отмечал ряд авторов при лечении рвоты беременных. Ценные наблюдения такого лечения опубликовал К. И. Платонов.

Описаны успехи психотерапевтической помощи кормящим матерям, страдающим недостатком молока. Хорошо известно, что именно психотравма нередко является причиной потери или снижения количества молока у кормящих. Психотерапия этой психогении, естественно, и дает хороший эффект.

В. И. Здравомыслов и его сотрудники недавно сообщили о том, что им удалось достигнуть при психотерапии у 72% кормящих матерей с недостаточным количеством молока весьма положительных результатов. Сходные результаты получили и многие зарубежные авторы [Данбар, Голль (Dunbar, Goll) и др.].

Нельзя сомневаться в том, что успехи психотерапии в акушерской и гинекологической клинике связаны с большим участием психогенного компонента в происхождении и течении некоторых заболеваний.

Работы И. З. Вельвовского, К. И. Платонова и др. показали значительную роль психогенного компонента в характере болей у рождающих.

К. И. Платонов проанализировал результаты применения психотерапии для лечения рвоты у 293 беременных — нередкого и исключительно тяжелого страдания. В ряде случаев, как известно, при этом состоянии беременность приходится прерывать. По данным К. И. Платонова, полное выздоровление наступило у 84% больных. В. И. Здравомыслов, М. Вигдорович и др. опубликовали аналогичные данные. Ни один другой метод лечения не дает до сих пор при рвоте беременных подобного результата.

Видный акушер и гинеколог А. П. Николаев обращает внимание на пользу психотерапии беременных при тенденции к недонашиванию, а также и при перенашивании.

Эффективность психотерапии при весьма многих расстройствах в женской половой сфере у беременных и кормящих матерей позволяет подойти по-новому к патогенезу этих расстройств, уделяя больше внимания психогенному фактору, в частности это относится к так называемым токсикозам беременных. Очевидно, надо поставить вопрос о соотношении токсического и психогенного компонентов при последних. Ряд фактов дает достаточно оснований для того, чтобы считать установленным, что у ряда беременных, страдающих тяжелой рвотой, значение психогенного момента весьма велико, если не является всецело определяющим. Об этом, конечно, говорит прежде всего эффективность психотерапии.

Но, учитывая этот важный факт, следует внимательнее отнестись и к другим фактам, непосредственно вскрывающим психотравмирующие влияния.

А. Майер сообщал о женщине, у которой в период беременности возникла рвота в связи с оскорблявшими и тревожившими ее требованиями мужа о половой близости. Когда муж по настоянию врача изменил свое поведение, рвота немедленно прошла.

Вероятно, как в происхождении болей у родящих, так и в меньшей мере при возникновении рвоты у беременных играет роль распространенное мнение о чуждости или не обязательности таких явлений. Несомненно, надо учитывать, что состояние центральной нервной системы у беременных и родящих может благоприятствовать возникновению психогений.

И среди явлений климакса, конечно, немало таких, которые обусловлены в той или иной мере психогенетически, и поэтому психотерапия и здесь не может не иметь положительного влияния.

Учитывая эти моменты, следует изучать психотерапию и психопрофилактику различных расстройств в женской половой сфере. Этот вопрос настойчиво выдвигает И. З. Вельвовский. Мы не можем не отнестись отрицательно к понятию «органоневроза». Конечно, невроз не может быть понят как расстройство функций одного какого-либо органа. Он всегда является нарушением функций головного мозга. Но вместе с тем нет сомнений в том, что в неврозе по разным причинам могут выступить на первый план нарушения функций того или иного органа. Особенно часто при неврозах наступает дисфункция вегетативной нервной системы, нарушение glandулярной системы. Как при расстройствах, описанных выше, так и при многих других, относящихся к такого рода нарушениям функций органов и систем, должно применять психотерапевтические методы.

Также издавна успешно применяют психотерапию, особенно гипнотерапию, в хирургии. Мы уже раньше приводили соответствующие высказывания Н. И. Пирогова, а из советских хирургов — Н. Н. Петрова. Многие врачи полностью заменяли наркоз внушением.

Еще в 1821 г. Рекамье (Recamier) заменил при операциях наркоз гипнозом. В 1826 г. хирург Клоке ампутировал молочную железу у женщины в гипнотическом ее состоянии без наркоза.

Эллиот опубликовал в 1843 г. сообщение о проведенных им в Индии 345 хирургических операциях без боли в постгипнотическом состоянии под влиянием сделанного в состоянии гипноза внушения.

Так использовать гипнотическое состояние бывает возможно все же нечасто. Нередко хорошо удаются в

гипнозе менее серьезные хирургические вмешательства в виде экстракции зубов Е. Ф. Владимирова сообщает об удачных опытах проведения глазных операций без боли в гипнотическом состоянии оперируемых.

Описаны успешные попытки делать операции без наркоза детям, находящимся в гипнотическом состоянии.

Представляет интерес работа П. П. Подъяпольского о комбинированном наркотизировании при хирургической операции (хлороформ и внушенное гипнотическое состояние). Во многих случаях гипноз давал возможность уменьшать количество наркотических веществ, а также осуществлять успокоение в первый период после дачи наркоза. Эти возможности целесообразно использовать шире. Психотерапия способна сыграть большую роль в подготовке к операции — снятие страха перед операцией, преодоление отказа от нее и т. п. Успехи психотерапии в предоперационном и послеоперационном периоде в частности описал А. М. Свядош.

Иногда после операции на длительный период фиксируются неприятные ощущения, связанные с прошедшей операцией. Психотерапевтическое устранение их бывает вполне возможным и приносит большое облегчение больному. М. А. Гольденберг сообщает о лечении послеоперационных неврозов.

Мы тоже успешно применяли психотерапию при лечении таких больных.

Больная П., 29 лет, издавна склонна к навязчивым страхам. Много лет ее преследуют сновидения, в которых видит покойников. Около года назад П. подверглась операции в носоглотке и с тех пор страдает от мучительного ощущения постороннего тела в глотке. Нам удалось весьма быстро ликвидировать ее страдание.

Очевидно, у невротических личностей весьма важен, если можно так выразиться, психотерапевтический уход до и после операции, так как обострение невроза с возникновением новых, связанных с операцией симптомов весьма вероятно.

Особенно необходима психотерапия при подготовке к операции страдающих неврозами, испытывающих повышенный страх перед операцией, а также у детей. Психотерапевтическая подготовка к операции может быть особенно важна у больных с артериосклерозом, с гипертонической болезнью, с нарушениями сердечной

деятельности. Если операция у таких больных неизбежна, такая подготовка может у них значительно снизить страх, повысить переносимость операции и наркоза, способствовать уменьшению количества необходимого наркоза и достижению улучшения течения в послеоперационном периоде. Это все вместе взятое может весьма значительно снизить вредность и опасность операции для таких больных.

Мы уже говорили о большом значении психотерапии в борьбе с болями, вредного влияния которых на центральную нервную систему нередко до сих пор недооценивают, хотя еще Н. И. Пирогов обращал на это внимание врачей: «...должно помнить, что боль и независимо от травматизма сама по себе причиняет сильное нервное и психическое сотрясение. Жестокая непрерывная боль у раздражительных людей и одна, и в соединении с другими душевными аффектами может причинить нервное истощение, тетанические судороги и смерть».

