

Мы не остановились бы на относительно подробном описании данного случая, если бы он не представлял интереса как со стороны генеза и характера ауры наряду с беспричинным появлением припадков, их тенденции к учащению и проч. — признаками, не свойственными аффективной Bratz'a или реактивной эпилепсии Bonhoffera, но его нельзя считать и чисто «истерическим». В связи с этим является интересным и успех словесного воздействия.

Мы привели этот случай еще и по другим соображениям. В виду того, что аналогичные случаи у нас являются не единственными, и в виду того, что нам с д-ром В. П. Истоминым¹²⁵ пришлось наблюдать положительное влияние психотерапии и в случаях бесспорно «генуинной» эпилепсии, то мы считаем, что на допустимость психотерапевтического вмешательства в область «эпилепсии» нужно взглянуть несколько иначе, чем это делалось до сих пор. Более смело предпринятые в этом направлении шаги внесут луч света в область изучения эпилептических реакций.

Считаем необходимым привести ряд примеров из областей, где, казалось бы, психотерапия не могла иметь места и где она действительно и не применялась, но где она всегда показана. Коснемся пока сексуальной сферы и области профессиональных неврозов.

Случай 17-й. Б-й М-в, 30 л. Служ. в банке. Обратился ко мне в июле 27 г. в Кисловодске с жалобами на импат. соеунди, от которой и лечился нарсан. ваннами, электризацией и проч. Женат 2 года. Жена intacta. Бесперывные неудачи в течение этих 2 лет привели к тяжелому невропсихическому состоянию и грозили разрушить семейные отношения, которые во всем остальном не оставляли желать лучшего. Предыдущие физיותרпевтические воздействия безрезультатны. Причина — страх пред возможной неудачей при первом сближении с женой. Имевшая место неудача зафиксировалась и на будущее. Обратился ко мне за неделю до окончания безрезультатного курса лечения. Мною сделано 6 сеансов внушения в полубодрствующем состоянии. Внушение, мотивированное ссылкой на физическое здоровье и на возможность совершения акта при отсутствии необоснованного страха. Эффект получился положительный, и семейная жизнь наладилась во всех отношениях, о чем я узнал из присланного мне письма восторженного счастливого супруга.

Нижеследующие примеры могут указывать на возможность влияния словом на патологическое доминантное состояние такого сильного инстинкта, как, полового, и даже в его извращенных проявлениях в форме приобретенного гомосексуализма, садизма и т. п.

Случай 18-й. Больной О., 32 лет. Обратился в диспансер (анкета № 1127) за помощью, страдая тяжелым невропсихическим состоянием, связанным с сильным половым влечением к жене своего брата, не шедшей навстречу его вожделениям. Много раз в порыве озлобления пытался убить ее. Жизнь в семье стала невыносимой. После 6-ти сеансов внушения в глубоком сне влечение к жене брата и чувство злобы к ней совершенно исчезли. Наряду с этим появилось влечение к жене.

Случай 19-й. Б-й С-н, 33 л. Обратился в диспансер 5/І 26 г. с жалобами на резко выраженное влечение к мужскому полу и полное отсутствие влечения к женскому. В последнее время дело дошло до того, что он иногда на улице останавливал мужчин с определенными предложениями, из-за чего был несколько раз арестован. Причина данного гомосексуализма не эндогенная, а экзогенная. Заболев в 14-тилетнем возрасте scarlatina, имел соседом гомосексуалиста и под соответствующим влиянием и сделался сам таковым. 8 сеансов словесного воздействия в глубоком сне изменили его в корне и С-н впоследствии женился и живет нормальной половой жизнью. (Случай д-ра Р. Я. Шлиффер).

Случай 20-й. Б-й Р-в, 20 л. Обратился в диспансер 3/ІІІ 25 г. с жалобами на отсутствие нормального полового чувства, но испытывает половое возбуждение при виде физического наказания детей обоего пола и даже при мысли об этих наказаниях. Наибольшее возбуждение испытывает при причинении физической боли им самим. Причина: в шестилетнем возрасте испытал половое возбуждение при виде «избиения» детюшек обоего пола. 4 сеанса гипносуггестии устранили извращение и возвратили нормальное секс. чувство. (Случай д-ра И. М. Антера).

Касаясь сферы профессиональных неврозов, скажем, что и здесь метод словесной терапии является в большинстве случаев показанным, и без него не может быть восстановления утерянной трудоспособности. Для примера приведем случаи заболеваний, которые обычно считаются трудно поддающимися лечению, и зачастую носителям этих патосимптомов обыкновенно рекомендуется менять профессию, т. к. общепринятые методы лечения не достигают цели.

Случай 21-й. Б-й Б-ов, 36 л. Диспанс., истор. болезни № 494. Бухгалтер. Обратился 11/ХІІ 28 с жалобами на дрожание правой руки во время письма, судорожное сведение пальцев и непроизвольное отбрасывание руки в сторону. В последние дни мог с величайшим трудом подписывать свою фамилию и в уродливой форме. Болен год. Лечился безрезультатно в 4-й поликлинике, которой и направлен в психоневр. И-т, к нам на прием. Проведенный д-ром Цейкинской подробный психоанамнез выяснил, что Б-й всегда был тревожно настроен, подписывая сразу большое количество векселей, из боязни, как бы не испортить векселя. В январе

1928 г. при спешной, по настоянию сослуживца, подписке большого количества векселей на очень крупную сумму, им был испорчен один из векселей. С этого момента у него и развилась патосимптом, прогрессирующий в своей интенсивности на фоне общего тревожно-депрессивного состояния. Объяснение больному механизма происхождения заболевания вселяло надежду на выздоровление, улучшило общее самочувствие, но не устранило расстройств функции руки. Проведенные последующие 2 сеанса в разъяснительной беседе заметного местного улучшения не дали, но укрепили уверенность в успехе лечения. После 2-х след. сеансов мотивированного внушения в дремотном состоянии — резкое улучшение. К 16/1 29 г. больной уже дрожания и спазмов в руке не отмечает и в течение последней недели подписывал векселя спокойной рукой. Прделанные в дальнейшем 12 сеансов мотивированного внушения устранили окончательно страдание. 18/X 29 г. 6-й демонстрировался наряду с другими больными на конференции Психоневр. И-та.

Приведем, в заключение, случай невроза пианистки и опишем его несколько подробнее, т. к. это заболевание очень часто встречается и настолько же часто не поддается лечению, т. к. последнее, очевидно, не всегда применяется рационально, в силу ошибочной трактовки некоторых случаев подобного рода заболеваний.

Случай 22-й. Б.-я Л., 21 г. Обратилась к нам в апреле 1925 г. В 1923 году появились боли в руках, постепенно усилившиеся, и весной 1924 г. боли вряду с общей слабостью довели б.-ую до того, что она перестала играть, слегла в постель и не вставала в течение 3-х мес. Слабость в руках, преимущественно в кистях, была такова, что не могла даже писать, с трудом удерживая ручку в руке. В течение 3-х лет энергично лечилась различными методами, но безрезультатно. Применяла долгое время гальванизацию рук, массаж, но состояние ухудшалось. По указанию лечащих ее лечилась в Славянске грязями, электризацией и тоже безрезультатно. Периодами имела возможность делать попытку играть, но это лишь ухудшало положение. Сознание необходимости бросить игру на рояле угнетало ее, вызывая общее тяжелое реактивное депрессивное состояние. Психодиагноз показал, что заболела после усиленной работы в консерватории. Мать ей неоднократно рекомендовала бросить консерваторию и объясняла, что *такая усиленная работа может дать паралич* рук. Б.-я, будучи впечатлительной, фиксировала на этом свое внимание. Часто в воображении своем видела себя парализованной и часто об этом говорила с окружающими, и чем больше она об этом говорила, тем больше падала сила в руках. Ее убеждение в тяжести и серьезности заболевания поддерживалось разнообразием лечения и медицинскими советами и взглядами врачей на заболевание. При обследовании, кроме мышечной слабости в дистальных частях рук при повышении сухожильных рефлексов и нормальной чувствительности, ничего невропатического не было обнаружено. Принимая во внимание отрицательное индуцирующее влияние слов матери и все заболевание, как реакцию на эти слова, было признано целесообразным и прямо показанным путем аналогичным путем и индуцировать больную тем же способом, тем же словесным путем, но с противоположным содержанием, создав предварительно и противоположного характера эмоциональное состояние больной.

18/IV 25 г. больная была ободрена. Ее была вселена надежда на выздоровление, было приподнято ее настроение. Легко усыплена. Делается краткое внушение: «Успокойтесь. Болезнь ваша излечима. Причина ее ясна. Боли в руках исчезают, слабости нет. Серьезного заболевания нет. Вы можете свободно играть и работать». Появившееся после пробуждения хорошее общее самочувствие и облегчение ощущений в руках приподняло настроение б.-й. После последующих 2-х таких же сеансов через день некоторое улучшение. 23/IV императивно и повторно внушается, что «большей нет, вы можете играть свободно, руки здоровы» и т. п.

26/IV явилась на прием в очень хорошем состоянии. Последние 3 дня болей в руках не было. Свободно писала, работала и 15 мин. играла на рояле. Она «не верила своему счастью». Мышечная сила в руках значительно улучшилась. Понемногу играет. 5 и 7/V 25 г. сеансы внушения, закрепляющие ранее привитое и с внушением, что она «навсегда выздоровела, может снова играть» и т. п. Больная находится до сих пор под наблюдением. Вышла замуж, играет на рояле, считает себя здоровой. (Случай д-ра Шлиффер).

Закончим описанием этого случая нашу клиническую иллюстрацию определенной категорией больных, являющихся подтверждением мыслей, излагаемых на этих страницах. Мы могли бы привести их в значительно большем количестве из практики как нашей личной, так и бывших и настоящих сотрудников нашего диспансера (д-ров И. М. Аптера, А. И. Гуревича, П. П. Истомина, А. П. Прусенко, Н. О. Утевского, Ф. Б. Пейкинской, Г. Я. Шлиффер, Неймера, Н. М. Зеленского), у которых больные получали быстрое облегчение и исцеление после 3—10—20 сеансов психотерапии, как гипногестивной, так и «рациональной», а также и психоаналитической.

Но необходимо отметить тут же следующее. Анализируя вышеприведенные случаи, нельзя не отметить того факта, что в генезе всех описанных реакций играет причинную роль эмоциональная, аффективная сфера, на фоне которой и воспитываются патосимптомы, являясь непосредственной реакцией на известный момент действующий условный раздражитель. Аффективность способствует, как это доказывается и лабораторией, быстрому и прочному воспитанию нового сочетательного, resp. условного рефлекса, принимающего в известных случаях характер патологического. Не будет ли

это то же самое, что «аффективность повышает внушаемость», как это подчеркивалось давно, и в особенности в последнее время Bleuler'ом^{*)}). Естественным является считать необходимым и создание определенной «аффективности» у больного и при словесном лечении, для успешности последнего. Более подробное обоснование этого мы пытаемся дать в далее следующей XV главе.

Но остановимся еще на следующем, не безынтересном в практическом отношении, обстоятельстве.

До сих пор речь шла о больных с достаточно выявленными причинами их страданий и этим, конечно, может быть обусловлена и успешность психотерапевтического вмешательства. Но бывают случаи, когда причины выявить не удается, и все же, действуя на симптомы, и подчас тяжелые, путем простого раз'яснения не по существу и часто путем императивного внушения, получаем положительные результаты, и надолго, быть может, навсегда.

Упомянем о случае, описанном мною в 1925 г.¹²⁰⁾ У девушки 22-х лет, по выздоровлении от сыпного тифа, развились фобии, — страх режущих предметов, кухонной посуды, прикосновения к ней. Мучительное состояние в течение 2-х лет. Не имея тогда возможности произвести не только психоанализа, который здесь ясно показан, но даже и психоанамнеза, мы применили к ней метод гипносуггестии. В мае 1924 г., после 4-х сеансов слабо мотивированных внушений в гипнотич. состоянии («все это от истощения после тифа. Вы окрепли и никаких страхов больше нет»), больная уехала домой, в Лозовую, совершенно освободившись от этих фобий. В 1928 г. имел о ней сведения, — она продолжала быть вполне здоровой. Здесь физиологически произошло то, что и в приводимых нами случаях булимии.

Считаю необходимым привести здесь тяжелый случай д-ра В. Л. Шатского¹²⁴⁾, врача рудника «Золотое», Артемовского округа, интересный еще и тем, что эффект получился без выясненного генеза заболевания.

Больной — юноша К., 16 лет; вместе с признаками полового развития у него появился и начал усиливаться безотчетный страх, доходящий в сумерки до ужаса. Вместе с тем тоска, депрессия, абсолютная неспособность, слабость. В связи с этим по ночам бессонница. Спать может только днем, и то плохо. Проводившееся в амбулатории лечение препаратами брома, валерьяной, обтираниями, гальванизацией позвоночника, а затем массажем простаты не дало никаких результатов. Та же безрезультатность лечения у специалиста невропатолога. В марте 1925 г., пишет д-р Ш., мною проводилось амбулаторное лечение убеждением, не оказавшее никакого действия. Гипноз не применял сознательно, оставляя его под конец, если ничего не поможет. В апреле 1925 г. все явления достигли апогея. Истерически плачет по ночам от тоски. Попытки покончить самоубийством. Измучил своим поведением мать и соседей, которые просят отправить его куда-нибудь. С 20-го апреля начата гипносуггестивная терапия. С 1-го до 7-го сеанса только сонливость. Внушается отсутствие страха, тоски, спокойствие и сон по ночам. Внушения оказали немедленное, но слабое действие: все явления стали слабее, но не исчезли. Бессонница же прежняя. Восьмой сеанс дал глубокий сон. «Эффект поразительный», говорит д-р Ш. — «С этого же дня исчезли все мучительные для больного симптомы и появился здоровый сон, здоровое, бодрое настроение, жизнерадостность, работоспособность полная. Все это сделали 11 сеансов. Случай произвел сильнейшее впечатление на всех, знавших больного. Рецидива нет уже год¹²⁵⁾. Можно сказать, что возможность рецидива не исключена, но что другое могло в данном случае купировать страдания?

Мы не можем сказать, что такие случаи часты, но их, повидимому, больше, чем это может казаться. Вспомним случаи словесного обезболивания, когда один громкий императив «боли нет», «не больно», устраняет боль при хирургических операциях или родах. В приведенных же случаях происходит такой же процесс торможения, но в более широком масштабе.

После всего вышесказанного естественно может возникнуть вопрос о длительности эффектов, так быстро наступающих.

Последний случай с фобиями может быть уже отчасти ответом на него. Упомянем еще о нескольких наших случаях, а также и о случаях других врачей.

Прежде всего нужно сказать об известной части алкоголиков с 20 — 30-летним алкогольным «стажем», не пьющих без рецидивов вот уже 2 — 3 года. Вспомним о случаях, описанных мною в «Современной психоневрологии» (1925, № 6-7), а также в моей, цитируемой здесь, книжке, где устраненные суггестивной терапией тяжелые реактивные состояния не рецидивируют вот уже много лет (у некоторых 10 лет и больше). Большинство из них приходится наблюдать и до настоящего времени,

*) Блейлер. Аффективность, внушаемость и паранойя. Перев. с нем. Одесса, 1929.

находя их совершенно здоровыми, а некоторые из них, после долгих мытарств по санаториям и госпиталям до гипносуггестии, из официально признанной инвалидности перешли в ряды полезных работников как это мы видели в случае *torticolls*. То же наблюдается и с бывшими больными, обращавшимися к нам в диспансер.

Больная С - а, описанная мною в упомянутом номере «Современной психоневрологии», страдавшая в течение 9 - ти лет весьма тяжелой формой боязни открытых и замкнутых пространств, толпы и сумерок, (патол. усл. рефлексы), чувствует себя совершенно здоровой вот уже 5 лет после исключительно гипносуггестивной терапии. Она до сих пор демонстрируется на лекциях, когда это нужно.

Нам кажется, что все вышеизложенное является совершенно достаточным для признания целесообразности применения «низшей» психотерапии, дающей высшее удовлетворение врачу и больному. Эти случаи и им очень многие подобные показывают, что психоанализ не есть альфа и омега психотерапии и что метод Dubois не есть единственно рациональный.

А в конечном итоге весь успех психотерапии связан с выяснением причины заболевания и с определенной аффективностью больного, при этих условиях психотерапия и в элементарной форме «суггестии» и «гипносуггестии» окажет желаемое воздействие и тогда этот вид психотерапии утерят свое, мало для нее лестное, название «низшей» психотерапии.

Мы могли бы привести большое количество разнообразных случаев успешного применения этого метода и притом, подчеркнем это особенно, врачами не психоневрологами, а получившими лишь общее медицинское образование, но оказавшимися весьма полезными для населения периферии и преимущественно села, т. к. они усвоили значение психотравматизма и патодинамику. Так, напр., из дипломной работы д - ра Кислова видно, что ему этим методом в Горловском районе Донбасса удавалось купировать у крестьян не только реактивные вегетативные неврозы с ложноорганическими симптомами, но и тяжелые реактивные психопатические состояния. Им описаны случаи, когда назначенная было полостная операция отменялась из-за благотворного вмешательства гипносуггестии. Ряд больных с реактивными психозами — галлюцинозы, бредовые состояния, ступорозные состояния — не попадали в психиатрическую больницу только потому, что 2 — 6 сеансов внушения в гипнозе с воздействием на психотравму возвращали их к здоровой жизни^{*)}. То же нужно сказать и в отношении других врачей - дипломантов (д - ра Сивенко, Зеленский и др.), а также и б. интернов Психоневр. И - та (д - ра Холфон, Голик).

У нас имеется много аналогичных случаев в качестве присылаемого мне материала молодыми врачами периферии и преимущественно Украины. И наше психотерапевтическое отделение также может представить ряд случаев реактивных психозов с благотворным на них влиянием психотерапии, из которых приведем следующий.

Б - я Г - на, 28 л. крестьянка. Привезена братом к нам на прием в диспансер. Жалобы: зрительные и слуховые галлюцинации. Угнетенно - тревожное состояние, отказ от еды. Параноидные идеи — ее хотят отравить, убить и т. д. боязнь ходить по улице, «страшно». Тревожный сон. Заболевание длится 2 мес. Началось после операции *appendectomiae*. *Appendicitis* не оказалось. Операция под местной анестезией. Во время операции почувствовала боль. Испугалась. Возбужденное состояние, галлюцинации. Привязывали к кровати. Постепенно возбуждение исчезло, остались вышеописанные симптомы. Лечилась 2 мес. безрезультатно. Отношение к состоянию здоровья критическое. Просит избавить от тоски, слез, страхов, тревоги за жизнь и проч. Потеряла надежду на выздоровление. Передана молодому врачу - дипломанту д - ру Н. М. Зеленскому для гипносуггестивной терапии, как страдающая реактивным психозом. После 1 - го сеанса мотивированного внушения в *дремотном* состоянии резкое улучшение, после второго — исчезновение всех симптомов. «Сделалась такою, какою была до операции»... Б - я демонстрировалась в психотерапевтич. секции Х. М. О. Была под наблюдением 3 недели.

Остановимся теперь несколько на той методике оказания психотерапевтической помощи, которая принята у нас, в психотерапевтическом отделении диспансера.

При применении словесной психотерапии, как и при всяких других методах лечения, само собою разумеется, необходимо стремиться к каузальной терапии и к

^{*)} Эти интересные во многих отношениях случаи будут своевременно опубликованы.

рациональному назначению соответствующего психотерапевтического метода, даже в борьбе с отдельными симптомами.

Для этого мы всегда предпосылаем, как видно из приведенного клинического материала, психотерапевтическому вмешательству предварительную, насколько возможно глубокую, психоанамнестическую беседу, в которой мы знакомимся, с одной стороны, хотя бы в общих чертах, с личностью больного, а с другой, эта беседа имеет целью выяснение генеза заболевания и условно-рефлекторного механизма образования патологических реакций. В случае же неясности последних или невозможности выяснить путем исповеди больного, мы прибегаем к вскрытию причины, гесп. комплексов соответствующими известными приемами (эксп. Jung'a, метод свободных ассоциаций, толкования сновидений, гипноанамнез) растормаживая т. о. в ближайшем или отдаленном прошлом объекта заторможенные, в высшей н. с. мимико-соматические реакции, гесп. освобождая «ущемленные аффекты». Мы отнюдь не стремимся искать только сексуальные комплексы, учитывая, что патологические реакции, как сочетательно-рефлекторные, могут воспитываться на инстинктах всех видов. И только при выяснении тем или иным путем причины и механизма развития патосимптомов, мы и прибегаем к тому или иному психотерапевтическому методу.

Если нам и не удастся расшифровать психогенеза, то для нас в некоторых случаях это не является поводом к отказу от оказания психотерапевтической помощи, хотя бы и симптоматической, — путем непосредственного прямого словесного воздействия, воспитания, с одной стороны, отрицательного условного рефлекса, а с другой, положительного. Подтверждением целесообразности этого приема могут служить приводимые на этих страницах случаи.

Останавливаясь, в частности, на способах применения гипносуггестивного метода, скажем лишь, что мы не придаем значения, для лечебных целей, глубине сна, к чему никогда, как правило, и не стремимся. Наш личный опыт и опыт наших молодых сотрудников по психотерапевтическому кабинету показывает, что для положительных эффектов достаточным является только дремотное состояние. Внушение при этом, как правило, делается, насколько возможно, *мотивированным*, согласно случаю и соответственно уровню развития больного. Применяя т. о. гипносуггестивный метод, который уже не является видом низшей, элементарной, в прежнем смысле, психотерапией, мы избавляем его от нареканий, обычно вызываемых им со стороны сторонников высшей психотерапии. Löwenfeld и В. М. Бехтерев с давних пор ввели этот метод мотивированного внушения, получая благодаря этому положительные результаты.

Индивидуализируя случаи при проведении мотивированной гипносуггестии, мы получаем в значительном проценте положительные и прочные результаты там, где другие методы лечения, и не только психотерапевтические, в течение многих лет не могли избавить пациентов от часто весьма тягостных и длительных страданий. Приводимые здесь случаи подтверждают это.

Выше мы указывали на то, что именно метод суггестивный оказывается наиболее продуктивным и чаще применяемым. Через наш психоневрологический кабинет за 3 года прошло около 900 невротиков и около 400 алкоголиков. Из всех упомянутых методов применение этого «примитивного» вида психотерапии оказалось наиболее частым. Если широкий психоанализ, как метод лечения был применен в 5%, метод Дюбуа — в 11% и в 11% — смешанный (Дюбуа и гипносуггестия), то чистая «гипносуггестия» при различной степени сна применялась в 67,7% всех случаев. И это не случайность. Это определялось составом больных, «реактивный» кадр которых является отзвуком пережитой эпохи. При чем положительный эффект был в 43%, улучшение — в 22%. Отрицательные же результаты в 23%, при 11% прекративших лечение. Можно сказать, результаты довольно утешительные, принимая во внимание, что большинство больных шло к нам в диспансер, безрезультатно испробовав различные виды терапии.

Но чем объяснить все же такой успех суггестивной и гипносуггестивной терапии, этого «элементарного» метода психотерапии? Для ответа на это нам необходимо

возвратиться к затронутому в начале статьи вопросу о сущности внушения. Выше упоминалось, что Павловская школа рассматривает внушение, как «типичный упрощенный условный рефлекс». Следовательно, все экзо- и эндогенные условные раздражители, воздействующие на кору мозга и вызывающие непосредственную, явную или скрытую, положительную или отрицательную, реакцию, являются «внушающими» агентами. В числе последних наибольшее значение имеет слово, как мощный сочетательный раздражитель, обуславливающий словесное внушение. Являясь новым для коры раздражителем, вызывающим непосредственную реакцию, он обуславливает то, что известно под именем *прямого* словесного внушения (условный рефлекс первого порядка). Действуя же сочетанно с другим каким-либо предметным раздражителем и вызывая реакцию на последний, он обуславливает *косвенное* внушение (условный рефлекс 2-го порядка, воспитанный на словесном раздражении).

Так же происходит и процесс самовнушения: в коре мозга эндогенным путем образуются и закрепляются новые очаги и связи. В связи с этим и метод элементарной психотерапии французского аптекаря Куэ получает физиологическое объяснение.

Эксперименты последних лет (Иванов-Смоленский, Дерново-Ярмоленко) подтверждают правильность указания Бехтерева на то, что в основе явлений сознательного и бессознательного подражания лежит тот же физиологический сочетательный рефлекторный процесс, являющийся также весьма важным в накоплении индивидуального опыта и навыков. Этим авторы склонны объяснять т. наз. «повышенную внушаемость» в толпе, а также генез некоторых патологических моно- и полисимптомов, образование дурных привычек, влечений, «психических эпидемий».

Не входя здесь в более детальное обсуждение вопроса о внушении вообще, скажем лишь, что внушению, как физиологическому процессу, необходимо придавать большее значение в жизни нормальной и патологической, чем это делалось до настоящего времени. Ведь мы всегда, в течение всей своей жизни находимся под влиянием условных раздражителей. У большинства же людей эти условные раздражители не особенно далеко стоят от безусловных, и это большинство живет примитивными механизмами. Мы не можем не согласиться с мыслями проф. Иванова-Смоленского¹²⁶), высказанными им по этому поводу.