Результаты ряда исследований с убедительностью показали, что действительно длительная боль ведет к перераздражению центральной нервной системы импульсами, идущими с периферии.

Л. А. Орбели писал: «При длительных болях можно получить картину все большей и большей аккумуляции болевых ощущений и создания в центральной нервной системе более или менее локализованных очагов. Важно отметить, что в этих очагах возбуждение становится в конце концов как бы застойным».

Установление кумуляции болей с образованием очагов застойного возбуждения в коре головного мозга и с вовлечением зрительного бугра указывает на необходимость самого внимательного отношения врача к борьбе с болями. Роль подкормки в болевом синдроме объясняет и значение эмоционального фактора в нем. Клиника каузальгий особенно отчетливо показала, что различные условные раздражители могут как усиливать, так и смягчать боли. Длительные упорные боли вносят в личность больного существенные изменения, связанные с образованием болевой доминанты. У этого рода больных нередко возникает страх, резкая раздражительность, невыносимость к внешним раздражителям, плаксивость и т. п.

Лермитт (Lermitt) сообщал о больном, у которого под влиянием боли в левой руке возникали явления грудной жабы.

С. И. Левин описал ряд больных, у которых на почве каузальгии возникали фобии глубины и высоты, страх острых предметов и т. п.

Боли различного происхождения при лечении их внушением в гипнотическом состоянии часто устраняются или снимаются, хотя в ряде случаев ненадолго. Нередко бывает и так, что при повторных внушениях эффект их ослабевает.

В ряде случаев, привлекая больного к сознательной борьбе с переживанием боли и к отвлечению внимания от нее, можно достигнуть уменьшения боли, устранения элементов страха перед ней. Этот эффект оказывается более стойким.

Не переоценивая значения психотерапии в борьбе с болями, недопустимо и недооценивать ее, хотя и ограниченные, но вполне реальные возможности.

А. А. Токарский считал гипноз одним из наиболее ценных методов для устранения болей.

Опыт современных психотерапевтов также подтверждает значение психотерапии в борьбе с болями. Значительный материал по этому вопросу собран П. М. Зиновьевым, К. А. Скворцовым. Последний получал хорошие результаты в борьбе с болями при язвенной болезни, при мигренях и проч. Нам, как и другим психотерапевтам, удавалось улучшать состояние страдающих фантомными болями, при ангиоспазмах и др. Нам удавалось значительно облегчать болевые ощущения при злокачественных опухолях у некоторых больных.

Надо отметить, что нередко особенно быстрый и разительный эффект устранения болей является наиболее нестойким. Конечно, результаты психотерапии болей зависят от многих причин: различной их обусловленности, типа нервной системы, особенностей личности.

Психотерапевтические принципы диктуют врачу настойчивое ведение борьбы с болями не только методами психотерапии, но и другими. Мы с С. П. Кудрявцевой, наблюдая больных в руководимом Э. А. Рауэром и Н. М. Михельсоном отделении для больных с челюстно-лицевыми повреждениями, убедились, в какой мере воздействует на течение болезни и на всю жизнь

многих людей, перенесших повреждение лица, патологическая фиксация их на этом дефекте и какую роль в их возвращении к труду и нормальной жизни способна сыграть психотерапия.

Психотерапия способна сыграть большую роль в лечении больных, у которых то или иное повреждение привело к образованию стойкого и необратимого дефекта и которые сами не сумели справиться с возникшими для них из этого дефекта жизненными трудностями.

Мы наблюдали у ряда больных, перенесших ампутацию нижней конечности, особенно бедра, типичные невроты ампутированных со страхом пользования протезом. И здесь значение психотерапии велико. Очень важно то, что психотерапия весьма помогает овладению протезом, ставит больного «на ноги».

Такой твердый и морально сильный человек, каким описан Мересьев в книге Б. Полевого «Повесть о настоящем человеке», после ампутации ног «целые дни неподвижно лежал... на спине, смотря все на одну и ту же извилистую трещину на потолке. Когда товарищи заговаривали с ним, он отвечал — и часто невпопад — „да“, „нет“ и снова смолкал, думая о том, почему он не использовал в свое время оставшиеся у него в резерве патроны». Как необходима в таких случаях психотерапевтическая помощь, опять-таки прекрасно показал автор в этой же книге.

В. М. Бехтерев указывал на частичный положительный эффект лечения внушением при базедовой болезни (облегчение сердцебиения и т. п.).

Сотрудницы К. И. Платонова, М. И. Кашпур сообщают, что при исследовании 75 больных гипертиреозом у 48 человек было установлено наличие психогенного момента в этиологии заболевания. У 22 из них психотерапия дала весьма положительный результат. Эти выводы находят подтверждение и в нашем опыте.

У ряда больных, перенесших ту или иную болезнь, особенно инфекционную, возникает состояние нервной системы, сходное с неврастенией, иногда с другим невротом. Чаще всего наблюдается заострение личностных черт, повышение и усиление декомпенсации более или менее компенсированных до болезни черт невроза, следов былой психотравмы, принимают патологические

черты: реакции на раздражители, к которым ранее большой адаптировался. Нередко говорят о постинфекционной астении там, где правильнее говорить о своеобразном нервном расстройстве, в связи с которым общее ослабление организма повело к декомпенсации ранее компенсированных последствий психотравм или подготовило почву для новых психотравм, и обусловивших возникновение невроза. Таким больным показана психотерапия. Основное значение ее при этом — возможно скорый выход из образовавшегося невроза и предупреждение фиксирования невротических реакций.

Давно предпринимались попытки лечения кожных заболеваний методом психотерапии. Уже в 1895 г. А. Я. Кожевников и А. А. Токарский сообщали об успешном лечении внушением больных вульгарным сикозом, экземой и симметричной гангреной. Отмечал положительное значение психотерапии в дерматологической клинике и ученик С. П. Боткина А. Г. Полотебнов, проводивший концепции своего учителя и подходивший к терапии кожных заболеваний с позиций нервизма. Отсюда и его отношение к психотерапии.

Много сделал в области психотерапии кожных заболеваний К. И. Платонов.

Подробно о психотерапии при кожных заболеваниях пишут А. И. Картамышев, М. М. Желтаков, Н. Г. Безюк и др. А. И. Картамышев и М. В. Милич на психотерапевтической конференции сообщили о том, что из 108 больных экземой у 22 отмечено полное выздоровление, у 79 — улучшение. Из 75 больных чешуйчатым лишаем выздоровело 10 человек, улучшение — у 60. Из 101 пациента с вульгарными и плоскими бородавками у 49 наступило клиническое выздоровление. Лечение проводилось в основном внушением в гипнотическом состоянии. Внушалось общее успокоение, хорошее самочувствие и ликвидация болезненных явлений на коже.

Эти авторы полагают, что положительный эффект психотерапии при кожных болезнях не обязательно связан с наличием в этиологии психотравмы. Некоторые зарубежные авторы рекомендуют при лечении кожных заболеваний метод продленного гипноза.