«Совершенно неправильно было бы предполагать, — говорит он, — что вся эволюция нервной деятельности до человека включительно происходит при помощи безконечного насаивания рефлексов III-го порядка на рефлексы II-го порядка, рефлексов IV-го порядка, на рефлексы III-го и т. д. до рефлексов N-го порядка. В подобных случаях работа больших полушарий оторвалась бы от направляющих ее сложно-безусловных рефлексов, утратила бы контроль нижележащих отделов ц. н. с., а вместе с тем выключила бы данную особь из реальной действительности». По его мнению, с подобного рода надстройками мы «встречаемся лишь при патологических отклонениях в функциях головного мозга, т. е. у нервно-психических больных с болезненным ослаблением тормозного процесса».

Невольно возникает вопрос: если внушение есть «упрощенный типичный [условный рефлекс]», то не имеет ли оно действительно большего значения и не правы ли те, кто отводит ему видное место в индивидуальной и социальной жизни, как это делают Bernheim, Forel, Verworn, Бехтерев и многие другие? Ведь человек живет среди массы различных для него по значению условных простых и сложных раздражителей, вызывающих непосредственно положительные или отрицательные реакции. Среди этих раздражающих факторов особенно важными являются как элементарные, так комплексные по содержанию сигналы мимические и словесные, изустные и письменные, играющие, как известно, существенную роль в общении людей. Огромное же большинство их действуют на н. с. в пределах механизма условных рефлексов I-го порядка и огромное большинство людей живет в пределах этой категории рефлексов и, пожалуй, не поднимаясь выше II-го. Все эти агенты являются источником как нормальных, полезных для индивидуума реакций, так и вредных для него, образуя патологические сочетательные рефлексы. О значении, какое при этом имеет аффективность, эмоции, мы упомянули вскользь выше, а более подробно коснемся этого дальше, в след. главе.

Очевидно, действительно явления «внушения» оказываются нормальным процессом, если даже такой противник суггестивной терапии, как Dubois, вынужден признать, что «состояние внушаемости есть нормальное состояние» и что «внушение беспрерывно вмешивается в нашу повседневную жизнь». Иного вывода и нельзя сделать, раз процесс внушения происходит по условно-рефлекторному механизму, лежащему в основе всех биологических процессов животного организма. Отсюда вытекает значение того же «внушения», как исправляющего нарушенные временные связи и физиологическое равновесие в коре мозга. Естественно, что исправление должно идти тем же путем, каким шло и нарушение. Вспомним приведенный выше случай № 22 (пианистка)! И если большинство людей живет примитивными механизмами, и если оно действительно не поднимается в реакциях своих при отсутствии у большинства образования рефлексов более высокого порядка, и притом если и аффективность облегчает образование патосимптомов по примитивному механизму, то будет целесообразной и соответствующей психотерапия. Ведь и патосимптомокомплексы имеют в основе своей примитивные механизмы развития на фоне того или иного эмоционального состояния, а отсюда и эффект от метода лечения, действующего на условный раздражитель, вызывающего непосредственную реакцию. В этом мы видим теоретическое обоснование целесообразности применения т. н. «низшей» психотерапии, подтверждаемое фактами из жизни. Отсюда же и значение ее, как более требуемой самой жизнью, так и более удобно и к тому же продуктивно применимой, и показанной для большей массы больных, получающих действительно исцеление.

XV

ВРАЧ, БОЛЬНОЙ И ЗНАХАРЬ

Для успешности психотерапии, в какой бы форме она ни применялась, чрезвычайное значение имеет один очень важный привходящий фактор. Мы имеем в виду значение авторитета врача и взаимоотношения, устанавливающиеся между последним и больным. Мы не касались бы здесь давно известного положения о благотворном влиянии личности врача на больного, если бы не представлялась возможность сделать попытку дать этому физиологическое объяснение. Кроме того, этим связан также и важный вопрос о так наз. «отрицательной» психотерапии, почти каждым врачом бессознательно проводимой. Издавна целый ряд авторитетных психоневрологов (Charcot, Dejerine, Forel, Dubois, Бехтерев и друг.), занимавшихся психотерапией, указывали, что, помимо знаний, для успеха терапии необходимо еще «нечто», что определяет заранее успех лечения вообще, в особенности психотерапевтического воздействия.

Все вышеуказанные авторы говорят о «доверии», об «установлении связи между больным и врачом», о «чувствовании больным желания врача помочь ему», о «симпатии» больного к врачу и т. п.

«Чтобы достичь своей цели, говорит Dubois¹²⁷), врач должен всецело овладеть своим больным. Необходимо, чтобы с самого же начала между врачом и пациентом установилась крепкая, основанная на доверии и симпатии связь». Первой встрече больного с врачом придает значение и Dejerine⁵⁹). «От первого обмена оружием, — пишет он, — между врачом и невропатом зависит весь исход сражения. Если из первых разговоров не рождается иная, то бесполезно итти дальше. Д-р Lick¹²⁸), сгущая несколько краски, прямо говорит, что «истинный врач должен брать на себя лечение больного только тогда, когда между ним и больным устанавливаются душевные связи». Говоря об исцелениях, находящихся в зависимости от всех неощутимых, неосознаваемых условий, проф. А. Forel²⁷) говорит, что все эти исцеления «имеют *какую-то общую причину*, вызываются *каким-то однообразным механизмом*. (Курсив наш — К. П.).

Но сущность этой «какой-то причины» и «какие-то однообразные механизмы» остаются невыясненными. Все авторы придают во всем этом большое значение эмоциональной сфере и притом той аффективной связи, без которой «ни влияние

врача, никакая психотерапия не поможет и психоанализ не составляет исключения из этого правила» (Kronfeld). Но до настоящего времени не дано разъяснения, в чем же сущность этих положительных условий и почему эмоциональной сфере придается в этом большое значение? Субъективная психология нам на эти вопросы ответов не дала, и нам кажется, что эта *«какая-то причина»* и *«какие-то механизмы»* могут быть объяснены современным физиологическим учением о высших функциях н. с.

Делая попытку объяснения со стороны физиологической, воспользуемся экспериментальными данными, полученными при воспитании условных или сочетательных реакций, т. е. рефлексов. Освещение интересующего нас вопроса может быть связано именно с этими экспериментами, ибо врач во всем своем целом и, в особенности, слова его являются условными раздражителями, воспитывающими соответствующие реакции со стороны н. с. больного. Эти эксперименты нам помогут получить ответ на вопрос — действительно ли «аффективность», «эмоции» играют существенную роль в успешном влиянии врача и, в частности, его психотерапевтического воздействия?

Укажем прежде всего на эксперименты д-ра Е. А. Попова¹²⁹), проведенные в клинике проф. В. П. Протопопова. Эти эксперименты и вызвали у нас стремление к физиологическому обоснованию интересующего нас вопроса.

Работа д-ра Попова показала, что воспитание условного двигательного рефлекса при основном болевом электрическом раздражителе связано с наличием дыхательной реакции, как эмоциональной. При воспитании же усл.-дв. рефл. у метэнцефалитических паркинсонов выяснилось, что наряду с отсутствием у них дыхательной реакции, условные рефлексy или не воспитывались, или воспитывались с большим трудом и были крайне нестойки. Но у одного из паркинсонов, дававшего дыхат. реакцию, удалось быстро воспитать прочный сочетательный рефлекс. А. А. Дерново-Ярмоленко¹³⁰), работая по рефлексотерапии аномального поведения детей, отмечает, что при электрическом токе, связанном с болью, а следовательно, и с соответствующей эмоцией, воспитание сочетательных рефлексов шло труднее, чем при словесной методике, и иногда рефлекс совершенно не воспитывался, тогда как при словесном раздражении образование рефлексов шло легко и быстро. У д-ра В. Н. Осиповой, работающей в Ленинградском И-те мозга, получались отрицательные результаты при воспитании рефлексов у детей, помещавшихся в «кабинке», т. е. последняя вызывала у них отрицательную эмоцию в виде страха. Дело улучшилось, когда вместо кабинки был устроен хорошенечкий домик для опытов с детьми, а затем пошло оно еще лучше, когда экспериментирование производилось без полной изоляции ребенка.

Теперь остановимся на экспериментах другого порядка, но однородных по сути своей. В этих экспериментах как условным раздражителем авторы пользовались словом. Исследования проф. В. М. Гаккебуша в Киеве показали, что у паркинсонов словесные внушения эмоциональных состояний не осуществлялись, о чем он мог судить по отсутствию реактивной гипергликемии. Аналогичное было получено и Heilig'ом и Wermer'ом. Получая легко внушенный гипердиурез у ряда лиц, у паркинсонов получить его они не смогли, несмотря на то, что объекты были гипнотизабильны (см. стр. 63).

При сопоставлении, с одной стороны, лабораторных исследований Попова и Дерново-Ярмоленко, а с другой — экспериментов с внушением Гаккебуша и Heilig'a с Wermer'ом и учитывании сущности внушения, невольно возникает мысль о существовании действительной зависимости результатов влияния личности врача и успешности его психотерапевтического воздействия на больного от эмоционального состояния последнего. А. А. Дерново-Ярмоленко пишет, что ее работа по рефлексотерапии *«выявила зависимость успеха лечения от состояния лечащегося»*. (Курсив наш — К. П.).

Но, кроме учитывания эмоционального состояния больного, необходимо иметь в виду эмоции или мимико-соматический тонус, гест. поведение самого врача в отношении больного.

И это также находит свое объяснение со стороны рефлексологической. Врач во всем своем целом является для больного сложным условным раздражителем, вызыва-

ющим адекватные реакции со стороны н. с. пришедшего к нему. Последний приходит к врачу уже, как говорил В. М. Бехтерев, «с эмоцией ожидания» или, пользуясь термином проф. А. А. Ухтомского, нервная система б-го находится уже в состоянии «готовности», с «тенденцией» реагировать на строго определенный раздражитель. Физиологически нервная система его находится в пассивно-оборонительном (рефлекс покорности, по Павлову), как бы уже в рудиментарном гипноидном состоянии. Это состояние и способствует более легкому и более глубокому образованию, геср. воспитанию условных новых связей и реакций в коре мозга под влиянием слов авторитета, этого могучего условного раздражителя для больного. И вот тут-то от *врача*, как источника суммы условных раздражителей, и будут зависеть и вызываемые реакции со стороны н. с. больного. Его внешний облик, его манера держаться с больным, тон беседы и проч., весь его мимико-соматический тонус, т. е. его эмоциональное состояние, определяющее его поведение в отношении больного, — все это — внешние раздражители, вызывающие и соответствующие реакции со стороны н. с. пришедшего к нему. Нужно иметь еще в виду важные в области психотерапии следующие обстоятельства. Лабораторные рефлексологические наблюдения Г. Н. Сорохтина¹³¹) говорят за большое значение эмоционального тона, с которым экспериментатор подает словесный сигнал при воспитании нового сочетательного рефлекса по словесному методу. «Вялый, абuliaный тон экспериментатора не дает сочет. рефлекса. В то же время у другого экспериментатора, подающего «словесный приказ» повышенным тоном, мы можем быстро образовать прочный сочетательный рефлекс». Точно так же, по наблюдениям его же, будут получаться «количественно различные эффекты» в зависимости от утомления, голода экспериментатора, влияния на него среды и др. факторов, могущих влиять на тон словесных приказов. *Врач играет роль того же экспериментатора.* И, вне всякого сомнения, мимико-соматический положительный тонус врача будет поддерживать и усиливать готовность н. с. больного к живой реакции на врача и на все, что связано с ним.

И всем этим м. б. обеспечен *успех* терапевтического воздействия вообще, и в особенности *психотерапевтического*.

Идя дальше, необходимо сказать, что влиять психотерапевтически, геср. словом, это значит — воспитывать в коре и подкорковых ганглиях новую цепь положительных и отрицательных реакций. Эмоциональным состоянием, связанным с эндокринно-вегетативными изменениями, повидимому обеспечивается быстрое и прочное восприятие и фиксирование новых раздражителей и закрепление последних со старыми.

Эмоциональные же колебания зависят от функций подкорковой области, связанной с эндокринной системой и, в частности, связанной с сосудо-двигательными центрами.

Последние, влияя на кровоснабжение, поднимают в связи с эндокринными факторами оптимальность функций клеточных элементов и динамичность процессов в коре мозга, т. е. происходит облегченное воспитание условных, сочетательных реакций.

Нужно заметить, что о влиянии эмоций и кровообращения на проявления способности удерживания новых впечатлений и воспроизведение их, как известно, впервые высказались Н. Spence¹ и Th. Ribot. Их априорные построения подтверждаются современными физиологическими обоснованиями эмоций.

Таким образом, можно сказать, что успех влияния лечащего врача связан с наличием участия в работе двух сфер головного мозга — корковой и подкорковой, как у больного, так и у врача. Если с чьей-либо стороны не участвует в положительном направлении одна из этих сфер или участвует с недостаточным напряжением, то успех лечебного, в особенности психотерапевтического, *воздействия уменьшится или будет равен нулю.*

Итак, вот существенная часть тех условий, которые в большей или меньшей степени обеспечивают успех врачебного воздействия вообще и в особенности словесного. Но этого еще мало. Нужно, чтобы воспитываемые врачом новые цепи условных рефлексов подкреплялись идентичными раздражителями, т. е. всем окружающим больного, действующим в том же направлении, что и врач, чтобы таким образом созданные

врачем новые связи в коре мозга закреплялись еще больше, а не разрушались отрицательным влиянием среды. Должна иметь место и коллективная, согласованная психотерапия. На основании всего этого и напрашиваются следующие практические выводы. В психотерапии больше, чем где бы то ни было, подчеркивается значение отношения работника к своему делу. Наше пятилетнее наблюдение над нашими молодыми сотрудниками приводит нас к выводу, что *психотерапия будет иметь большой успех только у врачей, живо интересующихся ею и искренне ей преданных*. Это обстоятельство необходимо учитывать при подборе медперсонала в психотерапевтических отделениях. Необходима всемерная поддержка авторитета врача в глазах больных. Со стороны окружающей среды врач и больные должны встречать соответствующую поддержку и должно устраняться все, препятствующее проявлению соответствующего поведения врача в отношении больного и в отношении применяемого им метода, в особенности психотерапевтического. В связи с этим нужно считать вредным как для психотерапии, так и для больного все еще существующее в широких кругах недоверчивое, а порой и насмешливое отношение к ней, а в частности — к гипносу-гипнотизации.

До сих пор мы говорили о той пользе, которую может приносить больному врач своим авторитетным словом. Коснемся теперь и противоположного влияния врачебного слова на состояние больного.

Подчеркивая в прежней моей работе¹²⁰⁾ совершенную неосновательность до сих пор существующего представления о мнимой опасности применения «суггестивной» терапии, мы, ссылаясь на мнение Forel'я, Löwenfeld'a и др., подчеркнули и то, что в связи с этим у врачей отсутствует стремление к близкому знакомству со значением словесного внушения, что является действительной опасностью для больного, а отчасти и для врача. Каждый врач, какой бы специальности он ни был, является прежде всего психотерапевтом, ибо его орудие — *слово*. Из всего предыдущего теперь ясно вытекает могущественное влияние последнего и связанных с ним эмоций на физиологические процессы организма. После всего сказанного на этих страницах разве беседа врача с больным по поводу его болезни не есть своего рода внушение наяву?!

Более близкое знакомство врачей с этими процессами прямого и косвенного внушения предупреждало бы и невольное причинение вреда больному, когда врач неосторожными словами и диагностическими терминами, соответствующими удостоверениями и проч. иногда, с одной стороны, прививает больному ряд новых функциональных патосимптомокомплексов и поддерживает уже существующие, а с другой, — действуя отрицательно на эмоциональную сферу больных, ухудшает этим условия борьбы организма с органическими, герп. инфекционными, острыми и хроническими заболеваниями. Тут же нужно вспомнить об отрицательном значении нерационально проводимого санитарного просвещения.

Разве все это не есть «отрицательная», как выражается проф. Каннабих, психотерапия? Особенно это нужно иметь в виду интернистам и гинекологам, к которым обращается так много больных с висцеральными неврозами, симптомы которых зачастую принимаются за органические. Ни одним психотерапевтическим методом, даже если он находится в руках рядового врача любой специальности, нельзя принести такого вреда, какой так часто невольно приносится врачами этой неведомой им самим отрицательной психотерапией. Об этой врачебной словесной опасности писал проф. Forel в Швейцарии в 1911 г.²⁷⁾ Во Франции говорит о ней в своем классическом труде о психоневрозах проф. Dejerine. Проф. O. Bumke¹³²⁾ заговорил об этом в 1925 г. в Германии, назвав этот род внушенных врачами страданий «*иатрогенными*»^{*)}. У нас в последнее время стали касаться этого вопроса московский прив.-доц. (гинеколог) В. Г. Диг¹³³⁾, проф. Ю. В. Каннабих¹³⁴⁾, уролог проф. Н. Ф. Лежнев и казанский проф. Лурия¹³⁵⁾. Мы, с своей стороны, могли бы привести ряд случаев

*) По-гречески — *iathros* - врач.

«врачебных жертв», обращавшихся к нам в диспансер при Учр. Психоневрол. Ин-те. Знакомство с учением о слове, как физиологическом факторе, может в известной мере ограничить количество таких «заболеваний». Мы говорим «в известной мере», так как причина их, конечно, может лежать в некоторых случаях и в повышенной реактивности н. с. самого больного, и «иатрогения» может быть и помимо врача.

С вопросом о взаимоотношениях врача и больного, покоящихся на вырабатываемой нервной системе последнего, установке, готовности реагировать в строго определенном, дифференцированном направлении, тесно связан вопрос о *знахарстве* и борьбе с ним. Где причина успеха знахарства, и притом не только у нас, но и на Западе, в особенности в Германии? Принято думать, что корень зла лежит в невежестве населения. Но только ли в этом? С нашей точки зрения, успех лежит и в другом, более существенном. Здесь может играть роль косвенное и прямое внушение, бессознательно применяемое знахарями, и имеется дело с примитивной, наивной, несистематической, скрытой психотерапией. Это, конечно, поднимает у определенной группы населения авторитет «бабки» или «деда», напештывающих или дающих всем один и тот же «настой», разнообразным больным одинаково «помогающий». С другой стороны, успех знахарства связан и с отрицательным отношением или с недостаточным вниманием клинической медицины к психотравматизму и связанным с ним расстройством динамического характера. Психогенных симптомокомплексов, ошибочно трактуемых как органические, во всех системах организма б. м., повидимому, больше, чем это может казаться как интернистам, так и хирургам. Имея же преимущественно «органическую» установку на заболевания, клиника в связи с этим игнорирует и психотерапию. Такой больной, получая противоположное лечение, облегчения, естественно, не получает и уходит разочарованным от врача к знахарю, где он иногда, в тех или иных пределах, и получает то, к чему стремится. Страдая динамическим расстройством, он идет с повышенной внушаемостью к новому условному раздражителю — знахарю, который в силу этого бессознательно вызывает полезную для больного реакцию, устраняя т. о. патосимптом. Таким образом происходит процесс бессознательной психотерапии, которую, тут же скажем, нельзя исключить и в гомеопатии, в большей своей части построенной на косвенном внушении. Но врач сознательной психотерапии в таких случаях провести не может, т. к. клиника учила его смотреть на природу страдания под другим углом зрения. От того «чаще бывает, что больного, из-за его психогенных заболеваний, оперируют или лечат всеми химическими и физическими методами, чем чисто органическое принимают за психогенное» (Allers⁷⁶). Не в связи ли с этими недочетами медицинского мышления лежит отчасти одна из причин того кризиса в практической медицине, о котором теперь говорят и пишут как за границей, так и у нас? Нам кажется, что этим недочетом может объясняться и успешный рост психотерапевтов профанов, лиц различных профессий, занимающихся несистематической психотерапией и действительно приносящих в известных случаях пользу больному.

Таких примитивных психотерапевтов, повидимому, действительно много в Германии, если берлинское психоаналитическое о-во в своих положениях о психотерапевтическом образовании и подготовке врачей высказывает пожелание, чтобы *«там, где психотерапией занимаются и неврачи, нужно, чтобы последние предварительно спрашивали совета врача и — еще лучше — консультировались бы с ним в процессе лечения»*. (Курсив наш — К. П.).

Этот кадр «психотерапевтов», иногда даже общеобразованных и интеллигентных, но профанов в медицине, можно, в отношении клинической медицины, отождествить со знахарями. И они, не будучи врачами, дают облегчение и исцеление определенному кадру больных — невротикам, гесп. патодинамотикам. Т. о. и идет борьба авторитета знахаря с авторитетом врача. Но эта борьба в пользу последнего может закончиться, по нашему мнению, лишь тогда, когда, наряду с поднятием культуры масс, клиническая медицина будет больше учитывать психогению, когда она будет

больше знакома с динамическими процессами, разыгрывающимися в коре мозга, связанной со всеми системами организма, когда клиническая медицина будет обращать внимание не на один только орган, а на весь организм во всем его целом и будет учитывать отношение организма к внешним условным раздражителям, когда, наконец, клиницист будет знаком с рефлекторными механизмами высшей нервной деятельности и играть на этих механизмах на пользу больного *сознательно*, дабы знахарь, в ущерб авторитету научной лечебной медицины, не делал этого *бессознательно*.

Вот при этих вышеочерченных условиях, по-нашему, пойдет к знахарю и к гомеопату меньший процент больных, т. к. психотерапию они получают в поликлинике и клинике, но уже на научных началах построенную.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Что же в итоге дает нам все изложенное на предыдущих страницах? Прежде всего представленные лабораторные данные могут говорить, с одной стороны, в пользу того, что жизнь здорового и больного организма действительно протекает по законам физиологии, установленным в лабораториях Павлова и Бехтерева, а с другой — эти данные показывают, что *слово*, считавшееся чем-то абстрактным и, как орудие «психической» деятельности человека, отделенное от его физического мира, — это слово должно теперь перейти из области «абстракции» в «конкретность» и, в силу своей социальной значимости, занять свое место среди прочих факторов, реально влияющих на организм человека.

Все приведенные данные говорят за то, что словесный раздражитель, как сочетательный, условный, вызывает копию элементарных и сложных реакций на основные, безусловные раздражители. Он обуславливает положительные, отрицательные и извращенные реакции со стороны н. с. в зависимости от вложенного в него содержания, при чем реакции эти при известных условиях могут быть получены со стороны решительно всех отделов как анимальной, так и, в особенности, вегетативной н. с. Так, напр., мы убедились, что слова «засыпайте», «спите» вызывают общий физиологический сдвиг в организме в сторону гипосимпатикотонии, в связи с развившимся «сонным» торможением коры мозга. Кроме того, оказывается возможным тем же словесным раздражителем изменять это состояние в сторону углубления или ослабления его. Мы убедились также и в том, что, действуя на отдельные анализаторы, мы можем вызывать различные, положительные или отрицательные, частичные или общие, реакции, в зависимости от содержания словесного раздражителя. Последним оказывается также возможным вызывать изолированные реакции и со стороны различных отделов вегетативной н. с. Является действительная возможность влиять прямым или косвенным путем на водообмен, углеводный обмен, на состояние голода и сытости, на секрецию желудочно-кишечного тракта, на сосудисто-двигательную и трофическую сферы, на тошнотную и рвотную реакции, на регуляцию теплообмена и, наконец, путем эмоциональным мы можем влиять и на общий обмен веществ, изменяя его в ту или иную сторону. И это является фактом чрезвычайно важным, т. к. реакции со стороны вегетативной н. с. поистине объективны. И т. о. оказывается, что словом можно влиять на все растительные процессы организма. Все это, конечно, дает определенную ценность словесному раздражителю, как лечебному и воспитательному фактору, влияющему на дефекты элементарных и сложных форм поведения нервной системы человека.

Эти же исследования, подчеркивая высокую ценность гипносуггестивного метода, как научно-исследовательского, указывают на поразительную подвижность, динамичность нервной системы у определенного нормального типа объектов, обнаруживающуюся при известных условиях, повидимому, временно также и у индивидуумов и с другими нормальными типами н. с. Нарушение этой подвижности в ту или иную сторону лежит в основе формирования тех или иных патологических реакций, образуя психоневрозы, гесп. патодинамозы, с разнообразными клиническими картинами со стороны анимальной и вегетативной н. с.

Наряду с этим, приведенные нами лабораторные исследования по гипносуггестивному методу физиологически освещают вопрос об эмоциях, составляющих существенную часть «души» человека и имеющих огромное, если не единственное, значение в генезе патологических реакций в организме. Физиология эмоций в связи с современным учением о слове и значении среды для жизни человека заставляет более серьезно относиться к т. н. психогенезу, психотравматизму, являющимся внешним источником разнообразных патологических рефлекторных реакций в виде т. н. психоневрозов, с синдромами различного рода и характера, в зависимости от индивидуальных конституциональных особенностей больного. Если эмоциональные реакции являются сочетательно-рефлекторными, то и патология их может быть исправляема тем же сочетательно-рефлекторным путем при помощи условного словесного раздражителя. Физиологическое освещение эмоций может открывать новые пути в решении вопросов не только теоретического, но и практического, в частности профилактического характера. Отрицательные эмоции играют существенную роль в развитии и генезе вредных для всего организма потрясений, что должна учитывать психоневрологическая профилактика.