Нам приходилось также лечить больных с кожными заболеваниями. Почти у всех этих больных мы могли установить наличие психотравмы или непсихогенного

заболевания центральной нервной системы. Сходны наблюдения и М. М. Желтакова. Мы полагаем, что вопрос об этиологии и патогенезе кожных заболеваний, особенно тех из них, которые излечиваются психотерапией, подлежит глубокому исследованию. Оно поможет более правильной и эффективной организации психотерапии при этих заболеваниях, поможет предупредить рецидивы при них, а также поведет к более обоснованному и четкому выделению тех кожных заболеваний, при которых действительно велико значение психотерапии.

В качестве основного механизма психотерапевтического влияния на страдающих кожными болезнями, вероятно, следует иметь в виду воздействие на эмоциональную сферу больного. Можно думать, что если даже не удастся излечение от кожной болезни, то психотерапия здесь может быть полезна уже и тем, что меняется отношение больного к этой его болезни, ликвидируется или ослабляется психотравмирующее влияние кожного заболевания, снимается фиксированность на заболевании, что не может не быть существенно и для общего излечения больного.

Опыт Великой Отечественной войны и лечения инвалидов по окончании ее показал, какое большое значение может иметь психотерапия при лечении нарушений, связанных не только с военной психотравмой, но и с проникающими ранениями и контузиями головного мозга. При последствиях таких травм почти всегда имеются весьма значительные динамические нарушения, на которые психотерапия оказывает весьма благоприятное влияние. Наиболее широкое распространение получила во время войны психотерапия страдающих контузионным сурдомутизмом. В послевоенные годы очень хорошие результаты дает лечение внушением в гипнотическом состоянии заикания, образовавшегося у перенесших контузию.

Отметим, что перенесшие контузию отличаются высокой гипнотизабильностью.

Как при лечении этого рода больных, так и при лечении других больных, перенесших травму головы, психотерапия часто содействует снятию психогенных компонентов болезни, весьма здесь частых.

Энцефалопатия, в частности травматическая и, пожалуй, особенно травматическая, создает благоприятные

предпосылки для повышенной реактивности и психотравматизации. При ней относительно легко образуется склонность к декомпенсации. Часто отмечающаяся при энцефалопатии астенизация при известных условиях ведет к нарастанию неверия в свои силы, переоценке болезненных явлений и т. п. Тормозные процессы, имевшие вначале целительное, охранительное значение, иногда теряют это свое значение, и в них находят выражение патологическая инертность. Такой больной нуждается в активирующей психотерапии, иногда в перестройке неправильно сложившихся установок. Все эти моменты определяют показания к психотерапии и выбор конкретных путей и задач ее.

Советские психотерапевты решительно отказались от всякого рода устрашающих методов, часто используемых в капиталистических странах (раздражение током, угрозы и пр.), и в основном на ранних стадиях и вскоре после наступившей декомпенсации применяют успокаивающую охранительную, а в более поздних стадиях — активирующую терапию, включающую и соответствующую психотерапию.

Возможность снятия динамических, преходящих функциональных компонентов при органических нарушениях делает целесообразным применение психотерапии и при ряде органических заболеваний центральной нервной системы нетравматического происхождения.

Еще в 1881 г. О. О. Мочутковский и В. А. Окс сообщали об улучшении состояния больного спинной сухоткой после лечения внушением в гипнотическом состоянии. Здесь возможно снижение болей, до некоторой степени влияние на расстройства сфинктеров и т. п.

В клинике В. М. Бехтерева было достигнуто смягчение болей и некоторых неприятных ощущений при сирингомиелии после внушения в гипнотическом состоянии. Бернгейму удавалось внушением улучшить движения при центральных параличах. П. Шильдер (P. Schilder) отмечал значительные психотерапевтические возможности при энцефалитах с явлениями паркинсонизма.

Иногда достаточно побудить больного к пользованию пораженной функцией, чтобы обеспечить выявление в ней объема возможностей, ранее у больного не замечавшихся и не предполагавшихся.

Органически обусловленное снижение функций ведет на основе тормозных процессов к снижению побуждений к соответствующей деятельности.

II, наоборот, развитие побуждений к деятельности ведет к повышению возможностей расширения объема поврежденной функции. В связи с этим понятно психотерапевтическое значение лечебной педагогики, которая так широко применялась для лечения раненых во время второй мировой войны и в СССР, и за рубежом.

С. М. Блинков недавно сообщил о влиянии на афазии внушения в гипнотическом состоянии. Описано положительное влияние психотерапии при амнестических расстройствах. Частичных успехов этого рода удавалось достигать и нам. Очевидно, все же у этих больных были психогенные наслоения (отношение к болезни свое и окружающих, измененные обстоятельства и проч.), что очень часто наблюдается при многих органических заболеваниях центральной нервной системы.

З. Н. Болотова сообщила о хороших результатах психотерапии при лечении перенесших энцефалит от образовавшихся у них навязчивых страхов. Нередко и в других случаях у больных, перенесших инфекцию центральной нервной системы, психотерпией удается снять ряд патологических явлений. Мы выше писали о подсбных больных.

У некоторых больных, перенесших легкий инсульт с быстро прошедшими расстройствами в двигательной и сенсорной областях, весьма долго после ликвидации всех объективных явлений остается неприятное и тяготящее их ощущение в ранее пострадавших органах. Внушение в гипнотическом состоянии здесь часто снимает эти явления. Ряд авторов сообщает о существенной пользе психотерапии страдающих эпилепсией. Мы снимали или уменьшали в отдельных случаях у страдающих эпилепсией некоторые явления патологической инертности, в частности навязчивости (особое значение имело внушение в гипнотическом состоянии). Беседы и внушения могут уменьшить выражение нарушений в аффективной сфере (А. К. Михайлов) и, таким образом, возможно, положительно повлиять на частоту припадков.

Очень важно учесть указание на успех такого лечения, сделанное А. А. Токарским, вообще очень осторожным в оценке психотерапевтического влияния: «Улуч-

шение [при эпилепсии. — М. Л.] наблюдается почти во всех случаях без исключения, и там, где не происходит совершенного исчезновения болезни под влиянием фармацевтического лечения, я считаю применение гипнозизма действительно показанным».

Несомненно, оправдывает себя метод групповой психотерапии больных эпилепсией. В стационарах групповые беседы с больными эпилепсией во всяком случае способны улучшить обстановку в отделениях, положительно влиять на поведение больных.

Как мы говорили, нам неоднократно случалось убеждаться в возможности известного временного затухивания органического заболевания центральной нервной системы в результате психотерапии, особенно внушения в гипнотическом состоянии. В отдельных случаях психотерапия может в связи с этим иметь отрицательное значение.

Больная М., 48 лет, библиотечный работник. Больна в течение ряда лет. Основное явление — шаткость походки. Неоднократно подвергалась исследованиям в нейрохирургических и неврологических лечебных учреждениях. Несколько раз с успехом лечилась у разных психотерапевтов: начинала лучше ходить, улучшалось общее самочувствие. Личность, несомненно, с истерическими чертами. Долгое время ставили диагноз остаточных явлений энцефалита с истерическими наслоениями. Лишь с большим опозданием был установлен правильный диагноз: опухоль IV желудочка.

Конечно, психотерапия должна быть признана важным методом и в лечении психических заболеваний. Необходимо лишь оговорить, что, во-первых, психотерапия чаще всего не может являться здесь единственным методом применяемого лечения и, во-вторых, психотерапию здесь особенно необходимо понимать достаточно широко в соответствии с пониманием С. С. Корсакова и большинства советских психотерапевтов, включая в нее и моменты режима, и лечения трудом, но не исключая и воздействия внушением и психотерапевтическим убеждением, где они применимы, учитывая особенности и болезни, и ее стадии, и индивидуальных особенностей больного.

И. М. Балинский отмечал огромное значение психотерапии при лечении больных с различными формами психозов и главным образом ценил психотерапевтическое убеждение. Его он рекомендовал применять как лечебный фактор, особенно в период выздоровления и

в начальном периоде болезни, когда бредовые мысли уже или еще непрочны. Среди психотерапевтических мероприятий при лечении страдающих психическими заболеваниями И. М. Балинский особо выделял метод трудовой терапии.

Эскироль делал попытки применять гипноз при лечении психических заболеваний.

Отмечали положительную роль гипноза в лечении психически больных Вуазен, Форель и др. Бурдон описал случай полного излечения внушением в гипнотическом состоянии больной с послеродовым психозом.

И А. А. Токарский также отмечал значение гипноза при лечении душевных болезней.

О роли психотерапии в преодолении аутизма у больных шизофренией давно писал Е. Блейлер (E. Bleuler). Аналогичные взгляды высказывали Кречмер, Курт Шнейдер. Много писали о психотерапии при шизофрении Шульц-Генике, Барюк.

В последнее время в СССР и за рубежом проявляют особенно большой интерес к использованию психотерапевтического метода при лечении шизофрении. Некоторые авторы, исходя из ложного понимания существа шизофрении, доходят до того, что готовы считать психотерапию единственным методом лечения этой болезни [Фром-Рейхман, Розен (Fromm-Reichmann, Rosen) и др.].

Большое значение психотерапии в лечении больных шизофренией придают и некоторые другие зарубежные психиатры. Клезе (K. Klaesi) считает необходимой психотерапию больных шизофренией в процессе лечения инсулином, особенно в момент выхода из комы. Кайла (K. Kaila) обращает внимание на возможность предупреждения рецидива (вероятно, декомпенсации) психотерапией в амбулаторных условиях.

В СССР писали о психотерапии шизофрении С. И. Консторум, П. М. Зиновьев, А. Н. Молохов, Н. В. Канторович. Заслуживает внимания также монография Мюллер-Хегемана. Этот автор недавно выступил и в нашей печати со статьей по данному же вопросу.

Г. Е. Сухарева и ее сотрудница Е. С. Гребельская изучали психотерапевтические возможности при лечении страдающих шизофренией детей и подростков и пришли к положительным выводам.

П. М. Зиновьев, А. Б. Александровский, Г. В. Зеневич и другие авторы особое внимание обращали на целесообразность психотерапии больных шизофренией в состоянии ремиссии. В процессуальной стадии важно поддерживать у больного чувство человеческого достоинства, смягчать по возможности его подозрительность, аутизм.

Некоторые зарубежные авторы описывают известные успехи групповой психотерапии больных шизофренией в острой стадии.

Необходимо быть с больным правдивым, уважать его достоинство, мотивировать, где это только мыслимо, все поступки медицинского персонала, имеющие к больному отношение. Следует, сколько возможно, не прибегать к искусственному кормлению, как и к другим видам насилия. Мы считаем правильным требование, выдвигаемое Хиллом в неприемлемой для нас в целом по своим концепциям книге: «То, что говорится больному (шизофренией — М. Л.), должно быть правдивым. Если его отделяют от других больных, потому что он для них опасен, надо пытаться ему это объяснить. Ни в коем случае недопустимо обещать больному то, что нельзя будет выполнить».

Психотерапия, содействуя установлению контакта больного с врачом, прокладывает дорогу для дальнейшего расширения контактов его с окружающими. Но контакт врача с больным имеет и другое значение: он помогает врачу найти те области психики больного, которые являются выражением отношения больного к изменившимся для него обстоятельствам и могут быть в той или иной мере устранены влиянием врача на больного и изменением условий жизни больного. Правильно понимая психотерапию и ее методiku, мы не можем исключить возможность психотерапевтического эффекта на любой стадии и при любой форме шизофрении.

Безусловно, психотерапия в различных ее формах может и должна играть роль в предупреждении такого углубления дефекта, какое не является неизбежным следствием патологоанатомических и патофизиологических изменений, обусловленных процессом.

Павловское понимание патофизиологической сущности шизофрении и характерных для нее изменений психики делает вполне обоснованным применение и эффективность психотерапии при шизофрении. У больных с бре-

дом бывает важно учесть возможность напластований на основные бредовые явления. Эти напластования могут иметь в какой-то мере психогенный характер, и их устранение бывает осуществимо при помощи различных методов психотерапии. Такой эффект психотерапии при шизофрении возможен и при астеническом характере дефекта, при наличии некоторых выражений патологической инертности и пр. Леонгард (K. Leongard) описывает опыты успешного лечения по поводу шизофренической манерности. Здесь нужна только особая осторожность, продуманность и обоснованность плана психотерапевтического воздействия. Приведем выдержку из письма к нам больной шизофренией и еще ссылки на трех больных.

«После лечения психотерапией я почувствовала следующие улучшения:

1. Мне стало гораздо веселее и спокойнее, меньше гнетет тоска и мысль о смерти как избавлении от страданий.

2. Я стала общительнее с людьми. Я могу пойти к знакомым в гости, чего в последнее время не могла, так как не могла им смотреть в глаза и пр.

3. Меня не оскорбляют и не ругают так на работе, в квартире, в магазинах, на транспорте и улице.

4. Я меньше плачу.

5. Прошло чувство холода в голове и я больше не укутываю ее на ночь.

6. Я не принимаю никаких лекарств или физиотерапии, без чего раньше не могла обходиться».

Другой больной, Б., страдающий 2 года шизофренией, недавно перенес обострение. Теперь несколько депрессивен, напряжен. После сеанса гипноза самочувствие, как он сам говорит, «замечательное». Но спустя несколько часов он как будто возвращается в прежнее состояние. Психотерапия продолжается, спустя некоторое время наступает заметное улучшение, в чем нельзя не видеть и значения психотерапии.

Больная Ф. говорит после первых сеансов гипноза, что после них чувствует себя так хорошо, что боится «не справиться с заполняющим ее блаженством». Эта же больная позднее, случалось, будучи возбужденной, не приходила под влиянием внушения в гипнотическое состояние, моментами отрицательно к нему относилась. Позднее — опять положительное отношение к гипнозу. Все же, несомненно, на общем состоянии этой больной и курс психотерапии (включая и гипноз) отразился положительно: менее резко выражены навязчивость, страхи, напряженность. Она лучше спит.

Мы лечили больную Лоп., 32 лет, страдающую несколько лет шизофренией с чертами дефекта. Она поступила в клинику с основной жалобой на отсутствие аппетита. Действительно она ела очень мало, и в связи с этим испытывала страх — она говорила, что скоро умрет, потому что не ест. В ряде психотерапевтических бесед мы убедили больную, что можно установить диету, которая

будет для нее приемлемой. Были даны также указания обеспечить для нее не особенно сложные изменения в общем столе. Больная стала спокойно есть и избавилась от страха смерти. Выписалась в удовлетворительном состоянии.