Если учесть связь коры мозга со всеми системами и со всеми отправлениями организма, а также и влияние слова на функции последнего через кору мозга, то станет ясным, что к учению о слове, как главнейшем орудии психотерапии, должны прислушиваться врачи большинства специальностей. Знакомство с этим учением окажется еще более важным, если принять во внимание, что с ним тесно связано также и учение о той, побояющейся на эмоциях, психогении патологических моно- и полисимптомов в различных системах, которая почти совершенно игнорируется врачами и в особенности интернистами, гестр. гинекологами. Наши наблюдения и опыт нашего диспансера в отношении психогении позволяют прийти к выводу, что как при органических симптомокомплексах мы стремимся прежде всего исключить *lues*, как этиологический фактор, так является необходимым иметь в виду исключение психотравматизма при симптомокомплексах функционального характера и, в особенности, при симптомокомплексах чистых вегетативных и вегетативно-эндобринных.

Все предыдущее позволяет сказать, что представители почти всех специальностей найдут полезное для себя в этом учении о слове.

Остановливаясь прежде всего на подчеркивании значения психотерапии для *психоневролога*, нужно сказать, что это подчеркивание может показаться излишним, т. е. значение психотерапии в лечении психоневрозов давно уже признано. Но, как уже упоминалось вскользь выше, не все методы пользовались равным вниманием со стороны психоневрологов. Та или иная группа последних, признавая какой-либо один из существующих методов, отрицательно и враждебно относились к остальным. Подобного рода дифференцировка подразделила психотерапевтов на «гипнологов», «рационалистов», «психоаналитиков». Этим, конечно, нарушался принцип индивидуализации, и страдали от этого больные. Но физиологические обоснования психотерапии должны разрушить эти «кастовые» перегородки между группами психоневрологов и психотерапевтов и объединить их в одну, проводящих психотерапию на началах «настоящей» физиологии головного мозга. Мы не будем здесь производить критики психоанализа по Freud'у и метода Dubois. Мы скажем лишь, что *все виды психотерапии, в том числе и указанные, должны быть применяемы в зависимости от свойства и характера заболевания.* О положительных и отрицательных сторонах каждого из них известно уже давно, и отчасти упоминалось о них и на предыдущих страницах XIV-й главы данной статьи. Мы только лишь подчеркнем здесь, что «психоаналитические» и «рационалистические» доминанты слишком воспрепятствовали рациональной оценке как целесообразного использования гипноидного состояния коры мозга в интересах больного, так и вообще применения «суггестивного» метода лечения. Вышеприведенные клинические примеры, методика «внушения» — элементарного и мотивированного, в бодрствующем состоянии и в гипнозе, — теоретическое обоснование этого метода — все это должно изменить отношение к последнему со стороны психоневрологов.

Приходится считаться с фактами быстрого прекращения реактивных, подчас весьма длительных, патосимптомокомплексов под влиянием лишь двух-четырех сеансов словесных воздействий в гипноидном состоянии. Обратим внимание хотя бы на случаи сложных патологических реакций со стороны полового инстинкта, случаи желдор. и военных травматических неврозов или, наконец, приведенные случаи реактивных галлюцинаторных и бредовых психопатических состояний, быстро прекращавшихся под влиянием нескольких сеансов, несложных императивных и в большинстве случаев мотивированных «внушений» в гипноидных состояниях. Ведь эти сложные комплексы реакций исчезали так же быстро, как исчезали быстро и приведенные выше несложные, моносимптоматические реакции, освобождая от себя носителей их и превращая, «перерождая» больного в прежнего здорового человека, изменяющего, под влиянием словесного условного раздражителя, отношение как к прошлому, так и к настоящему, а также приобретая полезную для организма «установку» и к будущему. Кривая течения этих заболеваний тождественна с кривыми вышеприведенных случаев диабета, булимии, «неукротимых» рвот. Возможность и реальность изменений этих сложных процессов отношений иллюстрируется как вообще учением об условных рефлексах, так и элементарными экспериментами, изложенными в нашей главе об «извращенных реакциях».

Все это, в связи с клиническими наблюдениями и фактами из жизни, заставляет признать целесообразным использование словесного воздействия наяву, а также и гипноидного состояния высших отделов н. с. для большей продуктивности этого воздействия.

Ведь применяя метод словесного воздействия в гипноидном состоянии, мы не производили ничего необычного. Благодаря естественно существующему в животном царстве защитному состоянию «готовности» реагировать только на строго определенный раздражитель (раппорт), мы в желаемом и нужном для больного направлении воздействуем словом на кору его мозга. Благодаря этому «раппорту», «сторожевому пункту» головного мозга больного, оберегающему в покое находящиеся клетки коры, мы можем призвать к жизни ту или иную группу их, в зависимости от содержания слов раздражителей. И эти клетки всегда готовы реагировать по законам «настоящей физиологии» Павлова или рефлексологии Бехтерева, давая возможность воспитывать таким образом полезные и устранять вредные для организма доминанты. Производя словесное воздействие в гипноидном состоянии, мы не производим ничего биологически противозаконного и не идем в разрез с обычными, самостоятельно проявляющимися, но не всегда на пользу организма, процессами «психической» жизни. В гипноидном состоянии лишь искусственно и сознательно воспроизводятся природные процессы и сознательно вводятся поправки в нарушенном механизме реакций на внешнюю среду, помогая т. о. нервной системе справиться с трудными задачами тогда, когда этого она не может сделать самостоятельно и когда в бодрствующем состоянии сделать тоже не представляется возможным. Успешность «гипносуггестивной» терапии служит доказательством этого. Особенно ярко это подчеркивается в области лечения *алкоголиков*, где этот метод является основным и существенным, все же остальные могут играть роль лишь вспомогательных лечебных средств.

Останавливаясь далее на значении словесного воздействия, resp. психотерапии, для невролога, скажем, что и в психоневрологии наблюдаются еще заболевания чисто динамического характера, трактуемые, как органические, психогенез которых ускользает от внимания врача. Наряду же с этим, как известно, зачастую имеются и функциональные надстройки при органических заболеваниях, которые могут быть устраняемы только словесным вмешательством. Последнее, вскрывая психотравматизм, может облегчить положение стоящих часто в большом затруднении даже очень опытных психоневрологов при решении дифференциально-диагностических задач.

В частности, психотерапия, и в особенности «гипносуггестивная», может оказать помощь в освещении вопроса о природе таких страданий, как, напр., «*эпилепсия*», которую, б. м., нужно рассматривать не как нозологическую единицу а как реактивный синдром на различные вредности эндо- и экзогенного характера, среди

коих психотравматизм играет немаловажную роль. Об успешности применения психотерапии в некоторых случаях «эпилепсии» говорят как данные литературы (Wetterstrand, Forel, Токаровский, Под'япольский¹³⁵), Тер-Аветисов¹³⁶), Гоциридзе¹³⁷), так и наши с нашими сотрудниками наблюдения. Особенно интересными представляются результаты словесного воздействия при судорогах эпилептического характера в детском возрасте, где affect-epilepsia Braitz'a встречается чаще, чем у взрослых. Более смелое вторжение психотерапии в широкую область эпилептических реакций может быть весьма полезным не только с практической, но и с теоретической стороны. На основании фактических данных мы можем судить, что психотерапия поможет сузить круг генуинных эпилептиков и разместить их в ряды других групп «эпилепсии», о чем мы имели уже случай высказываться¹²⁵). О необходимости должной оценки психотравм у эпилептиков и о целесообразности применения в известных случаях эпилепсии говорил и проф. Хорошко¹³⁸) в своем докладе на 1-м всесоюзном съезде невропатологов и психиатров в Москве в 1927 г. Вообще нужно сказать, что реактивные гиперкинезы (а по немецким авторам иногда и органические) хорошо поддаются влиянию словесного воздействия в гипнотическом состоянии. Массовое наблюдение, сделанное нами в Психоневр. И-те с д-ром А. П. Прусенко¹³⁹) над детьми с реактивно-судорожными симптомами, говорят за то, что в этих случаях «гипноз-отдых» у детей с соответствующим словесным воздействием может оказывать благотворное влияние. Нам приходилось также неоднократно убеждаться в целесообразности психотерапевтического вмешательства не только при психотравматической, реактивной, но и при *инфекционной хорее*, когда психотерапия в форме словесного воздействия в гипноидном состоянии успешно применялась нами симптоматически, вспомогательно, благотворно влияя как на двигательную, так и на психическую сферы.

Не останавливаясь на подробном разборе значения психотерапии и направлении ее применения в психоневрологии, скажем лишь, что *детская психоневрология* должна явиться благодарной областью для продуктивного применения психотерапии во всех ее видах. Невротические состояния, реактивные психозы и моральная дефективность могут быть предметом психотерапевтического воздействия, и особенно полезными с нашей точки зрения оказывается тут словесное воздействие именно в гипноидном состоянии. Некоторые педиатры высказывают опасение, что гипносуггестия причиняет вред «детской душе» и, рекомендуя гипновнушение, проявляют при этом нерешительность и чрезмерную осторожность. Мы этого совершенно не разделяем. Физиология гипноза, внушения и, наконец, наблюдения исключает все это. Мы считаем допустимым более широкое и более смелое применение гипносуггестии в детской психоневрологии в известных случаях.

Точно также применение психотерапии и в *психиатрической* клинике должно быть поставлено более широко и более смело. Укажем, что реактивные психозы и «истерические» психопатические состояния могут быть предметом словесного воздействия и притом именно в гипноидном состоянии. У нас уже накопилось достаточно материала, чтобы говорить об этом и убедиться, что эта форма психотерапии может резко укорачивать срок течения болезни, а зачастую и сразу купировать ее. Скажем, что и сумерочные реактивные состояния сознания не служат зачастую препятствием для установления контакта с б-м и усыпления его. Наши наблюдения дают возможность предполагать то, что известный, хотя бы и незначительный, процент такого рода больных мог бы и не доходить до психиатрических больниц. Современная физиологическая трактовка механизма развития этих психозов оправдывает подобного рода терапевтическое вмешательство. Добавим ко всему этому, что проф. А. В. Гервер⁴³) получал положительные результаты от применения и в депрессивных фазах маниакально-депрессивного психоза словесного воздействия в гипноидном состоянии, действуя симптоматически, и притом не только на общее состояние, но и на бредовые идеи.

Все больше и больше накапливающиеся факты и рефлексологическое учение позволяет более смело и более широко применять психотерапию во всех ее видах и при более глубоких страданиях соотносительной деятельности человека.

Касаясь, в частности, применения «гипносуггестивной» терапии в психоневрологии, нужно сказать, что изложенный на этих страницах взгляд на механизм развития определенной группы психоневрозов и на значение слова говорит за то, что «лечение внушением» наяву или в гипнозе не может являться только симптоматическим и стоять в таких узких границах применения его, в каких оно ставится обычно. Приведенный в предыдущих главах клинический материал показывает, что *мотивированное в гипноидном состоянии словесное воздействие при ясной причине патореакций может иметь значение каузальной психотерапии*, избавляя больных навсегда от тягостных реактивных моно- и полисимптомов, потерявших биологический смысл для индивидуума. Сеченов - Павлов - Бехтеревское учение и учение о доминанте проф. А. А. Ухтомского, современное учение об эмоциях дают достаточно оснований для объяснений этого, и успехи психотерапии подтверждают правильность подхода к генезу психоневрозов с этой физиологической стороны.

Физиологическое освещение психотерапии заставляет нас частично не соглашаться со многим тем, что высказывается нашими уважаемыми зарубежными коллегами в отношении психотерапии вообще и в частности в отношении гипноза и внушения. Лечение словом при хотя бы слабой заторможенности коры головного мозга заслуживает значительно большего внимания, чем это имеется сейчас. Этот метод, являясь наиболее действительным при реактивных состояниях, оказывается и наиболее требуемым жизнью в связи с распространенностью последних, будучи в то же время менее сложным, а потому и более доступным, чем другие.

Германский проф. Nonne¹⁴⁰⁾, как известно, оценил гипносуггестивный метод в полной мере во время европейской войны, что заставило германских психиатров во главе с проф. O. Bumke¹⁴¹⁾, подчинившись фактам, резко изменить в положительную сторону взгляд на этот метод лечения и считать его важнейшим в лечении истерических военных неврозов. Нашему военно-санитарному ведомству необходимо обратить серьезное внимание как на этот метод, так и вообще на широкую организацию психотерапевтической помощи военным невротикам. И нужно сказать, что этот вопрос уже детально разработан в Германии еще в период 2-й половины европейской войны, нами же в этом отношении сделано очень мало, почти что ничего.

В бышем отрицательном отношении к гипнозу и гипносуггестивной терапии в Германии большую, если не главную роль играли умозрительные соображения в отношении гипноза известного германского психолога W. Wundt'a. Авторитет последнего явился надолго для большинства германских психоневрологов могучим условно-тормозным раздражителем, создав т. о. внушенную отрицательную установку на гипноз и решительно на все, что связано с ним. *Magister dixit!* — и это «M. d.» создало извращенную реакцию по отношению к действительным явлениям. И нужны были чрезвычайной силы реальные, связанные с ужасами войны, факты, чтобы устранить так долго длившееся отрицательное влияние слов авторитета, явившихся для многих источником научных заблуждений.