Нередко у больных шизофренией удается психотерапией снять навязчивости. Нам неоднократно удавалось беседами, как и внушением в гипнотическом состоянии, достигать улучшения состояния аффективной сферы больных шизофренией, при этом они становились мягче, хотя бы избирательно контактнее.

Наш опыт, как и опыт ряда других авторов, убедительно показывает, что на разных стадиях шизофрении психотерапия, включая у многих больных и гипноз, может иметь весьма положительное значение. Конечно, это не говорит о том, что психотерапия может заменить основное лечение в процессуальном периоде.

Велика роль лечения трудом больных шизофренией, дефектных, в том числе и с как будто очень глубоким дефектом, который нередко, как показали отечественные и зарубежные авторы, в процессе трудотерапии обнаруживает свои динамические черты. Положительное значение имеет лечение трудом также для больных, находящихся в подостром состоянии.

Несомненно, можно достигнуть весьма хороших результатов психотерапии при психотических явлениях у истерических больных, а также при бреде у органических больных. Так же легко удается обычно ликвидировать у больных истерией галлюцинации, сумеречные состояния.

Психотерапия может быть в той или иной мере полезна при депрессивных состояниях.

- На важный аспект психотерапевтического воздействия в свое время обратил внимание Ю. В. Каннабих. Говоря о лечении больных, страдающих периодической депрессией, он отмечал: «...свой пессимизм, свое „неприятие мира“, свою тоску и трагический культ смерти они лишь весьма неохотно соглашаются низвести на степень простых симптомов. А между тем, как только подобное низведение произойдет и поскольку оно произойдет, появляется совершенно иной взгляд на положение вещей, жизнь не представляется конченной и образ смерти лишается своей привлекательности. Такое просветление иногда продолжается очень недолго и все-

таки за эти несколько часов (или минут) душа отдохнула, а следовательно, и работа врача не пропала напрасно».

Здесь сделано очень ценное наблюдение. Охваченный эмоцией больной сам неспособен проанализировать свое состояние. Помощь врача нужна для того, чтобы эту возможность анализа хотя бы временно восстановить, предоставив временный отдых коре от подкорковых импульсов. Врач должен объяснить больному, что он болен, и именно это эмоционально и настойчиво проводимое, подкрепляемое фактами из истории болезни больного доказательство действует благотворно. Совершенно прав был также Ю. В. Каннабих, показывая, что психотерапевт не имеет права игнорировать и кратковременное как будто облегчение, в самом деле играющее существенную роль для течения болезни в целом.

Нередко помощь психотерапевта на первый взгляд бывает и не столь как будто эффективна, но это не должно разочаровывать ни самого психотерапевта, ни больного, ни окружающих. Отметим совершенно справедливое указание автора приведенных строк, что больные с депрессией редко нуждаются во внушении в гипнотическом состоянии: оно у них часто вообще мало достижимо, а если и достигается, то не столь эффективно, как воздействие на бодрствующую кору. Вероятно, именно эмоциональное влияние, импульсы из подкорки затрудняют здесь переход в гипнотическое состояние.

Вместе с тем было бы неправильно полностью исключать лечение гипнотическим методом при всяком депрессивном состоянии. Наш опыт также говорит о несомненном значении психотерапии при депрессии. Мы также могли убедиться, что у некоторых депрессивных больных и с эндогенной депрессией эффект психотерапевтической помощи оказывается весьма высоким и проявляется весьма быстро.

Больная С., 33 лет, до этого никогда не отмечавшая нервнопсихических расстройств, заболела непосредственно после первых родов. Никаких травмирующих моментов не выявлено. Больная стала испытывать постоянную тоску. Не может есть — тошнит. Безразлична ко всему, включая и ребенка. Бойтся сойти с ума.

Весьма заметное улучшение наступило после первых двух бесед. Содержание и задача этих бесед соответствовали приведенным высказываниям Ю. В. Каннабиха. Затем две такие беседы мы закончили введением больной в гипнотическое состояние. Было обес-

печено правильное воздействие на больную персонала и семьи. Вскоре больную выписали из больницы, где мы ее лечили. Состояние ее значительно лучше, тоски нет, но еще несколько неуверена в себе. Очень тянет домой: к мужу, к ребенку. Говорит, что «стала дру- гая, стало почти совсем хорошо».

У двух других больных психотерапевтическая по- мощь была значительно менее эффективной, но все же явно полезной.

Больную Б., 50 лет, мы несколько раз лечили в связи с состо- янием депрессии. Когда у больной тоска ослабевает, обычно на- блюдается потребность устраниваться от всяких нагрузок, волнений и т. п. Она чувствует себя не в состоянии заниматься делами и заботами членов семьи, как делает это, будучи здоровой. Она хо- чет меньше разговаривать, читать только легкую литературу. Но эту свою склонность она очень тяжело переносит, считает себя эгоисткой, «ничтожеством», что явно отдалает выход из депрессии. Мы помогаем больной правильно отнестись к охранительным тен- денциям ее нервной системы, говорим, что предписываем ей такого рода режим, что без него не будем ее лечить, скажем ее домаш- ним, что она уклоняется от лечения. Мы предписываем ей также легкий лечебный труд. Все это неизменно дает положительный эффект.

У больной С., 44 лет, у которой циклотимия сочетается с кли- максом и гипертонией, психотерапия с применением гипнотического метода дает возможность устранить бессонницу и, несомненно, влияет на снижение чувства тоски и тревоги, помогает снижению кровяного давления и, таким образом, значительно способствует ускорению выхода из весьма затянувшегося состояния депрессии.

Естественно, чем более выражен психогенный момент в приступе депрессии, тем более эффективно психоте- рапевтическое воздействие.

Применение психотерапии в клинике психозов в послед- ние годы значительно расширяется. Недавно, напри- мер, Гох (Р. Нох) писал о полезности психотерапии при сенильных психозах.

В клинике наблюдают функциональные нарушения анализаторов, вестибулярного аппарата и пр., при кото- рых лечение методами психотерапии может принести существенную пользу, в частности при болезни Меньера. Большую роль может играть психотерапия при лечении некоторых нарушений в старческом возрасте.

В настоящей главе мы главным образом останавлива- лись лишь на применении психотерапевтических методов в тех случаях, когда они играют в какой-то мере реша- ющую или особо важную и более или менее самостоятель- ную роль, решают до некоторой степени самостоятельные

задачи, но привели, конечно, весьма неполный перечень болезней, при которых специальные методики психотерапии могут играть такую роль.

Мы также могли здесь лишь отдельными штрихами наметить особенности психотерапии некоторых заболеваний. Многое из сказанного в предыдущих главах имеет прямое отношение к этой последней главе и ее сколько-то дополняет.

Во всех случаях, о которых здесь шла речь, необходимо учитывать следующее: психотерапия ни в коем случае не должна допускать отсрочку применения других полезных и важных для больного методов лечения. Необходимо также помнить, что иногда психотерапия может временно маскировать нарушения. У больных, склонных по состоянию своему к бредообразованию, психотерапию и не только гипнотерапию надо применять с особой осторожностью. Известная опасность применения специальных психотерапевтических методик становится реальной лишь при недостаточной психотерапевтической и общеклинической подготовке врача. Учитывая это, мы не можем не признать большую их ценность почти во всех разделах клиники.