В католических государствах гипнотерапия прививается с трудом. И это не удивительно, т. к. известно, что гипноз, как подрывающий религиозные основы, проклят папой римским. И если во французской армии не применялась гипнотерапия, то, очевидно, не только по научным соображениям...

Психогения, патодинамика и психотерапия должны быть предметом особого внимания у *интернистов*. Известно подчас весьма затруднительное положение последних при диагностировании характера заболевания, когда оно в основе своей имеет не органический, а динамический процесс, давая ложную картину органического страдания. Отсюда неизбежная ошибочность диагноза и неправильность примененного метода лечения. Учетывание психогенеза и динамики б. м. в значительной степени облегчило бы положение врача-интерниста в «запутанных» случаях, а с другой стороны, поставило бы на правильный путь лечение «определенных», «ясных», но не поддающихся лечению случаев. Часто при такого рода «органических» заболеваниях внутренних органов показанными являются не курорт, не физиотерапия или фармакотерапия, а словесная терапия. И нужно сказать, что выдающиеся старые представители внутренней медицины, — на Западе Rosenbach, Möbius, Strempell и др., а у нас С. П. Боткин, Сяегирев, — первые подчеркнули роль и значение психогенных процессов в патологии внутренних органов, а вместе с тем и психического лечения их. И не удивительно, что родоначальником рациональной психотерапии оказался не кто иной, как талантливо-наблюдательный интернист Rosenbach¹⁴²⁾, являясь т. о. предтечей известного

психотерапевта бернского психиатра проф. Dubois. Но, к сожалению, к голосам вышецитированных интернистов мало прислушивались и только в последнее время начинают вновь обращать необходимое внимание на психогению и психотерапию болезней внутренних органов. Особенно отмечается это направление у германских терапевтов, как на их последних съездах, так и в ряде статей книги O. Schwarz'a⁷⁶), в которой не только представители этой специальности, но и других, найдут для себя полезные и ценные сведения.

Мы особенно подчеркнем здесь значение «психических» факторов и роль психотерапии, как вспомогательного средства в области *легочно-туберкулезных страданий*. Работа в тубсанатории одного из сотрудников нашего психотерапевтического отделения д-ра Р. Я. Шлифер указывает на отрицательное влияние расстройств невропсихического тонуса на тbc-процесс и благотворное значение психотерапии, исправляющей этот тонус и положительно влияющей на функции вегетативной н. с. И нам кажется, что дальнейшие исследования и наблюдения в этом направлении должны будут заставить признать необходимость как обязательного применения психотерапии в тубсанаториях и иметь в последних психотерапевтов, так и применение самими больными самовнушения. Интернистам, повидимому, необходимо учитывать и эмоциональное состояние при выкачивании желудочного сока, которое у иных может оставаться не без влияния на состав последнего, как это показали цитированные исследования.

Психогения и психотерапия в *гинекологии* и их значение в последней, подчеркнутое германскими гинекологами во главе с Lirsaпп'ом¹⁴³), а у нас преимущественно прив.-доц. Моск. у-та В. Г. Диком^{107—111}), прив.-доц. Ленингр. у-та Федоровым и д-ром А. П. Николаевым¹¹²) указывают на необходимость знакомства с этими областями и гинекологам, т. к. в области малого таза весьма нередко встречаются психовегетативные реакции, дающие ложные картины «органических» страданий.

Необходимо усвоить значение слова в *акушерской* практике, где, с одной стороны, при неукротимой рвоте словесное внушение оказывается могучим и чуть ли не единственным лечебным фактором, а с другой, словесное обезболивание родового акта и *устранение страха и волнений беременной пред ожидаемыми родами может играть, с нашей точки зрения, профилактическую роль, обеспечивая нормальное развитие плода уравновешенным, положительным эмоциональным тонусом будущей матери*. Отсюда вытекает необходимость знакомства с психогенией и психотерапией не только врачам-акушерам, но и акушеркам.

Хирурги уже начинают оценивать спокойное, уравновешенное душевное состояние больного в предоперационный период, и здесь соответствующие психотерапевтические, особенно гипносуггестивные, приемы могут быть весьма полезными, и создание институтов сестер-утешительниц в американских хирургических больницах физиологически оправдывается и достойно подражания. Возможность применения в некоторых случаях чистого словесного «наркоза» в гипнозе или почти во всех случаях гипно-наркоза (смеси слова с химическим наркотизирующим) — все это обязывает и хирурга быть знакомым со словом, как физиологическим фактором^{*)}.

Не нужно говорить о понятной необходимости знакомства с учением о слове для *педиатров*, объекты которых обладают легкой внушаемостью, и у которых прямое и косвенное словесное воздействие наяву и во сне принесло бы большую пользу, чем об этом думают.

Скажем, что и в *урологии* и, особенно, *дерматологии, отиатрии и офтальмологии*, клиника которых также богата психогениями, мало улавливаемыми специалистами, учение о слове явится необходимым для представителей и этих дисциплин.

Одним словом, нет той специальности, где бы врач не мог использовать своего слова на пользу больного. И действительно, близка к истине мысль, высказанная

*) Положительное значение и роль у постели хирургического больного во всех трех периодах жизни его в хирургическом отделении освещены в статье д-ра хирурга С. М. Берга¹⁴⁴), применившего словесное внушение в хир. Симф. кз. (проф. М. М. Дидерикс), а также д-ром Шеголевым в хирург. клин. проф. Гальперна в Днепрпетровске (доклад в психотерсекции Х. М. О. 1929 г. Хирургический Архив 1930 г. № 3).

на II-м съезде германских психотерапевтов в 1926 г. д-ром Eliasberg'ом: «Психотерапия вновь призвана объединить все медицинские дисциплины». Да иначе и быть не может, ибо психотерапия построена на динамике коры головного мозга, связанной со всеми клетками сомы. Из всего здесь изложенного вытекает, что с современной физиологией мозговой коры и с разыгрывающимися в последней динамическими процессами должен быть знаком *каждый врач*, ибо нет той области, где бы не могло сказаться влияние головного мозга, сочетательно-рефлекторные процессы которого могут быть источником динамических, геср. функциональных заболеваний различных органов и систем. Точное же знакомство с физиологией определит и правильный подход к больному и правильность выбора того или иного метода психотерапии. На основании наших клинических наблюдений и результатов психотерапевтического воздействия, мы решаемся сказать, что только эта современная физиология головного мозга, основанная на данных лабораторий школ Павлова, Ухтомского и Бехтерева, может научно осветить высокое значение созданной вокруг больного атмосферы, усиливающей влияние слова. Эта физиология позволит понять, что создание «готовности», «установки», «тенденции» н. с. больного реагировать в определенном направлении необходимо для достижения максимального успеха психического воздействия на больного и урегулирования расстроенной динамики коры мозга. Этой же физиологией ставятся и другие, более широкие задачи. Нужно чтобы у населения и на психотерапию была бы такая же «установка», как и на другие методы лечения — курорты, электро-водолечение и проч., — нужно, чтобы и в этом отношении среда помогала больному, а не мешала бы ему получать зачастую единственно полезный для него метод лечения. Тогда и алкоголика легче будет излечить, быстрее излечить можно будет роженицу от болей, у беременной прекратить рвоту и т. п. Необходимо с этим считаться медперсоналу, дабы этим избегать невольной и неумышленной «отрицательной» психотерапии, и в этом будет выражаться частично и профилактическая работа врача. Соответствующая атмосфера, напр., в хирургическом или родильном отделении будет усиливать значение слова, как лечебного фактора. С положительной установкой всего медперсонала той или иной больницы на словесное обезболивание, можно получить значительно больший процент успешного применения этого безвреднейшего вида наркоза, чем в больнице с противоположно настроенным медперсоналом. С нашей точки зрения, никак нельзя согласиться с теми, кто утверждает, будто словесное внушение в акушерстве или хирургии может применяться лишь в исключительных случаях, т. е. не все — де поддаются внушению в равной мере. Но тут-то и вырисовывается важность для больного окружающей среды, значение которой для н. с. может быть изменено словом, являющимся также элементом той же внешней среды, как это и показано нашими исследованиями, особенно в главе об извращенных реакциях. Все условно, все построено на динамике, а психотерапия в особенности! Из всего этого естественно рождается вывод о необходимости знакомства не только врачей, но и всего медперсонала с «психическим» воздействием окружающей среды на больного, с психотравматизмами и с учением о слове... В клинических отделениях необходима психотерапевтическая дисциплина!

Издавна известно, что каждый врач является прежде всего психотерапевтом, бессознательно, интуитивно применяющим упрощенную, элементарную, прямым и косвенным путем применяемую, психотерапию, которая, как говорит проф. Р. А. Лурия¹⁴⁵), «в той или иной форме проходит красной нитью через всю историю медицины». Но в применении ее не было ни научного подхода, ни достаточной оценки ее. Многими она игнорировалась совершенно, не исключая и психоневрологов, не говоря уже о представителях других медицинских дисциплин. А жизнь между тем стала предъявлять свои требования и в этом направлении. Повидимому, недалеко то время, когда применять психотерапию будет дано право не только психиатрам или невропатологам. И если привилегия в этом отношении была дана психоневрологам, то это связано лишь с господствующими взглядами спекулятивной эмпирической психологии с ее туманными освещениями «сложной» и «трудно-понимаемой» «душевной» сферы

человека. Предполагалось, что в тайники здоровой и «больной души» может проникать лишь философ, психолог, психиатр... Этот подход к высшей организации человеческого существа определял и соответствующее отношение ко всему, что связано с «душой» и ее болезнями. Психогения не учитывалась не только интернистами, гинекологами и проч., но и невропатологами, в большинстве своем являющимися чистыми «органиками», а в связи с этим было соответствующее негативное, а в лучшем случае — скептическое отношение к психотерапии. Всем этим и объясняется отсутствие психотерапии в цикле медицинского образования. Об этом пробеле начинают уже говорить. Но первыми заговорили опять таки не психоневрологи, а представители других медицинских дисциплин. «Психическое воздействие на больного, говорит казан. хирург проф. Боголюбов¹⁴⁶), очень мало учитывается врачами в их повседневной практике. А между тем, значение психотерапии не только в медицине вообще, но и в хирургии, огромно, и кажется странным, как об этом мало говорится, как об этом мало мы слышим. Кто из нас слышал в клиниках что-либо о психологии больных, страдающих соматическими заболеваниями, в каких клиниках нам уясняли все важное значение психотерапии при внутренних и хирургических заболеваниях? Мы этого не слышали и не слышим или почти не слышим». (Курсив наш — К. П.).

Дуалистическое мировоззрение, субъективная психология — вот что мешало поставить на твердую почву учение о психогении и психотерапии и обеспечить преподавание последней. И пока решение вопроса о психогенных заболеваниях человека и психотерапия не будут базироваться на физиологии, до тех пор в этой области не будет единства взглядов. Мы уже указывали, что физиология нормальная и патологическая являются основой медицинских знаний. Без этой основы не сможет быть воспринята и изучена врачами патология высших нервных, «душевных» процессов и не сможет быть принята и усвоена психотерапия. Поэтому и не «уяснили» все важное значение психотерапии при внутренних и хирургических заболеваниях, поэтому «мы этого не слышали и не слышим» (Боголюбов), ибо «врачу нечего было делать в метафизической теории познания и умозрительной психологии» (Лурия). Но современные завоевания физиологии, гесп. рефлексологии, и материалистическое воззрение на нервно-психические процессы обеспечивают успех продуктивного изучения психогений, психоневрозов и методов психотерапии. На путь физиологического обоснования расстройств высшей деятельности н. с. и лечения их становятся представители нашей психоневрологии, являющиеся последователями школ как акад. В. М. Бехтерева, так и акад. И. П. Павлова, — проф. М. М. Ассатиани, проф. В. М. Гаккебуш, проф. А. Г. Иванов-Смоленский, проф. Ю. В. Каннабих, проф. А. К. Ленц, проф. В. П. Протопопов, проф. А. И. Ющенко проф. Г. П. Зеленый и друг. И в настоящее время психотерапия, как научная дисциплина, базирующаяся уже на физиологии (см. преимущественно работы Бехтерева и его школы, а также работу д-ра Перепелы¹⁴⁷), станет в ряду научно-обоснованных методов лечения, признанных официальной медициной. Мы считаем необходимым преподавание психотерапии также в связи с полным отсутствием у студентов и молодых врачей сознания важности умелого подхода к больному и значения «психического» на него воздействия. К сожалению, школа не заботится о выработке соответствующих врачебных «душевных» качеств, которые иными выносятся из утробы матери с тем, чтобы «интуитивно» считаться с «душою» больного. Но школа обязана позаботиться и об этом.