Общая психотерапия, которая призвана лишь помочь лечению другими методами, повышать общее самочувствие больного и т. п., необходима всюду, где самый характер болезни и основного метода ее лечения могут оказать влияние на психику больного или от нее существенно зависят. Насколько это бывает часто и насколько это бывает существенным, не приходится и говорить.

Психотерапия должна широко проникать во всю лечебную систему. Психотерапевтические идеи должны наложить свой отпечаток на всю советскую лечебную медицину. Вместе с тем мы должны стремиться полнее обеспечивать больным, в этом нуждающимся, систематическую специальную психотерапевтическую помощь с применением всех пригодных методик, упоминавшихся ранее нами.

Особенно опыт наших акушеров-гинекологов и дерматологов показал, насколько целесообразно, когда специальную психотерапевтическую помощь оказывают врачи, посвятившие себя соматическим областям лечебной медицины. Очень важно, чтобы врачи и других специальностей чаще применяли психотерапию во всем

многообразии ее средств и приемов в своей области лечебной работы.

Наряду с этим нам необходимо шире готовить кадры психотерапевтов-специалистов, которые в содружестве с представителями других клинических и теоретических дисциплин будут разрабатывать основы материалистической психотерапии и будут оказывать психотерапевтическую помощь там, где она требует наиболее высокой психотерапевтической подготовки врача и больше времени, чем может его найти для психотерапии больного хирург, терапевт и т. п.

Все это требует дальнейшего углубления и расширения учебной и теоретической работы, без чего мы не сумеем обеспечить расширение и повышение уровня нашей психотерапевтической практики.

Должна быть обеспечена система мероприятий по подготовке в области психотерапии врачей всех лечебных профилей. Должны быть также в лечебных учреждениях созданы все необходимые условия для обеспечения условий полноценной психотерапевтической помощи.

Должны быть созданы и специальные лечебные учреждения, в которых психотерапия в связи с особенностями контингента больных, в основном с пограничными состояниями, может рассматриваться, как основной, а зачастую и единственный метод лечения.

Необходимо вести широкую пропаганду психотерапевтического метода, к которому нередко еще имеется неправильное отношение, способное мешать лечебному его применению.

ЛИТЕРАТУРА

а) Отечественная

- Аствацатуров М. И. Психотерапия и психоанализ. Л., 1925.
- Балинский И. М. Лекции по психиатрии. Л., 1958.
- Бахтиоров В. А. Гипнотическое внушение в хирургии. Уральский медицинский журнал, 1930, 1, 47—51.
- Безюк Н. Г. К вопросу лечения гипно-суггестией *pruritus cutaneus*. Врачебное дело, 1939, 6, 397—400.
- Белинский В. Г. Избранные философские сочинения. Под ред. М. Т. Иовчука, З. В. Смирновой. М., 1948, 1.
- Бернштейн А. Н. А. А. Токарский (некролог). Вопросы философии и психологии, 1901, кн. 4 (59) V—XI.
- Бехтерев В. М. Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение. СПб, 1911.
- Бехтерев В. М. Избранные произведения. М., 1954.
- Бирман Б. Н. Гипновнушаемость при неврозах и ее физиологические основы. Архив биологических наук, 1934, 26, сер. Б, в. 1, 3—13.
- Бирман Б. Н. Роль гипнотического и сонного торможения в патогенезе и терапии невротических синдромов. Журнал высшей нервной деятельности, 1951, 1, 1, 67—73.
- Бирман Б. Н. Экспериментальный сон. С предисловием И. П. Павлова. Л., 1925.
- Боткин С. П. Курс клиники внутренних болезней. СПб, 1868, в. 2.
- Боткин Я. А. Принципы психотерапии. М., 1897.
- Булатов П. К., Буль П. И. О лечении бронхиальной астмы суггестивной психотерапией. В кн.: Клинические физиологические исследования бронхиальной астмы. Л., 1953. 105—111.
- Буль П. И. Техника врачебного гипноза. Л., 1955.
- Быков К. М. Кора головного мозга и внутренние органы. М., 1949.
- Вопросы психотерапии. Сборник под редакцией М. С. Лебздинского. М., 1958.
- Вырубов Н. А. Психотерапевтические воззрения С. С. Корсакова. М., 1910.
- Гаккебуш В. М. Самонавіяння в терапії неврозів. Київ, 1928.

- Галачьян А. Г. О некоторых основах целостного понимания больного. Клинический очерк. М., 1954.
- Гелина Л. И. Психотерапия и гипноз в практике детского отделения психоневрологической больницы. В кн.: Учение И. П. Павлова в лечебной практике психоневрологической больницы. М., 1954, 56—61.
- Гефтер А. И., Ефимов А. С. Гипнотерапия при болях в области сердца. Терапевтический архив, 1955, 27, 1, 21—28.
- Гиляровский В. А. О психотерапии на коллективах невротиков как особом методе, проводимом в Донской невропсихиатрической лечебнице. Московский медицинский журнал, 1926, 7, 55—61.
- Гиляровский В. А. Психиатрия. Руководство для врачей и студентов. М., 1954.
- Гребельская Е. С. Опыт психотерапии у детей и подростков. В кн.: Труды Центрального института психиатрии. М., 1949, 4, 405—414.
- Горький М. Собрание сочинений. Изд. 2-е, М., 1933, т. 21.
- Гоциридзе А. Ф. К вопросу о психогенных формах эпилепсии и их лечении психотерапией. Неврология и психиатрия, 1929, 3—4, 512—520.
- Грейденберг Б. С. Психологические основы нервно-психической терапии. В кн.: Труды I съезда Русского союза психиатров и невропатологов. М., 1914, 118—141.
- Давиденков С. М. О механизме истерических расстройств с точки зрения психоаналитических взаимоотношений. В кн.: Проблемы кортико-висцеральной патологии. Под ред. К. М. Быкова. М., 1949, 192—201.
- Данилевский В. Я. Врач, его призвание и образование. Харьков, 1921.
- Данилевский В. Я. Гипнотизм. Харьков, 1924.
- Добролюбов Н. А. Избранные философские сочинения. М., 1945, ч. I.
- Довбня Б. Н. Случай пятилетней астазии-абазии, излеченной психотерапией. М., 1910.
- Долин А. О., Минкер-Богданова Е. Т., Поворинский Ю. А. Роль коры головного мозга в нарушении процессов обмена. Архив биологических наук, 1934, 36, сер. Б, 1, 65—79.
- Захарин Г. А. Клинические лекции. М., 1889—1890.
- Зиновьев П. М. Психотерапия болевых синдромов при соматических заболеваниях. Врачебное дело, 1947, 8, 643—649.
- Иванов Н. В. Возникновение и развитие отечественной психотерапии. Дисс. докт. М., 1954.
- Иванов Н. В. О месте психотерапии в системе лечения шизофрении. Сб. Актуальные проблемы невропатологии и психиатрии. Куйбышев, 1957.
- Иванов-Смоленский А. Г. Очерки патофизиологии высшей нервной деятельности. М., 1952.
- Иноземцев Ф. И. О лечении молоком простудных и с простудными сопряженных болезней холодного лихорадочного свойства. М., 1857.
- Истаманова Т. С. Функциональные расстройства внутренних органов при неврастении. М., 1958.