Необходимость знакомства всех врачей с психотерапией может с нашей точки зрения диктоваться соображениями, связанными также и с вопросом о *знахарстве*, борьба с которым может быть основана и на психотерапевтическом образовании врачей. Знахарское лечение травами вылилось в научную фармакотерапию, бессознательная же элементарная знахарская психотерапия должна будет вылиться в научную психотерапию, с которой, как и с фармакологией, обязан быть знаком каждый врач. Тут же скажем, что на этом же психотерапевтическом образовании может быть построена борьба с увлечением *гомеопатией*, успех которой должен покоиться также на косвенном внушении, гесп. условно-рефлекторном процессе.

Из всего сказанного становится очевидным, что постановка медообразования должна быть таковой, чтобы учащийся в вузе мог бы приобрести необходимые для этого сведения, с целью приобретения права на применение того или иного вида психотерапии в пределах своей специальности, наряду с данным дипломом правом пользоваться всеми другими методами лечения. Но если врач не сможет лично применить того или иного метода психотерапии, то он, «по аналогии со специальными хирургическими операциями, обязан быть знакомым с положениями и общими техническими сведениями, чтобы иметь возможность дать своим пациентам правильный совет» (Кречмер¹⁴⁸).

Вопрос об исключительном праве психоневрологов владеть методами психотерапии должен быть пересмотрен, и мы вполне разделяем мнение prof. O. Bumke¹⁴⁹ и Namburgera¹⁵⁰), высказывающихся в том смысле, что невропатологи берут на себя *не-нужную привилегию* в вопросах психотерапии.

— «Не думайте, однако, что я, говорит психиатр O. Bumke, — желал бы сохранить психотерапию больных только для нас, невропатологов, или же, что я считаю, что мы во всяком случае должны в ней больше разбираться. Психотерапией должен заниматься всякий, желающий быть врачом, а не ремесленником».

Учение о сочетательных рефlekсах, физиологическое обоснование психотерапии и, наконец, знакомство с механизмом развития патосимптомов позволяет в соответствующих случаях легко и сознательно каждому врачу применить положительную психотерапию, взамен бессознательной «отрицательной», «ятрогенетической».

О значении и продуктивности изучения физиологически обоснованной психотерапии и преподавания ее даже в форме краткого элементарного курса, читавшегося мною студентам Харьк. Мед. Ин-та, можно судить на основании деятельности на периферии молодых врачей, представивших ряд соответствующих дипломных работ из области применения ими словесного воздействия наяву и в искусственно вызванных дремоте или сне. Как в этих работах, так и в отдельных сообщениях с мест — журнальных и имеющихся у меня в обилии письменных — выясняется, какую огромную пользу, и притом в довольно большом масштабе, может принести врач на периферии и преимущественно на селе, раз он знаком с учением о слове, как сочетательном раздражителе и лечебном факторе, не будучи в то же время квалифицированным психоневрологом. И, вопреки существующему мнению, никто из них не нанес и тени вреда своим пациентам.

Нельзя не упомянуть, что из этих же сообщений с мест и личных бесед с коллегами приходится еще больше убедиться в нецелесообразности и ненужности изданной для РСФСР инструкции, стесняющей и осложняющей оказание гипносуггестивной помощи врачами. Еще больше пришлось убедиться, что теряют от этого больные и страдает авторитет врача и метода лечения^{*)}. Успех же врачебной деятельности находится в теснейшей зависимости от этого авторитета и установки на него динамичной коры мозга больного. Из адресованных мне писем как врачей, так и больных видно, что многие больные лишаются возможности получить облегчение необходимым для него методом, являющимся запретным. Мне также известны случаи и конфликты между врачами, главврачами, здравотделами в связи с попытками применения суггестии и гипносуггестии. Путаница в понятиях о гипнозе и внушении является источником печальных недоразумений. Многие врачи, после ряда успешного применения гипносуггестии, перестали вообще оказывать какую бы то ни было психотерапевтическую помощь, из боязни «как бы не заподозрили в применении гипноза»...

Итак, из всего сказанного не вытекает ли необходимость в постановке вопроса о преподавании психотерапии на медицинских факультетах? Если учение о физиологическом влиянии на организм ряда веществ породило фармакологию и фармакотерапию с обязательным преподаванием их, то учение о слове, *логология и логотерапия*, также физиологически обоснованное, не заслуживают ли того же самого к себе внимания?

Заканчивая освещение вопроса о слове, как о физиологическом факторе, мы можем сказать, что слово есть действительно реальная сила, требующая осторожного и умелого с собой обращения, и пределы действия этой силы нам в настоящее время еще неизвестны. Говоря же о слове, как о лечебном факторе, мы можем задаться вопросом, не будет ли подходящим следующее подразделение психотерапии. Психотерапия, направленная на устранение лишь патосимптомов при соматических или психоневротических страданиях,

*) См. по этому вопросу нашу статью «Врачи и гипноз»¹⁵¹), написанную по поводу инструкции, а также наш по этому поводу доклад на I съезде неврол. и псих. в Москве 1927 г.¹⁵²).

а также на устранение психоневротических элементарных и сложных реакций при ясном генезе их, — такая психотерапия может быть определена, как *малая*, или *логотерапия*, в параллель фармакотерапии, гидротерапии, фототерапии и проч., подчеркивая этим, что слово является, как говорит проф. Ю. В. Каннабих, таким же раздражителем, как вода, свет, электричество и т. д. Применение этой терапии может быть доступным для каждого врача, знакомого с современным учением о механизме психических процессов, гср. физиологией головного мозга, с психотравматизмом и учением о слове, как не безразличном для человеческого организма раздражителе. К *большой* психотерапии нужно отнести те методы, которые требуются при более сложной структуре и генезе патологических нервных реакций и когда необходимо более глубокое изучение личности с ее осложнившимися в течение жизни высшими механизмами. Сюда относим мы психоанализ, убеждение по методу Dubois, перевоспитание, психагогику в широком смысле этого слова. Конечно, эта психотерапия может быть продуктивной у специально подготовленного психоневролога, психолога и даже, скажем, у современного рефлексологически образованного педагога.

«Малая» и «большая» психотерапия составляют научную или *высшую* психотерапию. Но есть и другая, веками существующая психотерапия — ненаучная, которая в противовес научной может быть названа *низшей*. Сюда можно отнести такие общепринятые приемы, как утешение, «лечение добрым словом», отвлечение, развлечение, перемена обстановки, скрытое внушение, бессознательно применяемое. Мы считаем, что к этому подвиду психотерапии можно отнести и метод Куэ в той форме, как он применялся автором его, а также и знахарство с его скрытым и прямым внушением в основе своей. Сюда же мы отнесем и гомеопатию.

Изучение научной психотерапии покажет, что все существующие методы ее — внушение наяву и в гипнозе, убеждение, психоанализ — имеют, с научной точки зрения, право на существование и что «психологические» перегородки, существовавшие между ними, уничтожаются физиологией. Каждый врач должен быть знаком со всеми доступными ему методами лечения для широкого проведения в жизнь принципа индивидуализации лечения. Применяя же, в частности, логотерапию и зная значение слова в жизни организма, он будет пользоваться также и этим словом, действуя им на кору мозга при различных — «бодрствующем» и «сонном» — состояниях ее, в зависимости от случая и от большей или меньшей своей подготовки и склонности к тому или иному методу. И свою психотерапию врач будет строить не на принципе обращения *ad rationem* больного («рациональная» психотерапия Dubois), но на почве разумного обосновывания ее на началах естествознания. Психотерапия будет тогда действительно рациональной.

В заключение мы считаем необходимым выставить следующие, *положения*.

1. В цикле медицинского образования необходимо большее обращение внимания на функциональные заболевания н. с. и выделение специального курса учения о психоневрозах.

2. Клиницистам всех специальностей необходимо обращать больше внимания на психотравматизмы, психогению и связанные с ними расстройства чисто динамического характера, устранение и исправление которых может быть лишь при помощи психотерапии, гср. логотерапии.

3. Психотерапия является реальным методом лечения, так как ее орудие, слово, есть реальный раздражитель, вызывающий физиологические изменения в организме через кору мозга.

4. Психотерапия исправляет нарушенные динамические процессы высшей нервной деятельности. Она помогает организму приспособляться к внешней среде, устраняя вредные для него реакции и создавая полезные.

5. Все методы и виды психотерапии: а) элементарное, утвердительное, императивное словесное воздействие (собственно внушение) наяву и в гипноидном состоянии, б) сложное мотивированное, словесное воздействие (убеждение, разъяснение) наяву и в гипноидном состоянии, в) короткий психокатарсис Breuer'a, г) широкий

психоанализ, по Freud'у — все они в одинаковой мере научно обоснованы и имеют, с научной точки зрения, законное право на существование.

6. Успех того или иного, целесообразно примененного, метода психотерапии находится в зависимости от невропсихического состояния больного в момент лечения, от типа его нервной системы, от тенденции, установки, готовности н. с. б-го реагировать в определенном направлении, а также, в известной мере, и от среды, окружающей больного в периоде лечения.

В развитии «установки» и «готовности» имеет значение личность врача во всем ее целом и, в частности, отношение его к делу психотерапии и к больному.

Качественный в этом смысле состав медперсонала в психотерапевтических отделениях — амбулаторных и стационарных — определяет продуктивность работы этих отделений. Это нужно иметь в виду при организации этих отделений.

7. Каждый врач обязан быть знаком с психотерапией и каждый врач должен обладать правом применения ее в пределах своей специальности.

8. В связи с тем, что очень большой кадр невротиков может получать облегчение и излечение только путем психотерапии, *необходима широкая организация психотерапевтической помощи населению в форме поликлинических амбулаторий и стационаров с соответствующим персоналом.*

9. Всем этим диктуется необходимость преподавания психотерапии как на медфаках, так и на врачебных курсах.

ЛИТЕРАТУРНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

1. Акад. В. М. Бехтерев. Об'ективная психология. 1912.
2. Д-р И. С. Питович. Русский физиол. жур. 1918.
3. Акад. В. М. Бехтерев и В. Н. Мясищев. Труды «Гимз'а». 1928, Ленинград.
4. Д-р А. П. Карпинский. Обзорение псих. и неврол. 1901. Основы учения о функц. мозга Бехтерева.
5. Д-р К. М. Быков. Труды 2-го и 3-го с'езда физиологов. Т. VI, стр. 116.
6. Д-р Н. А. Подкопаев. Труды физиол. лаб. акад. И. П. Павлова. Т. I, в. 2-3. 1926.
7. Д-р В. А. Крылов. Павловский юбилейный сборник.
8. Prof. S. Metelnikow et Snorine 1) Ann. Inst. Pasteur, 1927 t. x l. 2) La presse medicale. 1928, № 101.
9. Н. А. Подкопаев. Доклад на III с'езде физиологов в Москве, 1928 г.
10. Ак. В. М. Бехтерев. Обзор. псих. 1914, № 10-12.
11. Д-р В. Васильева. Обзор. псих. 1913, № 4-5.
12. Проф. А. К. Ленц. 1) Новые идеи в медицине. Сбор. № 4, 1924 г. 2) Высшая рефлекторная деятельн. при пр. нар. 1928. Минск.
13. Проф. В. П. Протопопов. Доклад в Инст. по изуч. мозга, 1921.
14. Д-р К. И. Платонов. Диссертация. 1912.
15. «Харьк. Мед. ж. 1915 г.
16. Акад. В. М. Бехтерев. Вестник психологии, 1910. Об'ективная психология. 1912.
17. Акад. В. М. Бехтерев и д-р Н. М. Щелованов. Новое в рефлексологии. Госизд. 1925. Доклад 1919.
18. Акад. В. М. Бехтерев и д-р В. Н. Мясищев. Труды «Гимз'а», 1926.
19. E. Weber. Der Einfluss psychischer Vorgänge auf den Körper. 1910.
20. Д-р А. Ф. Лазурский. Обзор. псих. и неврол. 1901.
21. «и д-р Э. А. Гизе. Обзор. псих. и неврол. 1900.
22. Акад. В. М. Бехтерев и В. М. Нарбут. Обзор. псих. и неврол. 1902.
23. Прив.-доц. В. В. Срезневский. «Гипнотизм и внушение». Петроград.
24. D-r A. Moil. Гипнотизм. 1912, изд. Риккера, перев. с нем.
25. Проф. Verwoeg. Механика душевной жизни. Пер. с нем.
26. Проф. В. Я. Данилевский. Гипнотизм. Харьков. 1925
27. Проф. Форель. Гипнотизм и лечение внушением. 1911 и 1928. Пер. с нем.
28. D-r Löwenfeld. Der Hypnotismus. Wiesbaden, 1901. Гипнотизм и его техника. 1928, пер. с нем. с пред. проф. К. И. Платонова.
29. E. Tröschner. Гипнотизм и внушение. Берлин. 1923. Пер. с нем.
30. А. Кронфельд. Гипноз и внушение. 1925 и 1927. Пер. с нем. Госизд.
31. Д-р В. П. Бирман. Экспериментальный сон. Диссерт. 1925. Сон и гипнотизм. 1927, изд. «Моск. раб.».
32. Акад. В. М. Бехтерев. Мозг и его деятельность 1928.
33. Акад. В. М. Бехтерев. Современная психоневр. 1925.
34. Проф. Перна. Сон и его значение. 1924.

35. Проф. А. К. Ленц. Природа. 1927.
 36. Д-р А. П. Николаев. Теория и практика гипноза в физиол. освещ. 1927. Киев.
 37. Проф. В. П. Протопопов. Укр. вест. рефл. 1925. № 1.
 38. Проф. Л. Л. Васильев. Новое в рефлексологии. 1925.
 39. Проф. Schultz. Психотерапия. Берлин. Изд. «Врач», перев. с нем.
 40. D-r Lenk. D. M. W. 1920.
 41. D-r Deutsch и Kauff. Z. f. d. exp. Med. 1923.
 42. D-r Kirschenberg. Zentrbl. f. d. g. N. u. Ps. XLI. 1925, реф.
 43. Проф. А. В. Гервер. Максимилиановский юбилейный сборник 1925 г.
 44. D-r Heilig и Hoff. Kl. W. 1925, № 46.
 45. Prof. Glaser. Kb. W. 1924, № 33.
 46. Demole. Revue Neurologique. 1927, № 6. Congrès.
 47. Хрестомат. сборник «Физиология сна» под ред. д-ра Богорада. Госизд. 1928.
 48. Проф. Иванов-Смоленский «Врач. дело», 1928. № 3.
 49. Шильдер и Каудере. Гипнотизм. Госиздат. 1928.
 50. Szulczewski. Zentrbl. f. d. ges. N. u. Ps. 1925. Bd XLI, N 7-8, реф.
 51. Дж. Джонсон. Как бороться с нашими нервами. Госизд. 1926.
 52. Проф. А. А. Ухтомский. Новое в рефлексологии и физиол. н. с. Ленингр. 1926, вып. 2.
 53. Д-р Петров и Ломицкий. Новое в рефлексологии и физ. 1926.
 54. А. Кронфельд. Гипноз и внушение. Пер. с нем. 1927.
 55. Prof. H. Marcus и d-r E. Sahlgreen. Mün. Med. W. 1925. № X.
 56. D-r Gessler и Hansen. D. Arch. f. Kl. Med. 1927.
 57. Акад. И. П. Павлов. Лекции о работе больших полушар. XXIII-я лекц.
 58. Hoff и Wegmer. Kl. Woch. 1928. № 8.
 59. Проф. Дежерин и д-р Гоклер. Функциональное проявление психоневрозов. Перев. с фр. 1912.
 60. Проф. Zondek. Болезни эндокрин. жел. 1925.
 61. Хек-Тьюк. Дух и тепло. Пер. с англ. 1904.
 62. Ch. Féré. La pathologie des émotions. 1892, стр. 244.
 63. Prof. Glaser. Med. Klin. 1924, № 10.
 64. Д-р П. П. Истомин и студ. П. Гальперин. Укр. вестник рефлексологии, 1925, № 2.
 65. Проф. Завадский. Павловский юбилейный сборник. 1925 г.
 66. Д-р Лобач. «Врач. газ.», 1928, № 17.
 67. Д-р А. А. Топильский. Мед. мысль Узбекистана. 1928/9, № 2.
 68. Д-р Иоффе. «Врач. дело», 1929 № 12.
 69. Audebert et Deleas. Казан. мед. журн. 1927, № 6-7, реф.
 70. Heller и Schultz. Münch. med. Woch. 1909, № 41.
 71. Доц. П. П. Подъяпольский. Труды Саратовского О-ва естествоисп. Т. IV, в. 2, 1903—1904
- Журнал им. Корсакова, 1909, № 1-2.
72. Donat Smirnoff. Revue de l'Hypn. 1909, № 6.
 73. Д-р И. С. Сумбаев. Сибирский архив клин. мед. 1928 т. III, кн. 4.
 74. Д-р В. А. Бахтияров. Клин. журн. Сарат. П-та. 1928, № 3.
 75. Д-р Б. А. Токаревский. Сарат. вестн. здравоохран. 1925. № 1-2.
 76. O. Schwarz. Psychogenese u. psychotherapie körperlichen Symptomen. 1925. Статья Strandberg'a.
 77. D-r Büne mann. Zeit. f. d. ges. N. u. Ps. 1924. Bd. 88.
 78. R. Mohr. Münch. m. W. Bd. 61.
 79. Kohnstamm u. Eichelberg. Zeit. f. Nervenhe. Bd. 68/69. 1921.
 80. Прив.-доц. Stomffenberg. «Психотерапия», № 4.
 81. D-r Heyer. Kl. W. 1923. Bd. 2.
 82. Hoff u. Wermer. Kl. Woch. 1925, № 8.
 83. Delhougne u. Hansen. Deutsche Arch. f. Kl. Med. 1927, Bd. 157.
 84. Проф. Уотсон. Психология. Наука о поведении человека. Госизд. Украины, 1927.
 85. Акад. В. М. Бехтерев. Объективная психология. 1912.
 86. Проф. В. П. Осипов. Павловский юбил. сборн.
 87. O. Schwarz. Psychogenese и т. д. статья Heyer'a.
 88. Heilig u. Hoff. Allg. Z. f. Psych. 1928.
 89. „ „ Z. f. d. g. N. u. Ps. 1923, Bd. 86.
 90. Grafe u. Mayer. Wiener Kl. W. 1925.
 91. Prof. Glaser. Kl. W. № 33.
 92. Проф. В. М. Гаккебуш. Соврем. психоневр. 1926, № 4.
 93. М. К. Петрова. Труды физ. лаб. Павлова, 1928, т. II, в. 2.
 94. Прив.-доц. Н. А. Подкопаев. Новые данные по вопросу о классиф. типов н. с. «Человек и природа». 1928, № 26.
 95. Д-р В. Н. Мясцев. Новое в рефлексол. и физиол. н. с. 1925.
 96. Г. Н. Сорохтин. Рефлексолог. типы детей школы, возр. Ленингр. 1925, изд. «Сеятель».
 97. Д-р П. П. Истомин. Докл. в психотерап. секц. Харьк. Мед. О-ва. 1926.
 98. Д-р М. О. Пайкин. Доклад в акуш. секц. Харьк. Мед. О-ва. 1925.
 99. Д-р Ф. Б. Цейкинская. Демонстр. б.-х. в психотерап. секции Х. М. О. 1929.

100. Д-р П. П. Истомин. Доклад в психотерап. секц. ХМО. 1926.
101. Стаж.-врач Р. Я. Шлифер. Доклад на VII всесоюз. съезде акушеров и гинеков. в Ленинграде. Доклад в акушерской секции ХМО. 1926.
102. Д-р Ф. Б. Цейкинская. Демонстр. рождений в психо-терап. секц. Х.М.О. 1928 и 1929.
103. Проф. К. И. Платонов и д-р Г. З. Вельвовский. Пл. «Врач. дело». 1924, № 7.
104. Д-р Р. Я. Шлифер. Докл. в психотерап. секц. ХМО. 1927.
105. Д-р Постольник. Доклад на VIII всесоюз. акуш. съезде в Киеве, 1928.
106. Д-р Кислов. Дипл. раб. 1929.
107. Прив.-доц. В. Г. Дик. Гинекология и акушерство. 1925, № 27.
108. Прив.-доц. В. Г. Дик. Моск. мед. ж. 1926, № 1.
109. Прив.-доц. В. Г. Дик. «Вестн. совр. мед.», 1925, № 7.
110. Прив.-доц. В. Г. Дик. «Врач. дело», 1927.
111. Прив.-доц. В. Г. Дик. Monatsh. f. Geb. u. Gyn. Bd. LXXIV, 1926.
112. Д-р А. П. Николаев. «Врач. газ.», 1924, № 19-20.
113. Д-р А. П. Николаев. «Казан. мед. журн.», 1926, № 1.
114. Г. Б. Геренштейн. Журн. Акуш. и Гин., т. XXXV, кн. 3.
115. Д-р Литвиненко. Дипломная работа. Х. Мед. Ин.
116. Д-р Кнемер. «Врач. дело», 1925, № 19-20.
117. Д-р Ф. Ф. Сивенко. Дипломная работа Харьк. мед. ин. 1927.
118. Д-р П. П. Истомин. Докл. в психотер. секции Х. М. О. VI/29 г. с дем. 6-й.
119. Проф. В. Кречмер. «Медицинская психология».
120. Проф. К. И. Платонов. «Гипноз и внуш. в практической медицине». Харьков, 1925.
121. Акад. А. А. Ухтомский. Павловский юбилей. сборн.
122. Проф. К. И. Платонов. Соврем. психоневр. 1925 № 6-7.
123. » » » 1926, № 3.
124. Д-р В. Л. Шатский. Совр. психоневр. 1925, № 4.
125. Проф. К. И. Платонов и П. П. Истомин. Бехтеревский юбил. сборник, 1926.
126. Проф. Иванов-Смоленский. Методика исследований условных рефл. у человека. Изд. «Практ. мед.», 1928.
127. Проф. Dubois. Психоневрозы и их психическое лечение. Перев. с франц. 1912.
128. Д-р Lick. Врач и его призвание. 1927.
129. Д-р Е. А. Попов. «Соврем. психоневр.», 1927, № 10.
130. Д-р А. А. Дернова-Ярмоленко. «Соврем. психоневр.», 1928, июль-авг.
131. Г. Н. Сорохтин. Рефлексологические типы детей. Ленинград, 1928.
132. Prof. O. Bumke. D. m. W. 1925, № 1.
133. Прив.-доц. В. Г. Дик. Вестник совр. мед. 1927, № 5.
134. Проф. Ю. В. Ганнабих. I съезд психоневрологов в Москве, декабрь 1927 г.
135. Доц. П. П. Подъяпольский. Неврологический вестник. 1913 г.
136. Д-р Тер-Аветисов. Современная психиатрия, 1907.
137. Д-р А. Гоциридзе. Корсак. журн. 1929 г. № 3-4.
138. Проф. В. К. Хорошко. Труды первого всесоюз. съезда невропатологов и психиатров в Москве 1927 г.
139. Д-р А. П. Прусенко. Доклад в психотерап. секции Х. М. О. 1926.
140. Fritz Lange. Behandlung der Kriegsneurosen. (Handbuch der Neurologie Lewandowsky Ergänzungsband).
141. Prof. O. Bumke. Lehrbuch der Geisteskr. 1924.
142. Проф. Rosenbach. О психическом лечении внутренних болезней. 1892.
143. D-r Lirmann. Die gynecolog. Psychotherapie, 1924.
144. Д-р С. М. Берг. «Врач. дело», 1926, № 24-26. Бехтеревский юбилейный номер.
145. Проф. Лурья. «Каз. мед. журн.», 1928, № 1.
146. Проф. Боголюбов. «Каз. мед. ж.», 1928, № 1.
147. Д-р Перепел. Психоанализ и физиологическая школа. 1926.
148. Проф. В. Кречмер. Внушение. Пер. с немецк. Киев, 1925.
149. Проф. О. Бумке. Современные течения в психиатрии. Пер. с нем. Госизд. 1929.
150. A. Nomburger. Der Nervenartz. 1926, № 1.
151. «Врач. дело», 1925, № 24-26.
152. Труды первого всесоюзного съезда невроп. и псих. Москва, XII/27 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
Предисловие	5
Введение	7
I. Слово, как сочетательный, условный раздражитель	9
II. Слово, как предмет специального лабораторного исследования	14
III. Влияние словесного раздражителя на состояние всей вегетативной нервной системы.	19
IV. О влиянии словесного воздействия на степень сонного торможения	35
V. Влияние словесного раздражителя на органы чувств.	45
VI. Об извращенных реакциях н. с.	52
VII. Влияние словесного воздействия на водообмен	57
VIII. Влияние словесного раздражителя на углеводный обмен	62
IX. Влияние словесного раздражителя на состояние голода и сытости	64
X. Влияние словесного раздражителя на рвотный центр	66
XI. О влиянии словесного раздражителя на сосудодвигательную систему, трофическую и др. функции вег. н. с.	70
XII. Слово и эмоциональные реакции	73
XIII. О слове, как лечебном факторе	77
XIV. К психотерапии психоневрозов	82
XV. Врач, больной и знахарь	98
Заключение	103
Литературный указатель	113

ЦЕНТРАЛЬНА НАУКОВА
БІБЛІОТЕКА

Kharkov University



0 004265 9 2