- Каппабих Ю. В. Место гипноза в системе советской психотерапии и гигиены. Советская невропатология и психотерапия, 1934, 9, 50—61.
- Каппабих Ю. В. Циклотимия, ее симптоматология и лечение. Дисс. М., 1914.
- Картамышев А. И. Гипноз и внушение в терапии кожных болезней. М., 1953.
- Ковалев А. Г., Мясищев В. Н. Психические особенности человека. Характер. Л., 1957, 1.
- Консторум С. И. Некоторые особенности постпроцессуальных шизофрений в свете активирующей психиатрии. Журнал невропатологии и психиатрии, 1951, 1, 73—77.
- Короткин И. И., Сулова М. М. Исследование высшей нервной деятельности в сомнамбулической фазе гипноза при различной глубине гипнотического сна. Физиологический журнал СССР, 1953, 39, 4, 423—431.
- Корсаков С. С. Курс психиатрии. М., 1913.
- Лебединский М. С. Вопросы психотерапии неврозов. В кн.: Неврозы. Труды конференции, посвященной проблеме неврозов. Петрозаводск, 1956, 69—79.
- Лебединский М. С. Психические изменения и психотерапия при гипертонической болезни. В кн.: Проблемы кортико-висцеральной патологии. Под ред. К. М. Быкова. М., 1949, 192—201.
- Лебединский М. С. Психотерапия при нарушениях речи. Неврология и психиатрия, 1945, 6.
- Лопатин Л. М., Рачинский Г. А. Памяти А. А. Токарского. Вопросы философии и психологии, 1901, кн. 4 (59) XII—XVIII.
- Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М., 1944.
- Макаренко А. С. Педагогическая поэма. М., 1957.
- Манассин В. А. О значении психических влияний. СПб, 1877.
- Маренина А. И. Исследование сомнамбулической фазы гипноза методом электроэнцефалографии. В кн.: Труды института физиологии имени И. П. Павлова (Академия наук СССР). Л., 1952, 1, 333—338.
- Марциновский (И). (Marcinowski) Нервность и мирозерцание. М., 1913.
- Мочутковский О. О. Труды врачей Одесской городской больницы. Одесса, 1881, 4, 199—225.
- Мочутковский О. О. Об истерических формах гипноза. Одесса, 1888.
- Мудров М. Я. Избранные произведения. М., 1949.
- Мясищев В. Н. Проблема личности и советская психология. В кн.: Материалы университетской психологической конференции Ленинградского университета. Л., 1949, 18—25.
- Мясищев В. Н. О связи электроэнцефалограммы с психическими процессами. В кн.: Материалы университетской психологической конференции Ленинградского университета. Л., 1949, 92—100.
- Мясищев В. Н. Актуальные проблемы патогенеза неврозов в борьба с ними. В кн.: Неврозы. Труды конференции, посвященной проблеме неврозов. Петрозаводск, 1956, 49—57.
- Неткачев Г. Д. Заикание. М., 1909.

- Николаев А. П. Очерки теории и практики обезболивания родов. М., 1953.
- Озерецковский Д. С. Навязчивые состояния невроза. М., 1950.
- Орбели Л. А. Современное состояние учения о боли. В кн.: Каузальгия. М., 1946, 7—20.
- Островский Н. Мысли о самовоспитании (Из высказываний писателя). Юность, 1955, 3, 71.
- Павлов Б. В., Поворинский Ю. А., Бобкова В. В. К вопросу о взаимодействии первой и второй сигнальных систем в сомнамбулической фазе гипноза. Журнал высшей нервной деятельности, 1955, 5, 1, 11—18.
- Павлов И. П. Полное собрание трудов. М.—Л., 1940—1949, т. 1, 3, 6.
- Павловские среды. М.—Л., т. 1 и 2.
- Петров Н. Н. Вопросы хирургической деонтологии. Л., 1956.
- Петрова М. К. О роли функционально-ослабленной коры головного мозга в возникновении различных патологических процессов в организме. Л., 1946.
- Пирогов Н. И. Начала общей военно-полевой хирургии. Дрезден, 1865—1866.
- Платонов К. И. К учению о значении сонного гипнотического торможения. Высшая нервная деятельность. М., 1952, 3.
- Платонов К. И. О природе некоторых расстройств функций внутренних органов. В кн.: Проблемы кортико-висцеральной патологии под редакцией К. М. Быкова, 1952.
- Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор. М., 1957.
- Подъяпольский П. П. О высоком вероятии проявления внушений, заданных родителям, у детей. Саратов, 1905.
- Полотебнов А. Г. Введение в курс дерматологии. Военно-медицинский журнал, 1896, 186, 5, разд. 1, 1—35.
- Попов Е. А. Некоторые патофизиологические основы характера психастеника. В кн.: Неврозы. Труды конференции, посвященной проблеме неврозов. Петрозаводск, 1956, 141—146.
- Радищев А. Н. Полное собрание сочинений. М.—Л., 1941, т. 2.
- Рожнов В. Е. Терапевтическая эффективность лечебного внушения в удлиненном гипнотическом сне. Невропатология и психиатрия. 1953, 6, 462—464.
- Рожнов В. Е. Гипноз в медицине. М., 1954.
- Рожнов В. Е. Физиологические особенности гипнотического состояния различной глубины и гипнотерапия алкоголизма. Дисс. докт. М., 1956.
- Россолимо Г. И. Психологические профили. СПб, 1910.
- Сеченов И. М. Избранные произведения. М., 1956.
- Скиадан М. И. *Oratio de causis et effectibus pathemotum animi atque ratione eorum moderandorum coëncendorumve ad bene beateque vivendum.* М., 1794.
- Скворцов К. А. Очерки по психиатрии соматического больного. М., 1958.
- Стрельчук И. В. Опыт применения длительного сна. Журнал высшей нервной деятельности, 1951, 1, 2, 384—391.
- Стрельчук И. В. Охранительное торможение и лечебный сон в психиатрии и невропатологии. Журнал высшей нервной деятельности, 1952, 4, 509—517.

- Сумбасв И. С. К теории и практике психотерапии. Иркутск, 1946.
- Суханов С. А. Истерический характер и истерические проявления. СПб, 1911.
- Тарханов И. Р. Гипнотизм, внушение и чтение мысли. СПб, 1886.
- Телешевская Е. А. Патологический анализ наркопсихотерапии зафиксированных истерических реакций. В кн.: Неврозы. Труды конференции, посвященной проблеме неврозов. Петрозаводск, 1956, 186—188.
- Токарский А. А. Гипнотизм в педагогии. Вопросы философии и психологии, 1890, кн. 4, 83—113.
- Токарский А. А. Гипнотизм и внушение. Харьков, 1888.
- Токарский А. А. К вопросу о вредном влиянии гипнотизирования. Доклад, представленный на III съезде русских врачей. СПб, 1889.
- Токарский А. А. Терапевтическое применение гипнотизма. В кн.: Труды IV съезда русских врачей. М., 1892. 758—841.
- Хорошко В. К. Учение о неврозах. М., 1943.
- Цейтлин С. Л. Трудовая терапия душевных заболеваний в годы Великой Отечественной войны. В кн.: Проблемы современной психиатрии. М., 1948, 486—491.
- Черноруцкий М. В. Учение И. П. Павлова и клиническая медицина. Л., 1953.
- Чернышевский Н. Г. Избранные философские произведения. М., 1938, т. 1.
- Чернышевский Н. Г. Полное собрание сочинений. М., 1949, т. 9.
- Чехов А. П. Полное собрание сочинений и писем. М., 1944, 1951.
- Шарко Жан Мартин. Исцеляющая вера. М., 1899.
- Шевалев Е. А. К вопросу трудовой терапии неврозов и психозов. В кн.: Проблемы психиатрии и психопатологии. Биомедгиз, 1935, 44—68.
- Яковенко В. И. Случай упорной истерической невралгии, излеченной гипнотическим внушением. Медицинское обозрение, 1888, 29, 5, 433—442.
- Яковлева Е. К. Психотерапия и профилактика невроза навязчивых состояний и психастении. В кн.: Неврозы. Труды конференции, посвященной проблеме неврозов. Петрозаводск, 1956, 159—166.
- Яковлева Е. К. Патогенез и психотерапия навязчивого состояния. Л., 1958.
- Янушевский И. К. К вопросу о компенсации шизофренического дефекта в условиях военного времени. В кн.: Проблемы современной психиатрии. М., 1948, 365—375.
- Яроцкий А. И. Идеализм как физиологический фактор. Юрьев, 1908.

б) Переводная

- Бернгейм И. О гипнотическом внушении и применении его в лечении болезней. Одесса, 1887—1888.
- Беттершtrand О. Г. Гипнотизм и его применение в практической медицине. М., 1893.
- Вундт В. Гипнотизм и внушение. М., 1893.
- Гейденшайн Рудольф. Так называемый животный магнетизм (перевод с немецкого) под редакцией И. Павлова. СПб, 1881.

- Дежерин Ж. Ж. и Гоклер Е. Функциональные проявления психоневрозов, их лечение психотерапией. М., 1912.
- Джемс В. Многообразие религиозного опыта. М., 1910 (перевод с английского).
- Дюбуа П. О психотерапии. М., 1911.
- Дюбуа П. Психоневрозы и их психическое лечение. СПб., 1912.
- Жане П. Неврозы и фиксированные идеи. СПб., 1903.
- Кречмер Э. Медицинская психология. М., 1927 (перевод с немецкого).
- Куэ Э. Школа самообладания путем сознательного преднамеренного самсвнушения. Н.-Новгород, 1929 (перевод с французского).
- Левенфельд Л. Гипноз и его техника. Житомир, 1927 (перевод с немецкого).
- Молль А. Гипнотизм, его теоретические основы и практическое применение. СПб., 1898.
- Оппенгейм Г. Письма к нервным больным. М., 1908.
- Форель А. Гипнотизм или внушение и психотерапия. Л., 1928.
- Хэк Тьюк (Н. Гике). Дух и тело, действие психики и воображения на физическую природу человека. М., 1888.
- Шильдер П. Сущность гипноза. Л., 1926.
- Jung C. G. (Юнг К. Ж.) К психологии сплетни. Психотерапия, 1911, 4, 115—128.
- Юнг К. Ж. Психологические типы. М., 1924.

в) Иностранная

- Adler A. Menschenkenntniss. Zürich, 1947.
- Adler A. Praxis und Theorie der Individualpsychologie. München, 1927.
- Babincky J. Ma conception de l'hystérie et de l'hypnotisme. Chartres, 1906.
- Baruk H. Précis de psychiatrie. Paris, 1954.
- Braid J. Neurohypnology. Paris, 1883.
- Breuer J., Freud S. Studien über Hysterie. Leipzig, 1916.
- Brower D., Abt L. E. Progress in Clinical Psychology. New-York, 1952.
- Cobb S. Foundations of Neuropsychiatry. Baltimore, 1958.
- Corsini R. J. Methods of group Psychotherapy. New-York, London, 1957.
- Desoille R. Introduction à une psychothérapie rationnelle. Paris, 1955.
- Dreikurs R., Corsini R. Twenty years of group psychotherapy; its purposes, methods and mechanismus. J. Psychiatr., 1954, 110, 567—575.
- Freud S. Introduzione allo studio della psicoanalisi. Napoli-Vienne, 1922.
- Freud S. Zur Technik der Psychoanalyse und zur Metapsychologie. Leipzig-Wien, 1924.
- Freud S. Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, Leipzig-Wien, 1916.
- Fromm-Reichmann F. Principles of Intensive Psychotherapy, Chicago, 1953.

- Hill Lewis B. Psychotherapeutic Intervention in Schizophrenia. Chicago, 1955.
- Hoch P. H. Aims and limitations of psychotherapy. *Am. J. Psychiatr.*, 1955, 112, 321.
- International Congress of Psychotherapy. Zürich, 1954.
- Jacobson E. Progressive relaxation. Chicago, 1938.
- Kretschmer E. Psychotherapeutische Studien. Stuttgart, 1949.
- Kronfeld A. Psychotherapie. Berlin, 1925.
- Levy P. E. L'éducation rationnelle de la volonté et son emploi thérapeutique. Paris (s. d.).
- Lindauer. Psychotherapiewoche. Stuttgart, 1956.
- Masserman J. H. The Practice of Dynamic Psychiatry. London, 1955.
- Masserman J. H., Marenco J. L. Progress in Psychotherapy. New-York—London, 1957.
- Moreno J. L. Global psychotherapy and prospects of a therapeutic world. В кн.: Progress in Psychotherapy. New-York—London, 1957, 2, 1—52.
- Mowrer O. H. and oth. Psychotherapy Theory and Research. New-York, 1953.
- Müller-Hegemann D. Die Psychotherapie bei Schizophrenen Prozessen. Leipzig, 1952.
- Müller-Hegemann D. Psychotherapie. Berlin, 1957.
- Natenberg Maurice. The Case History of Sigmund Freud. Chicago, 1955.
- Preyer W. Entdeckung des Hypnotismus. Berlin, 1881.
- Schneck J. M. Hypnosis in Modern Medicine. Springfield, 1953.
- Schwarz O. Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome. Wien, 1925.
- Schultz J. H. Das Autogenne Training. Leipzig, 1954.
- Simon H. Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. Berlin, 1929.
- Symposium international sur la psychothérapie de la schizophrénie. Lausanne, 1956, Basel—New-York, 1957.
- Weiss E., English O. S. Psychosomatic Medicine Philadelphia--London, 1944.
- Wolberg L. R. The Technique of Psychotherapy. New-York, 1954.
-

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Введение	3
Основные черты идеалистической психотерапии	11
Развитие концепции психотерапии в отечественной медицине	47
Общие вопросы психотерапии	80
Ознакомление с больным	129
Психотерапия в состоянии бодрствования больного	168
Психотерапевтическое воздействие в гипнотическом состо- янии больного	225
Психотерапевтическое значение лечения трудом	282
Психотерапия при различных заболеваниях	302
Литература	344